

UNIVERSIDAD DE SEVILLA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EVOLUTIVA Y DE LA
EDUCACIÓN



**SISTEMATIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE
UNA INTERVENCIÓN FAMILIAR CON
ADOLESCENTES CON
COMPORTAMIENTOS PROBLEMÁTICOS**

Tesis Doctoral

Jesús Manuel Maya Segura

Sevilla, 2019

**Sistematización y evaluación de una intervención familiar con
adolescentes con comportamientos problemáticos**

**Memoria presentada por
Jesús Manuel Maya Segura
Para la obtención del Grado de Doctor**

Directoras

María Victoria Hidalgo García

Profesora Titular del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación

Lucía Jiménez García

Profesora Contratada Doctora del Departamento de Psicología Evolutiva y de la
Educación

Bárbara Lorence Lara

Profesora Ayudante Doctora del Departamento de Psicología Evolutiva y de la
Educación

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

SEVILLA, 2019

Esta Tesis Doctoral ha sido realizada en el marco del contrato predoctoral de Formación del Profesorado Universitario concedida a Jesús Manuel Maya Segura por el Ministerio de Educación Cultura y Deporte (F.P.U. 13-3113). También han contribuido al desarrollo de este trabajo la financiación recibida por la Junta de Andalucía y los convenios de colaboración entre la Asociación Ponte y la Asociación ESAFAM.



A mi madre, por ser gladiadora de la vida que me hace llegar;

Y a Jesús, por ser paz que me hace estar.

“Emmanuel me estiró de la manga de la camiseta con suavidad. Tenía nueve años y, me contó, llevaba dos años viviendo en la calle con su hermana Adeline, de seis, que estaba sentada junto a él. Su madre había muerto cuando eran pequeños y su padre, camionero, se había despedido un día de ellos a la entrada de Kanté y les había prometido que pronto les vendría a buscar. Habían pasado veinte meses desde aquel día (...)”

“(...) Anduvimos un rato por la ciudad y al atardecer fuimos a tomar una coca cola a una terraza cercana a mi hostel. En el último sorbo, Emmanuel se transformó. Su rostro de mirada infantil adquirió la dureza y el aire calculador de un hombre de negocios (...)”

(...) - Señor Xavi, si quieres mi hermana puede pasar la noche contigo.

Al otro lado de la mesa, Adeline apuraba sus seis años y el refresco, ajena a la conversación.

- Emmanuel, no deberías decir esas cosas. No está bien –contesté, sin saber reaccionar (...)”

“(...) Me quedé un rato más mirando la botella vacía que hacía un momento sorbía Adeline con una pajita. La naturalidad con la que Emmanuel había planteado vender a su hermana por unas horas significaba demasiadas cosas. Me dirigí al hotel y me encerré en la habitación. En ese momento se fue la luz en toda la ciudad y me quedé a oscuras. Busqué a tientas una vela y unas cerillas en la mochila pero al cabo de unos segundos desistí. Me tumbé en la cama y, por primera vez en África, me puse a llorar como un niño”.

Xavier Aldekoa. Océano África, 2014.

AGRADECIMIENTOS

Si trazase una línea de vida, las transformaciones personales serían inexorables en el proceso de elaboración de una Tesis Doctoral. Si trazase una línea del tiempo, podríamos esperar que la Tesis solo fuera un breve periodo a lo largo de la vida. Pero si trazase una línea sincrónica y diacrónica, te darías cuenta que las transformaciones personales en ese corto periodo de tiempo pueden acompañarte a lo largo de toda tu vida.

Por ello, hoy lanzo la línea hacia adelante, recta, logarítmica o exponencial, pero esa línea es posible gracias a las decenas de puntos unificados que han interactuado y se han transformado en trazos de apoyo.

Y en esta línea futura quiero a Vicki, por ser mi madre académica, por confiar en mí, por su admirable modo de dirigir y trabajar, y por encima de todo, porque me gustaría sentir ese cariño cada vez que cruzo la puerta de su despacho, esa puerta que se transforma en un universo de vida. Y en esta línea futura quiero a Lucía, porque la inteligencia lleva su identidad, porque su claridad y honestidad son un espejo para crecer y, sobre todo, por tener a alguien que sabe que por encima de todo está contigo. Y en esa línea futura, quiero a Bárbara, porque necesito reflexionar miles de discusiones con ella, porque su concreción, sentido común y coherencia quiero que me guíen, y porque por encima de todo, ha aparecido en mi vida para compartir mis alegrías y tristezas.

Quiero hacer una mención especial a Fran. Por su acompañamiento infinito en tantas tardes de recogida de datos. Este trabajo es posible gracias a su esfuerzo y a creer en este proyecto. Y por supuesto a Gonzalo, que me hizo descubrir el maravilloso mundo cualitativo.

Asimismo, no puedo olvidar que este trabajo es por y para las familias, y por ello, no puedo dejar de agradecer el tiempo que cada madre, cada padre o cada adolescente dedicó a la evaluación. Ellos y ellas sí que se merecen una línea de vida llena de luz. Y la Asociación Ponte alumbró este camino, Alfonso, Guti, Antonio, Lucki, y sus excelentes profesionales y ya amigos, Celia, Pepa, Salud, Nuria, Lola, Gema, entre tantos otros de los que solo puedo tener palabras de agradecimiento por dejarme observar y disfrutar del caóticamente ordenado mundo de Ponte.

Y en esta línea futura debería estar mi madre, porque ella permitió que la línea pudiese ser trazada, y porque ese amor fiel, leal e incondicional lo necesito para construir.

Y en esta línea debe estar mi padre, por la constancia enseñada y la transmisión de responsabilidad. Y en ese trazo debe aparecer mi hermanito, ¡cuántas horas le he quitado en estos años! y, ¡cuánta vida me han dado y me dan sus abrazos!

Mis abuelos también deben estar en esa línea, porque mi abuelo Kiko me enseña la fuerza, la sensatez y tardes de café donde lo importante se encuentra en el humo de la vida. Y deben estar mi tía y mis tíos, mi ahijada o mis sobrinos que me llenan de energía.

Y para que esa línea siga creciendo necesito a mis amigos. A Rocío y a Omar por simplemente ser hermanos durante la vida, a Jose por ser lo que es y situar al teatro tan presente en esta Tesis como parte de mis trazos, a Manu por su coherencia, sinceridad y siempre adecuadas apreciaciones. A mis malteses, Ramón, Paco, Violeta, Ana, Raquel, Juan y Lucía por haber sido aire fresco durante estos años. A mis Erasmus, Laura, Mireia, Tamara, Miriam, Isa, Kike y Diego por enseñarme que la vida puede ser distinta, muy distinta. A mi Mari Carmen e Inma porque su aliento latinoamericano impulsó este trabajo. Y por supuesto, en estos trazos, deben estar José Antonio y David, porque con ellos comenzó parte de esta línea, porque éramos adolescentes y porque nuestras líneas están unidas por la Psicología y la amistad.

Y finalmente, en esta línea, no puede faltar Jesús, mi pareja. Simplemente por enseñarme a ser justo, valiente y feliz.

ÍNDICE

RESUMEN/ABSTRACT	2
PRESENTACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL	6
LISTA DE PUBLICACIONES.....	9
I. MARCO TEÓRICO Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	12
Capítulo 1. Adolescencia y conductas problemáticas	12
1.1. La adolescencia como etapa evolutiva.....	13
1.2. La aparición de conductas problemáticas durante la adolescencia.....	19
1.2.1. Definiendo los comportamientos problemáticos durante la adolescencia	20
1.2.2. Teorías explicativas de los comportamientos problemáticos en la adolescencia	24
1.3. Factores implicados en las conductas problemáticas durante la adolescencia.....	31
1.3.1. Los sucesos vitales estresantes y su afrontamiento.....	32
1.3.2. La inteligencia emocional.....	39
1.3.3. Las relaciones con los iguales.....	44
1.3.4. El papel del contexto familiar	46
1.4. Resumen: Capítulo 1.	61
Capítulo 2. La intervención con adolescentes con conductas problemáticas y sus familias	63
2.1. La importancia de evaluar las intervenciones	65
2.1.1. La evaluación de las intervenciones desde la perspectiva cuantitativa	66
2.1.2. La evaluación de las intervenciones desde la perspectiva cualitativa.....	74
2.2. Intervenciones familiares con adolescentes con comportamientos problemáticos ...	77
2.3. Intervenciones individuales con adolescentes con comportamientos problemáticos	83
2.4. Intervenciones grupales con adolescentes con comportamientos problemáticos	86
2.5. Intervenciones y programas de formación para padres y madres de adolescentes con comportamientos problemáticos	89
2.6. Grupos multifamiliares con adolescentes con comportamientos problemáticos	94
2.7. Scene-Based Psychodramatic Family Therapy.....	97
2.7.1. Breve descripción de los principios teóricos de la SB-PFT.....	98
2.7.2. Breve descripción de los principios metodológicos de la SB-PFT	103
2.7.3. Antecedentes previos de la evaluación de la SB-PFT.....	106
2.8. Resumen: Capítulo 2	108
Capítulo 3. Objetivos de la Tesis Doctoral	110
II. RESULTADOS.....	112
Capítulo 4. Publicaciones	112

4.1. Manual Técnico: Programa Guía. Programa Preventivo para la Atención, Orientación, e Intervención a familias con menores en situación de conflicto o dificultad social.....	113
4.2. Artículo 1: Scene-Based Psychodramatic Family Therapy with troubled adolescents and parents. A pilot study.....	116
4.3. Artículo 2: Effectiveness of Scene-Based Psychodramatic Family Therapy in adolescents with problematic behaviors.	118
4.4. Artículo 3: The role of psychosocial stress on a family-based treatment for adolescents with problematic behaviors.	120
4.5. Resumen de los principales resultados.....	122
III. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	126
Capítulo 5. Discusión	126
5.1. Evidencias empíricas de la SB-PFT.....	127
5.1.1. Manualización de la SB-PFT	128
5.1.2. Impacto de la SB-PFT en las familias participantes	131
5.1.3. Impacto diferencial de la SB-PFT en función de las trayectorias de riesgo de los y las adolescentes.....	157
5.1.4. Integración de los resultados de eficacia y eficiencia. Propuesta del modelo de cambio de la SB-PFT	161
5.2. La SB-PFT como una intervención prometedora para adolescentes con comportamientos problemáticos.....	166
5.3. Limitaciones y fortalezas del estudio. Líneas futuras de investigación	170
Capítulo 6. Conclusions and practical implications	174
REFERENCIAS.....	178
ANEXOS	209

RESUMEN

La *Scene-Based Psychodramatic Family Therapy* (SB-PFT) es una intervención innovadora dirigida a adolescentes con comportamientos problemáticos y sus padres y madres, que ha comenzado a implementarse recientemente en Andalucía. A nivel teórico, esta intervención se basa en principios derivados de la terapia familiar sistémica y del psicodrama. A nivel metodológico se emplea el formato de grupos multifamiliares con especial importancia al encuadre y técnicas psicodramáticas. Específicamente, la SB-PFT tiene por objetivo mejorar las relaciones familiares y disminuir los comportamientos problemáticos adolescentes. Ante la importancia de definir y evaluar las intervenciones que se llevan a cabo con familias, y de contribuir a la fundamentación de la SB-PFT como una intervención basada en evidencias, en esta Tesis Doctoral se han planteado dos objetivos principales: sistematizar la intervención de la SB-PFT y evaluar su eficacia.

Para responder al primer objetivo, se elaboró un Manual Técnico como propuesta de intervención de la SB-PFT. En este Manual Técnico se estructuró y definió ampliamente el marco teórico de la SB-PFT, su metodología, sus destinatarios, sus objetivos, sus contenidos, su formato, la estructura de las sesiones y sus componentes clave. Además, se incorporaron orientaciones para la implementación y herramientas para la evaluación de eficacia de la SB-PFT. La publicación de este Manual Técnico fortalece el nivel de evidencia de la SB-PFT, supone un recurso para los y las profesionales, y facilita la consistencia y fidelidad a los principios claves de la SB-PFT en cualquier aplicación de la misma.

Con respecto al segundo objetivo, se evaluaron todas las intervenciones de SB-PFT desarrolladas entre 2015 y 2016. Para ello, se propuso un diseño de evaluación mixto complementando metodologías cuantitativas y cualitativas. En este diseño se incorporaron elementos que permitieron evaluar la eficiencia de la SB-PFT en función de la utilidad percibida de las técnicas psicodramáticas y de las trayectorias de riesgo de los participantes. Los resultados evidenciaron la fortaleza de la SB-PFT para promover cambios positivos en la inteligencia emocional de los adolescentes (y en la de sus padres y madres), para fortalecer la vinculación parental percibida por los adolescentes (también percibida por sus padres y madres) y para reducir los comportamientos problemáticos adolescentes, especialmente, en el seguimiento a largo plazo. Otros cambios como un mayor conocimiento de uno mismo, mejores prácticas parentales o más apoyo social

percibido también fueron revelados. Asimismo, los participantes identificaron la metodología grupal, el role-playing y la técnica del espejo como los principales componentes de la intervención para promover cambios. Finalmente, destacó la eficacia de la SB-PFT para fortalecer la vinculación familiar en aquellos adolescentes que habían experimentado recientemente situaciones de estrés en el contexto familiar.

En conclusión, la sistematización de la SB-PFT mediante el Manual Técnico y los resultados hallados en la evaluación de eficacia, confirman a la SB-PFT –según la definición de los niveles de evidencia– como una intervención familiar prometedora para los adolescentes que exhiben comportamientos problemáticos.

ABSTRACT

Scene-based Psychodramatic Family Therapy (SB-PFT) is an innovative intervention directed at adolescents with problematic behaviors and their parents. This intervention has recently begun to be implemented in Andalusia, Spain. On a theoretical level this intervention is based on principles derived from systemic family therapy and psychodrama. On a methodological level it uses a format of multiple-family groups with special emphasis on framing and psychodrama techniques. Specifically, SB-PFT aims to improve family relationships and reduce problematic adolescent behaviors. Due to the importance of defining and evaluating family interventions, and of contributing to the rationale of SB-PFT as an evidence-based intervention, this dissertation has proposed two main objectives: to systematize intervention using SB-PFT and to evaluate its effectiveness.

To address the first objective, a Technical Manual for intervention with SB-PFT was developed. In this Technical Manual, the theoretical framework of SB-PFT, its methodology, recipients, objectives, contents, format, structure of the sessions and core components were structured and broadly defined. In addition, implementation guidelines and tools for evaluating the effectiveness of SB-PFT were incorporated. This Technical Manual adds to the scientific evidence of SB-PFT, is a resource for professionals, and helps to ensure consistency and fidelity to the key principles of SB-PFT in any application.

For the second objective all SB-PFT interventions carried out between 2015 and 2016 were evaluated. We proposed a mixed-evaluation design combining quantitative and qualitative methodologies, and that incorporated elements to determine the efficiency of SB-PFT based on the perceived usefulness of psychodramatic techniques and the participants' risk trajectory. The results showed SB-PFT to promote positive changes in the emotional intelligence of adolescents (and their parents), in strengthening the parent attachment perceived by adolescents (also perceived by their parents) and in reducing problematic adolescent behaviors, especially in long-term follow-up. Other changes were also demonstrated, such as increased self-knowledge, better parenting practices or more perceived social support. Participants identified the group methodology, role-playing and mirror technique as the main intervention components promoting change. Lastly, SB-PFT

showed positive results in strengthening family attachment for adolescents who had recently experienced situations of stress in the family context.

In conclusion, the systematization of SB-PFT using the Technical Manual and the results derived from the effectiveness evaluation confirm SB-PFT –according to the definition of levels of evidence– to be a promising family-intervention for adolescents who exhibit problematic behaviors.

PRESENTACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL

En esta Tesis Doctoral se presenta, sistematiza y evalúa una intervención grupal y familiar con adolescentes que exhiben comportamientos problemáticos. Esta intervención es conocida como *Scene-Based Psychodramatic Family Therapy* (SB-PFT) en el contexto académico y como *Psicoterapia Integrativa Basada en Escenas* (PIBE) en el contexto aplicado.

Esta intervención nace como respuesta a la necesidad de atender a aquellos adolescentes que manifiestan conductas problemáticas y a aquellos padres y madres que se encuentran en situación de dificultad para supervisar y orientar el comportamiento de sus hijos e hijas adolescentes¹. De este modo, con esta Tesis Doctoral se pretende, por un lado, sistematizar una propuesta de intervención desde el modelo SB-PFT ante la presencia de conflictividad en el hogar y, por otro lado, se pretende precisar el impacto de esta intervención a través de una evaluación de eficacia que permita delimitar los efectos concretos y específicos de la SB-PFT en la mejora personal del adolescente, de sus padres y madres, y de las relaciones familiares.

La SB-PFT es coordinada e implementada por los y las profesionales de la Asociación Ponte en Andalucía Occidental. Así, esta disertación es posible dados los convenios de colaboración entre la Asociación Ponte, la Asociación ESAFAM y el grupo de investigación de la Universidad de Sevilla que ha coordinado este trabajo.

Específicamente, esta Tesis Doctoral adopta el formato de compendio de publicaciones. Así, en el desarrollo de este trabajo podemos distinguir tres apartados bien diferenciados: el *marco teórico* que contextualiza y es antesala de los trabajos publicados, los *resultados* en los que se presentan un total de cuatro publicaciones científicas, y la *discusión y conclusiones* donde se integran los principales hallazgos, éstos se ponen en relación con los principios teóricos, y se enumeran las principales conclusiones e implicaciones prácticas de la disertación. Asimismo, este trabajo opta a la Mención Internacional y, por tanto, este último apartado de conclusiones –además de los artículos

¹ En esta Tesis Doctoral intentaremos hacer uso de un lenguaje inclusivo. Si bien, para respetar el principio de economía del lenguaje, en ocasiones, haremos uso genérico del masculino para aludir a ambos sexos, ya que este corresponde al término no marcado (Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española, 2005).

publicados en revistas internacionales– serán presentados en un segundo idioma distinto al español (inglés concretamente).

Siguiendo la distribución detallada, el marco teórico de este trabajo estará formado por dos capítulos: adolescencia y conductas problemáticas, y la intervención con adolescentes con conductas problemáticas y sus familias. En el primer capítulo se contextualiza la adolescencia como una etapa evolutiva con diversidad de trayectorias donde chicos y chicas pueden exhibir comportamientos problemáticos que son explicados desde numerosas teorías explicativas. En el segundo capítulo se recogen las diferentes modalidades de intervención que han demostrado su eficacia en el trabajo con adolescentes con comportamientos problemáticos, se enfatiza la necesidad de desarrollar evaluaciones rigurosas para conocer el impacto de las intervenciones y determinar el nivel de evidencias de las mismas, y se presenta la SB-PFT como una intervención novedosa basada en presupuestos familiares sistémicos y psicodramáticos. Finalmente, en el tercer capítulo se concreta la finalidad y los objetivos de esta Tesis Doctoral: la sistematización de una propuesta de intervención desde la SB-PFT y la evaluación de eficacia de la misma.

En el bloque de resultados se recogen un total de cuatro publicaciones. En primera instancia, se presenta el Manual Técnico basado en la SB-PFT (publicado por el Observatorio de la Infancia de Andalucía) que sistematiza y estructura el marco teórico, metodológico, objetivos y contenidos de la intervención. En segundo lugar, se presenta el primer artículo publicado en una revista indexada en el *Journal Citation Reports - Social Sciences* (JCR-SS). Este primer artículo analiza los cambios percibidos por las y los participantes de la SB-PFT desde una perspectiva cualitativa, así como la utilidad percibida de las técnicas psicodramáticas y de la metodología grupal. En tercer lugar, se presenta el artículo –actualmente en revisión– que analiza la eficacia de la SB-PFT. En este artículo se compara el grupo de intervención con un grupo control y se realiza una evaluación de seguimiento del grupo de intervención. Finalmente, se muestra el cuarto artículo. Este artículo, también publicado en una revista indexada en JCR-SS, analiza el ajuste de los adolescentes y la eficacia de la SB-PFT en función de la diversidad de las trayectorias de riesgo.

Seguidamente, la discusión comienza con el análisis de los criterios de calidad incorporado en el Manual Técnico de la SB-PFT. Posteriormente, se realiza una reflexión pormenorizada de la evaluación de eficacia atendiendo a tres cambios principales:

cambios familiares, cambios personales en los adolescentes y en sus padres y madres, y cambios sociales. Asimismo, se discute la utilidad percibida de las técnicas psicodramáticas para promover cambios y el impacto de la SB-PFT en cada perfil de riesgo identificado. En función de los resultados positivos en la evaluación de la SB-PFT y del nivel de estructuración del Manual Técnico, se determina y discute el nivel de evidencia alcanzado por la SB-PFT. Finalmente, se exponen las principales limitaciones y fortalezas de este trabajo, así como las principales conclusiones e implicaciones prácticas dirigidas a ofrecer pautas para una intervención más eficaz desde el modelo de la SB-PFT con adolescentes con comportamientos problemáticos y sus familias.

LISTA DE PUBLICACIONES

En esta Tesis Doctoral:

- I. Hidalgo, V. (Coord.), **Maya, J.**, Lorence, B., Jiménez, L., y Ochoa, I. (2018). *Manual Técnico: Programa Guía. Programa Preventivo para la Atención, Orientación, e Intervención a familias con menores en situación de conflicto o dificultad social*. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. Junta de Andalucía².

Consulta online:

https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=5691

Indicadores de calidad: Factor de impacto: no procede. Nº de visitas al documento: 1206 (fuente de información: buscador Google Académico).

- II. **Maya, J.**, Jiménez, L., Lorence, B., del Moral, G., e Hidalgo, J. (2018). Scene-Based Psychodramatic Family Therapy with troubled adolescents and parents. A pilot study. *Family Process*. Publicado en línea antes de la edición impresa. doi: 10.1111/famp.12401.

Consulta online:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/famp.12401>

Indicadores de calidad³: Factor de impacto **JCR: 3.116**; posición 2/46 en *Family Studies* (**D1**) y 28/127 en *Psychology, Clinical* (Q1). FI SJR: 1.08; Q1 en *Clinical Psychology*, Q1 en *Social Psychology* y Q1 en *Social Sciences (miscellaneous)*. Nº de citas: 1.

Premios: Primer premio a la mejor publicación científica de Psicología donde participen jóvenes investigadores. Año 2018. Vicerrectorado de Investigación de la Universidad de Sevilla.

² Actualmente esta publicación se encuentra en proceso de edición en formato Libro con su correspondiente ISBN. El código ISBN será determinado por la Junta de Andalucía: Consejería de Igualdad y Políticas Sociales.

³ El factor de impacto (FI) de las revistas se refiere al año de 2017, publicado por Thomson Reuters (JCR) y Scopus (SJR) en su último informe de julio de 2018. El número de citas resulta de una búsqueda cruzada entre Scopus y Google Académico, apenas teniendo en cuenta las citas en revistas indexadas.

- III. **Maya, J.**, Hidalgo, V., Jiménez, L., y Lorence, B. (en revisión de pares). Effectiveness of Scene-Based Psychodramatic Family Therapy in adolescents with problematic behaviors.

Indicadores de calidad: no procede.

- IV. **Maya, J.**, Lorence, B., Hidalgo, V., y Jiménez, L. (2018). The role of psychosocial stress on a family-based treatment for adolescents with problematic behaviors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9): 1867. doi: 10.3390/ijerph15091867

Consulta online: <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/9/1867>

Indicadores de calidad: Factor de impacto **JCR: 2.145**; posición 43/147 en *Public, Environmental & Occupational Health (Q2)*. FI SJR: 0.74; Q2 en *Health, Toxicology and Mutagenesis* y Q2 en *Public Health, Environmental and Occupational Health*. Nº de citas: 0. Nº de descargas del documento: 442 (fuente de información: *International Journal of Environmental Research and Public Health*).

Otras publicaciones relacionadas con la Tesis Doctoral:

- I. Lorence, B., Mora, M., y **Maya, J.** (2018). Descripción y análisis de la calidad de los programas para el tratamiento de la conducta antisocial en la ciudad de Huelva. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 32, 109-121. doi: 10.7179/PSRI_2018.32.07

Consulta online:

<https://recyt.fecyt.es/index.php/PSRI/article/view/58622/40609>

Indicadores de calidad: Factor de impacto JCR: Emerging Sources Citation Index. Indexada en Scopus.

- II. Hidalgo, V., Pérez-Padilla, J., Sánchez, J., Ayala, L., **Maya, J.**, Grimaldi, V., y Menéndez, S. (2018). An analysis of different resources and programs supporting at-risk families in Spain. *Early Child Development and Care*, 188(11), 1527-1538. doi: 10.1080/03004430.2018.1491560

Consulta online:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/03004430.2018.1491560>

Indicadores de calidad: Factor de impacto JCR: 0.824; posición 184/239 en *Education & Educational Research* (Q4) y 68/73 en *Psychology, Developmental* (Q4). FI SJR: 0.43; Q2 en *Pediatrics*, Q3 en *Developmental and Educational Psychology* y Q3 en *Social Psychology*.
Nº de citas: 1.

- III. Lorence, B., **Maya, J.**, y Jiménez, L. Resilience in adolescents at psychosocial risk: the protective role of family cohesion. En A. Columbus (Ed.) *Advances in Psychology Research* (vol. 132 pp. 177-208). New York: Nova Science Publisher, Inc.

I. MARCO TEÓRICO Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 1

ADOLESCENCIA Y CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS

Dedicaremos este primer capítulo a identificar y contextualizar la población objeto de estudio de esta Tesis doctoral, esto es, los y las adolescentes con comportamientos problemáticos. Como en el resto de etapas del ciclo vital, los y las adolescentes presentan una serie de necesidades evolutivas que deben ser garantizadas por sus contextos de desarrollo más cercanos, especialmente, por sus familias. A su vez, también se espera que chicos y chicas se comporten de forma ajustada a las demandas familiares y sociales. Sin embargo, en ocasiones chicos y chicas transgreden las normas familiares y sociales, y se ven involucrados en contextos de riesgo que comprometen su desarrollo y bienestar. Así, esta transgresión y la presencia de comportamientos problemáticos de los y las adolescentes no suceden aisladamente, sino que ocurren en interrelación con diversos escenarios que pueden actuar como factores de protección o de riesgo para estos adolescentes. Durante este primer capítulo realizaremos una revisión de la literatura sobre diferentes condicionantes que deben ser tenidos en consideración para la intervención con adolescentes con comportamientos problemáticos.

En primer lugar, contextualizaremos la adolescencia como una etapa evolutiva en la que chicos y chicas experimentan una serie de cambios normativos, pero que a la vez, viene marcada por la diversidad observada en las trayectorias del desarrollo. De esta forma, nos centraremos en segundo lugar en el análisis de posibles trayectorias de riesgo de adolescentes. Concretamente, definiremos los comportamientos problemáticos de adolescentes y presentaremos diferentes teorías explicativas sobre los motivos de

ocurrencia y mantenimiento de estos comportamientos. Entre estas teorías destacaremos especialmente las aproximaciones de índole psicológica que explican los comportamientos problemáticos tanto por la influencia de factores contextuales, como por las características personales de los y las adolescentes. En esta línea, finalizaremos el primer capítulo con la revisión teórica de dimensiones relevantes para entender la exhibición de comportamientos problemáticos: los sucesos vitales estresantes y su afrontamiento, la inteligencia emocional, las relaciones con los iguales, y en especial, la influencia del contexto familiar a través de dimensiones como la vinculación padres-adolescentes y las prácticas parentales.

1.1. La adolescencia como etapa evolutiva

La adolescencia es una importante etapa evolutiva generalmente situada entre los 12 y los 18 años. Durante esta etapa, chicas y chicos se ven involucrados en diversas transiciones psicosociales y afrontan diferentes cambios biológicos, cognitivos y socioemocionales (Santrock, 2003). Los cambios biológicos incluyen el significativo desarrollo físico del adolescente durante la pubertad, que viene causado por cambios internos como el desarrollo cerebral, la evolución neurológica y los cambios hormonales. Los cambios cognitivos implican, entre otros, la evolución de la inteligencia y del pensamiento durante la adolescencia hacia una mayor capacidad de razonamiento y adopción de perspectivas, mayor pensamiento crítico, más capacidad de análisis y más recursos para la resolución de problemas. Finalmente, los procesos socioemocionales integran los cambios experimentados en las relaciones de las y los adolescentes con los demás, la evolución de la capacidad para expresar, comprender y regular las emociones propias y ajenas, los cambios en la personalidad y el enriquecimiento de roles en los contextos evolutivos más significativos (Coleman y Hendry, 2003; Santrock, 2003). A nivel general, el desarrollo adolescente debe ser entendido en función de la integración de los cambios en estos tres dominios: biológico, cognitivo y socioemocional, dado que el desarrollo de uno de los componentes se encuentra íntimamente ligado a cambios en el resto de los dominios. En este sentido, se espera que las y los adolescentes asimilen progresivamente los nuevos cambios para garantizar la adquisición de competencias

psicosociales que garanticen el ajuste positivo durante la adolescencia y la adecuada transición a la adultez.

Las psicólogas y los psicólogos evolutivos, centrados en estudiar los diferentes cambios y las competencias que los adolescentes deben desarrollar durante este periodo, establecen que el desarrollo se produce progresiva, simultánea y escalonadamente. Los primeros años de la adolescencia han sido denominados como adolescencia temprana, y se caracterizan, especialmente, por los cambios biológicos y físicos que ocurren en estos años, así como por la transición del adolescente a nuevos contextos escolares con mayores exigencias académicas y nuevos retos sociales relacionados con la construcción de las relaciones entre iguales. La segunda mitad de la adolescencia se ha llamado adolescencia tardía. En esta subetapa cobra más relevancia la influencia de los grupos de iguales, las primeras relaciones de noviazgo, la exploración de nuevas experiencias sociales y la búsqueda de una identidad propia y diferenciada de la familia de origen (Lerner y Steinberg, 2009).

Actualmente, el desarrollo adolescente es conceptualizado desde el enfoque del *desarrollo positivo de la adolescencia*. Así, a pesar de los numerosos cambios que las y los adolescentes afrontan durante esta etapa y del mito de la adolescencia como un momento evolutivo conflictivo para los individuos (Oliva, 2006), la mayoría de chicos y chicas vivencian este período y progresan a la adultez sin la existencia de problemas significativos de ajuste ni la manifestación de comportamientos problemáticos (Institute of Medicine and National Research Council, 2011). Desde el enfoque del desarrollo positivo, la adolescencia puede ser concebida como un período evolutivo propicio para que chicos y chicas desarrollen o mejoren las estrategias y habilidades cognitivas y socioemocionales necesarias para favorecer su ajuste psicológico, familiar y social (Oliva, 2006; Telzer, van Hoorn, Rogers y Do, 2017). Así desde el enfoque del desarrollo positivo se percibe a las y los adolescentes como individuos con múltiples fortalezas para alcanzar un desarrollo exitoso y saludable (Lerner, 2002). Una de las principales implicaciones de este enfoque es la importancia otorgada a los diferentes contextos en los que crecen los adolescentes para promover su desarrollo mediante la consecución de estrategias y competencias que garanticen su éxito evolutivo. De hecho, las y los adolescentes no se conciben como agentes aislados, sino que se consideran inmersos en diferentes contextos de los que reciben influencias y sobre los que influyen como agentes

activos: familia, iguales, escuela y entorno cultural, entre otros (McElhaney, Allen, Stephenson y Hare, 2009).

La importancia de los contextos significativos y facilitadores del desarrollo positivo durante la adolescencia son tenidos en consideración en la *teoría bioecológica* propuesta por Bronfenbrenner (2000). Esta teoría cuenta actualmente con un apoyo consensuado y evidencias rigurosas desde la Psicología Evolutiva para comprender el desarrollo adolescente. Desde esta teoría se afirma que existen diferentes contextos que van desde los elementos más lejanos al sujeto (macrosistema: medios de comunicación, momento histórico, normas culturales, leyes, entre otros) hasta los contextos más cercanos al sujeto (microsistema: familia, iguales o escuela), que influyen de modo indirecto o directo en el desarrollo de cada persona, que a su vez cuenta con unas determinadas características biológicas y cuyas acciones también influyen en los contextos en los que participa.

En esta línea, y sin pretender ser exhaustivo en todos los modelos explicativos de la adolescencia, también consideramos importante señalar *el modelo psicosocial* de Erikson (1968) debido a sus implicaciones prácticas en los procesos socioemocionales que los adolescentes experimentan. Erikson (1968) propone que, para alcanzar un desarrollo exitoso y saludable durante la adolescencia, chicos y chicas deben solventar diversas demandas sociales cuya resolución adecuada les permitirá establecer su propia identidad con sus propias creencias, aspiraciones profesionales y objetivos vitales. Para alcanzar esta identidad, Erikson (1968) otorga gran relevancia al papel de los progenitores como principales figuras vinculantes del adolescente que permiten la exploración de los diferentes roles y patrones relacionales de un modo adecuado y ajustado. Así, los progenitores pueden facilitar o dificultar el proceso de adquisición de identidad del adolescente, y, por tanto, también el ajuste psicosocial y el desarrollo positivo del adolescente en función de si logran su propia identidad o presentan una identidad en moratoria o delegada. En conclusión, la consecución de una identidad definida, propia y diferenciada de los demás parece ser uno de los principales retos durante la adolescencia, que además suele asociarse con buenos niveles de socialización y ajuste psicológico entre chicos y chicas (Kroger, 1995).

En esta línea, diversos autores enfatizan la necesidad de entender la adolescencia como un momento evolutivo en el que chicos y chicas deben resolver múltiples *retos* y *tareas*. Así, resulta relevante la reconocida perspectiva de trabajo de Carmine Saccu,

fundador y director de la Escuela Romana de Psicoterapia Familiar, que establece que un desarrollo ajustado durante la adolescencia debe conllevar y visibilizarse en tres tareas: la caída de los dioses, la rebelión, y el secreto (Saccu, 2000, cit. en Vallario, 2016). Estas tareas se refieren a la progresiva diferenciación de los adolescentes con respecto a sus progenitores, así como a la búsqueda de su propia identidad (Bowen, 1979; Erikson, 1968). En primer lugar, en este proceso de diferenciación las y los adolescentes alcanzan una visión más realista y menos idealizada de sus figuras parentales en comparación con la infancia (la caída de los dioses). En segundo lugar, esta etapa puede ir acompañada de conductas conflictivas (rebelión) que tienen la función de romper la fusión con los progenitores para buscar la propia individualidad. Finalmente, la presencia de secretos se relaciona con la necesidad de intimidad y autonomía de los y las adolescentes. En este marco, Charmet (2000) propone también tres tareas durante la adolescencia que chicos y chicas deben resolver. En concreto, este autor propone que, durante la adolescencia, chicos y chicas deben adoptar nuevos valores de referencia sobre los que ajustar sus comportamientos, aceptar los cambios físicos y su nuevo cuerpo, y construir nuevos vínculos afectivos y sociales.

Aunque las necesidades de los y las adolescentes, los cambios que deben afrontar y las tareas que deben conseguir tienen un importante componente normativo, no podemos conceptualizar a los adolescentes ni a esta etapa evolutiva como totalmente homogénea. Las diferencias tanto personales como contextuales implican heterogeneidad en las trayectorias evolutivas durante la adolescencia. Es importante explorar esta diversidad para promover y estimular las trayectorias más positivas, pero también para intervenir con los adolescentes y en sus contextos significativos cuando aparecen dificultades en las trayectorias evolutivas.

Parra (2005) ha estudiado la diversidad de *trayectorias evolutivas* en un estudio longitudinal con adolescentes españoles. En este estudio se ha encontrado que el ajuste adolescente, concretamente el ajuste familiar, social, emocional y académico, tiende a seguir un desarrollo bastante estable durante este periodo, es decir, que aquellos chicos y aquellas chicas con mejores niveles de ajuste al inicio de la adolescencia presentan mejores índices de ajuste en los años sucesivos. De modo similar, Compas, Hinden y Gerhardt (1995) han descrito cinco posibles trayectorias, considerando que es más frecuente que las y los adolescentes manifiesten trayectorias estables de desarrollo que cambios significativos en sus trayectorias a lo largo de la adolescencia. En concreto, la

Trayectoria 1 se caracteriza por ser una trayectoria estable a lo largo de la adolescencia, adaptativa, sin problemas de comportamiento en los adolescentes ni exposición a situaciones de riesgo. La Trayectoria 2 se caracteriza por ser una trayectoria estable, pero a diferencia de la primera, no adaptativa, con exposición a situaciones de riesgo y a adversidades crónicas, contextuales y/o personales, que conllevan la presencia y mantenimiento de comportamientos problemáticos. En la Trayectoria 3 chicos y chicas presentan un peor ajuste en los primeros años que desaparece progresivamente en los años sucesivos debido a la presencia de factores de protección en el ámbito familiar o social. En la Trayectoria 4, a diferencia de la tercera, las y los adolescentes presentan un buen ajuste psicológico y social al inicio de la adolescencia que, sin embargo, se va truncando progresivamente durante la adolescencia debido a la presencia de situaciones de riesgo sobrevenidas. Finalmente, la Trayectoria 5 se caracteriza porque chicos y chicas presentan un buen ajuste psicológico en la infancia, que empeora en la adolescencia temprana, pero que evoluciona hacia buenos niveles de ajuste en la adolescencia tardía.

Asimismo, siguiendo la perspectiva de estas investigaciones, y centrándose en el análisis del desarrollo positivo, Zimmerman, Phelps y Lerner (2008) realizan un estudio con mayor profundidad sobre la diversidad del desarrollo adolescente y la prevalencia de las diferentes trayectorias. Estos autores encuentran cinco trayectorias relacionadas con el desarrollo positivo en la adolescencia siendo el más prevalente el grupo con un desarrollo positivo medio-alto y estable durante la adolescencia, y el menos prevalente (solo el 3.7%), el grupo de sujetos que tiende a ir disminuyendo su desarrollo positivo durante los años adolescentes. En relación con las trayectorias halladas en función de la manifestación de comportamientos de riesgo, Zimmerman y colaboradores (2008) identifican tres grupos: un grupo de adolescentes que no muestra comportamientos de riesgo (siendo el grupo más numeroso y estando formado por más de la mitad de los adolescentes participantes en el estudio), un grupo con pocas conductas de riesgo a lo largo de la adolescencia, y un tercer grupo con un progresivo incremento de los comportamientos de riesgo que supuso el 13.3% de los adolescentes del estudio.

Como se evidencia en los resultados sobre diferencias en las trayectorias evolutivas durante la adolescencia, es indudable que en el desarrollo durante esta etapa inciden diferentes factores de protección y/o factores de riesgo. Estos factores pueden ser estables o transitorios, y repercutir significativamente en el ajuste psicosocial y en el bienestar de chicos y chicas. Los factores de riesgo son entendidos como aquellas

características tanto personales como contextuales que pueden contribuir a un desarrollo negativo o a una situación de vulnerabilidad del individuo. En contraste, los factores de protección son conceptualizados como aquellos elementos personales y contextuales que al interactuar con los factores de riesgo reducen las consecuencias negativas de los mismos (Compas et al., 1995). Históricamente, los factores de protección y de riesgo han sido ampliamente estudiados. Concretamente, con respecto a los factores de riesgo que incrementan la vulnerabilidad de las y los adolescentes, existen evidencias sobre factores relacionados con las características biológicas e individuales del adolescente (alta reactividad emocional, pocas habilidades sociales, etcétera), familiares (disciplina coercitiva, escasa supervisión, conflictos maritales e intrafamiliares, etcétera), sociales (red de apoyo limitada, modelos negativos de iguales, etcétera), comunitarias (barrios violentos, escasez de alternativas de ocio, etcétera) o socioculturales (exposición a violencia en los medios de comunicación, leyes que no reconozcan los derechos de los menores, etcétera). La exposición de los menores a diversas y simultáneas situaciones de riesgo conlleva mayores dificultades cognitivas, sociales y emocionales (Gresham, 2015; Rodríguez y Tucker, 2015). Frente a estos factores de riesgo podemos encontrar factores de protección relacionados igualmente con características personales (predisposición a desarrollar conductas prosociales, buenas habilidades sociales, etcétera), familiares (adecuado clima familiar, supervisión ajustada a la edad, buenos niveles de comunicación familiar, etcétera), sociales (amplia y diversa red de apoyo, modelos positivos de iguales, etcétera), comunitarias (variedad de recursos en la comunidad, nivel socioeconómico del barrio medio-alto, etcétera) o socioculturales como el establecimiento de políticas que garanticen los derechos de los adolescentes (Comeche y Vallejo, 2016; Walker et al., 1996).

La influencia de los factores de riesgo y los factores de protección en el desarrollo adolescente responde a un mecanismo probabilístico no causal, es decir, no podemos garantizar que la resta de factores de protección frente a factores de riesgo determine el bienestar y desarrollo adolescente, sino que tanto factores de protección como factores de riesgo interaccionan entre sí de modo complejo y dinámico a lo largo del tiempo (Jiménez, 2009). Por tanto, para entender el desarrollo adolescente no es suficiente con cuantificar la presencia de dichos factores, sino que deberemos examinar algunos aspectos cualitativos como su naturaleza y su grado de permanencia. En esta línea, no podemos obviar la interacción entre factores de protección y de riesgo, así como la

tendencia de estos factores a atraerse y reforzarse entre sí, por ejemplo, factores de protección precipitan la aparición de otros factores de protección. Finalmente, habrá que considerar la especificidad de cada situación de riesgo o protección en función del dominio estudiado del desarrollo adolescente y considerando el papel activo que desempeña la persona en su desarrollo (Cowan, Cowan y Schulz, 1996; Jiménez, 2009; McMahon, Grant, Compas, Thurm y Ey, 2003).

En síntesis, podemos decir que la adolescencia es un periodo evolutivo en el que chicos y chicas vivencian importantes cambios. Se espera que a nivel normativo, el adolescente consiga una mayor autonomía con respecto a su contexto familiar, establezca relaciones íntimas de amistad, experimente las primeras relaciones de noviazgo y experiencias sexuales, busque la construcción de una identidad propia, tome decisiones con respecto al futuro profesional, y, en definitiva, alcance los hitos necesarios para garantizar un desarrollo ajustado y una adecuada transición a la adultez (Coleman y Hendry, 2003). No obstante, la adolescencia se caracteriza por una amplia diversidad en las trayectorias de desarrollo. Así, la presencia de factores de protección o de riesgo pueden favorecer o dificultar el desarrollo positivo de las y los adolescentes (Lerner y Steinberg, 2009; McElhaney, Allen, Stephenson y Hare, 2009).

Desde este marco teórico, esta Tesis Doctoral se centrará en la intervención con adolescentes en los que por distintas razones el desarrollo no resulta todo lo positivo que podría esperarse, y que, en cambio, comienzan a exhibir conductas problemáticas en diversos contextos del desarrollo.

1.2. La aparición de conductas problemáticas durante la adolescencia

Como hemos visto en el apartado anterior, la mayoría de los y las adolescentes presentan un desarrollo positivo caracterizado por un buen ajuste psicosocial (Zimmerman et al., 2008). Aunque pueden aparecer ciertos conflictos familiares o sociales debido a la propia búsqueda durante la adolescencia de una progresiva diferenciación e identidad, la intensidad y la frecuencia de estos conflictos no suponen una situación de especial preocupación en la mayor parte de los casos. No obstante, en algunas ocasiones chicos y chicas pueden manifestar frecuentes e intensas conductas

conflictivas que conllevan la infracción y la transgresión reiterada de normas familiares y sociales, y que, a su vez, exceden los recursos de los padres y de las madres para controlar la presencia de estos comportamientos (Alexander, Waldron, Robbins y Neeb, 2013). En estos casos, será necesario desarrollar intervenciones específicas con estos adolescentes y sus familias para (a) fortalecer los recursos de estos adolescentes y sus familias; (b) promover una trayectoria de desarrollo positivo adolescente dentro del sistema familiar y en otros contextos de desarrollo; (c) evitar el impacto psicosocial negativo de los comportamientos problemáticos; y (d) prevenir la aparición de situaciones más graves que requieran la intervención del sistema judicial.

Andalucía, nuestro contexto sociocultural, se presenta como la comunidad con más medidas judiciales impuestas a adolescentes que han manifestado alguna conducta disruptiva merecedora de sanción. Así, el Informe desarrollado por la Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia (2016) muestra que se tomaron medidas judiciales con un total de 3128 adolescentes de entre 14 y 17 años en Andalucía durante el año 2014, mientras que en el año 2016 existió un incremento del 3% con respecto al año anterior de adolescentes con alguna sanción judicial (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

Esta situación pone de relieve que los comportamientos problemáticos de los y las adolescentes son muy visibles socialmente, llegando a generar el rechazo de la sociedad, de los propios iguales y de los adultos (López-López y López-Soler, 2008). La ostentación de comportamientos problemáticos puede derivar, en los casos más extremos, en el desarrollo de un patrón de conducta antisocial en la adultez si no se interviene adecuadamente. Aunque los y las adolescentes con conductas conflictivas pueden seguir una trayectoria negativa y convertirse en adultos con un trastorno de conducta antisocial, no todos los adolescentes que exhiben comportamientos problemáticos presentan un patrón de conducta que cumpla los criterios clínicos para diagnosticar un trastorno según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, el DSM-V, tal y como es entendido por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013).

1.2.1. Definiendo los comportamientos problemáticos durante la adolescencia

Uno de los principales autores de referencia en el estudio de los comportamientos problemáticos en la adolescencia ha sido Thomas Achenbach. Este autor describe ocho

síndromes empíricos en función de la presencia de comportamientos de naturaleza internalizante y/o externalizante (Achenbach, 1993). En esta Tesis Doctoral nos centraremos en manifestaciones conductuales propias del *síndrome externalizante*. Este síndrome externalizante puede ser dividido en dos grupos: comportamiento delincuente y comportamiento agresivo. Concretamente, en este trabajo nos focalizaremos en el grupo de adolescentes que han sido identificados como chicos y chicas con *comportamientos agresivos* según la clasificación de Achenbach (1993). Estos adolescentes se caracterizan por una alta frecuencia e intensidad de discusiones, por la desobediencia a sus progenitores y a sus profesores y profesoras, por una alta implicación en peleas que supongan gritar y/o atacar físicamente o verbalmente a otras personas, y por presentar un estado de ánimo cambiante.

Este síndrome tiene su correspondencia en el DSM. En concreto, estaría relacionado con el trastorno disocial (Bird, Gould, y Staghezza, 1993). Aunque la población objeto de estudio en este trabajo no presenta diagnóstico clínico, nos parece interesante presentar los criterios diagnósticos del trastorno disocial puesto que algunas de las conductas que definen estos criterios son exhibidas por las y los adolescentes con conductas problemáticas y, por tanto, puede ayudar a entender la casuística de los comportamientos conflictivos de estos adolescentes.

Históricamente, “acting-out”, comportamientos externalizantes, conducta antisocial o conductas de oposición han sido algunos de los nombres dados a los trastornos de conducta que se caracterizan por una falta de autorregulación conductual y por la intromisión y ataque a los derechos de los demás. Como se ha señalado, en el DSM-IV-TR el *trastorno disocial* se relaciona con la manifestación de las conductas problemáticas por parte de adolescentes. El trastorno disocial se integra dentro de los principales trastornos disruptivos del control de impulsos y de la conducta durante la infancia y la adolescencia (APA, 2002). Posteriormente, en el DSM-V (APA, 2013) se sustituye el nombre de trastorno disocial por *trastorno de conducta*. La prevalencia del trastorno de conducta es estimada entre el 2% y el 10%, siendo raro su inicio con posterioridad a los 16 años (APA, 2013). Asimismo, se considera que entre el 30% y 50% de los y las adolescentes que acuden a un tratamiento psicológico manifiestan comportamientos agresivos, problemas conductuales y comportamientos antisociales (Kazdin, 1995).

El trastorno de conducta es definido como “un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, y que provoca un deterioro clínicamente significativo en las actividades sociales, académicas o laborales” (APA, 2013, p. 469). En el DSM-V se establecen 15 criterios para el trastorno de conducta. Específicamente, estos criterios se agrupan en cuatro bloques: agresión a personas y animales (por ejemplo, iniciar peleas físicas, intimidar a otras personas o utilizar un objeto que pueda causar daño físico a otras personas); destrucción de la propiedad (provocar incendios intencionadamente y destruir propiedades de otras personas); fraudulencia o robo (violentar la casa o el automóvil de otra persona, mentir para obtener favores o evitar obligaciones, y robar objetos); y violaciones graves de normas (permanecer fuera de casa sin permiso e iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad, escaparse de casa durante la noche al menos en dos ocasiones y no asistir o escaparse de la escuela iniciando este comportamiento antes de los 13 años).

Adicionalmente, en esta edición del DSM (DSM-V; APA, 2013) se especifica que es necesario identificar en el diagnóstico si las emociones prosociales se encuentran limitadas. En concreto, se especifica que para el diagnóstico y la intervención con estos adolescentes es necesario conocer si en los últimos doce meses las y los adolescentes han mostrado falta de remordimiento o culpa, falta de empatía, despreocupación por su rendimiento, y afecto superficial o deficiente hacia los demás.

Como vemos, los y las adolescentes tienden a desarrollar diferentes comportamientos problemáticos de modo simultáneo. Por tanto, en este trabajo no queremos hacer una clasificación rígida dicotómica sobre la presencia o ausencia de una determinada conducta para cumplir un criterio específico. A su vez, nos queremos alejar de la tipificación de los y las adolescentes en función del carácter clínico de sus conductas. De este modo, apostamos por un enfoque global y hablaremos en este trabajo de *conductas problemáticas* exhibidas por adolescentes que tienen incidencia sobre su ajuste social y familiar, y que limitan las capacidades y recursos de sus familias para prevenir la presencia y consecuencias de estos comportamientos.

Desde esta perspectiva, nos gustaría describir las conductas problemáticas durante la adolescencia más reportadas en diferentes estudios internacionales y nacionales, y que además son tenidas en cuenta para identificar la problemática específica de los adolescentes sobre los que versa esta Tesis Doctoral (Alexander et al., 20013; Fosco,

Lippold y Feinberg, 2014; Goodman, 2001; Seisdedos, 1995). En la próxima tabla se presentan las principales conductas problemáticas estudiadas en las últimas décadas en función de los posibles contextos de desarrollo del adolescente.

Tabla 1. Conductas problemáticas de los adolescentes en diversos contextos de desarrollo

Contexto familiar	Contexto social	Contexto escolar
✓ Desobediencia al padre y/o a la madre	✓ Intimidación a los iguales	✓ Desobediencia a los profesores y/o a las profesoras
✓ Peleas frecuentes e intensas con el padre y/o con la madre	✓ Peleas frecuentes e intensas con los iguales	✓ Agresividad verbal con los profesores y/o con las profesoras
✓ Mentiras en el hogar	✓ Agresividad verbal o física hacia los iguales	✓ Peleas frecuentes e intensas con los profesores y/o con las profesoras
✓ Agresividad verbal hacia el padre y/o hacia la madre	✓ Alta tasas de consumo de alcohol / tabaco	✓ Expulsiones del centro escolar
✓ Sentimientos y conductas hostiles hacia el padre y/o hacia la madre	✓ Transgresión de normas sociales	✓ Absentismo

Gran parte de las conductas problemáticas señaladas se asocian con relaciones hostiles y conflictivas con el padre y la madre (Fosco, et al., 2014). Asimismo, con respecto a la relación entre las conductas conflictivas y los estados emocionales, se ha evidenciado que la ira es una emoción estrechamente asociada a los comportamientos problemáticos (Carr, 2016). Además, existe acuerdo entre diversos autores y autoras que reportan que la manifestación de diferentes conductas problemáticas en la adolescencia y la ausencia de intervenciones específicas con estos adolescentes puede derivar en que las y los adolescentes se vean involucrados en el sistema judicial, exhiban conductas delictivas y muestren un ajuste psicosocial inadecuado en la adultez, como es la

manifestación de un patrón conductual antisocial (APA; 2013; Loeber y Farrington, 1997).

1.2.2. Teorías explicativas de los comportamientos problemáticos en la adolescencia

Teniendo en cuenta la diversidad de comportamientos problemáticos que los y las adolescentes pueden llegar a exhibir y de cara a realizar la mejor elección sobre las intervenciones específicas a implementar, es importante entender los factores y las teorías que explican la aparición y el mantenimiento de los comportamientos problemáticos durante la adolescencia. Tradicionalmente, para explicar la presencia de comportamientos problemáticos se han atendido a factores biológicos, sociales y/o psicológicos (Carr, 2016; López-López y López-Soler, 2008). Sin pretender ser exhaustivos, a continuación se presentan los principales modelos que aportan una explicación teórica de la presencia de comportamientos problemáticos, agresivos, violentos y antisociales durante la adolescencia.

Desde los modelos biológicos se asume que la exhibición de comportamientos problemáticos y antisociales puede relacionarse con *características genéticas y hereditarias, neurológicas y bioquímicas*. En relación con las características genéticas y hereditarias, Cloninger y Gottesman (1987) han encontrado una mayor concordancia de criminalidad y conducta antisocial entre gemelos monocigóticos frente a gemelos dicigóticos. Asimismo, en diferentes estudios con gemelos adoptados se ha encontrado que existe una tendencia aproximadamente en la mitad de los casos de que ambos hermanos presenten comportamientos conflictivos (Moffit, 2005). Con respecto a los componentes neurológicos, según Fernández y Husperger (1959), en los niveles altos de agresión se encuentra involucrado un funcionamiento anómalo de diversas estructuras que desencadenan la agresión, como la sustancia gris, y ciertas estructuras que la inhiben, como la neocorteza cerebral. Además, el lóbulo frontal juega un papel importante en la planificación y regulación del comportamiento. Así, el funcionamiento anómalo del lóbulo frontal se relaciona con la presencia de comportamientos problemáticos (Raine, 2002). Finalmente, en relación con los factores bioquímicos, parece que la agresividad se correlaciona negativamente con la actividad de la serotonina y la dopamina (Miczek, Fish, de Bold y de Almeida, 2002; van Goozen, Fairchild, Snoek y Harold 2007).

Aunque los modelos biológicos pueden ofrecer una explicación parcial señalando la predisposición individual al desarrollo de conductas de alta conflictividad, no podemos olvidar la enorme importancia de los diversos contextos de desarrollo para favorecer o evitar la exhibición de comportamientos problemáticos. Por tanto, lejos de limitarnos a una lectura determinista del modelo biológico que conllevaría aceptar que los contextos de desarrollo de los y las adolescentes no son influyentes en la presencia de comportamientos problemáticos, proponemos las teorías sociológicas y psicológicas como enfoques más plausibles y holísticos para explicar la presencia de los comportamientos problemáticos.

Entre las teorías sociológicas destaca la *teoría del arraigo social* de Hirschi (1969). Este autor propone que todos los individuos tienen la capacidad potencial de desarrollar conductas disruptivas e infractoras, si bien los conocimientos sobre las consecuencias negativas que pueden provocar los comportamientos problemáticos, como el deterioro de las relaciones familiares y sociales o la imposición de medidas judiciales, conllevan la inhibición del comportamiento conflictivo. Por tanto, los y las adolescentes con escasa disciplina, con creencias negativas sobre sus relaciones sociales, familiares y sobre la autoridad, y con una pobre capacidad de autorregulación y de adopción de perspectivas, tienden a ser más conflictivos debido a que no toman conciencia de las consecuencias negativas que pueden tener sus conductas ni del potencial daño infligido a los otros (Tur, Mestre y del Barrio, 2004; Vazsonyi, Mikuška y Kelley, 2017).

En relación con las teorías psicológicas, a continuación, se exponen aquellos enfoques que actualmente cuentan con un mayor reconocimiento para explicar la exhibición de conductas problemáticas de los y las adolescentes. Las distintas teorías se presentan clasificadas en función de si la explicación de la presencia de los comportamientos problemáticos se asocia a dimensiones personales implicadas en la respuesta del adolescente a una situación estresante; si estas conductas son explicadas por la relación negativa del adolescente en los diversos contextos de desarrollo; o bien si se trata de una explicación que integra disposiciones biológicas, individuales y contextuales.

Teorías relacionadas con dimensiones personales del adolescente y su respuesta a situaciones de estrés:

❖ *La Teoría General de la Tensión (GST; Agnew, 1992).* Esta teoría supone una de las principales aportaciones que explica la aparición de los comportamientos

problemáticos como consecuencia de la exposición de los y las adolescentes a situaciones estresantes. En concreto, este autor describe que la exposición a situaciones estresantes conlleva un incremento de emociones negativas como la ira y la hostilidad que, a su vez, eleva la tensión de los individuos. Por tanto, los individuos deben manejar estas emociones negativas generadas en situaciones adversas. Así, este incremento de la tensión propicia que las respuestas del individuo para gestionar estas emociones negativas sean poco adaptativas optando por respuestas conflictivas como peleas con otras personas o abusos de sustancias que sirven a corto plazo para eliminar o huir de la tensión existente.

❖ *Hipótesis de la frustración-agresión* (Berkowitz, 1989). Esta aproximación ha sido una de las más empleada históricamente para explicar la aparición de los comportamientos agresivos. Desde la hipótesis de la frustración-agresión se formula que los eventos que son percibidos como poco controlables e injustos pueden provocar sentimientos de frustración en el individuo. Esta frustración incrementa el riesgo de que los y las adolescentes exhiban comportamientos agresivos o disruptivos como respuesta a dicha frustración, que se considera un estímulo aversivo que provoca un afecto negativo (ira y hostilidad). Por consiguiente, la agresión es considerada una consecuencia de la frustración cuando el individuo realiza una integración inadecuada de la misma.

❖ *Teoría I³* (Finkel, 2014; Slotter y Finkel, 2011). La teoría I³ es una teoría reciente basada en tres componentes de los que recibe su nombre: instigación (instigation), impulso (impellance), e inhibición (inhibition). El primer componente se refiere a la exposición a situaciones de estrés o tensión que generan una respuesta en el individuo. El segundo componente se refiere a los factores personales o situacionales que incitan al individuo a reaccionar de modo agresivo cuando aparece el estímulo instigador. El tercer componente se refiere a los factores personales o contextuales que inhiben la respuesta agresiva del individuo que es sustituida por el control de la situación. Según esta teoría, el afrontamiento de situaciones estresantes (instigador) consume las estrategias y recursos de autorregulación del individuo (factores personales relacionados con el control de impulso), dificultando, por tanto, la puesta en marcha de habilidades para inhibir los impulsos violentos y exhibiendo una conducta agresiva o violenta.

Teorías relacionadas con la influencia de los contextos significativos de desarrollo:

❖ *Teoría del aprendizaje social-cognitivo* (Bandura, 1973; Bandura y Walters, 1959). Estos autores proponen que en los procesos de aprendizaje cobran

especial importancia la observación y el aprendizaje por imitación de los modelos reconocidos y valorados por el individuo. Los comportamientos conflictivos durante la infancia y la adolescencia pueden aprenderse a través de la imitación de estos comportamientos cuando son manifestados por personas significativas del entorno. De este modo, existen evidencias de que la demostración de conductas violentas o conflictivas por parte de padres y madres se asocia con una mayor probabilidad de que chicos y chicas desarrollen este tipo de comportamientos. De hecho, existen estudios sólidos que apuntan a la transmisión intrafamiliar y generacional de los comportamientos agresivos y violentos (Moffitt y Scott, 2008; Taylor y Rogers, 2005). Además, desde la teoría del aprendizaje social-cognitivo también se considera de especial relevancia el posible refuerzo -como la obtención de la atención de los padres y de las madres- que chicos y chicas pueden conseguir como consecuencia de exhibir las conductas disruptivas y que, por tanto, refuerza la repetición de estas conductas.

❖ *Teoría del déficit de las habilidades sociales* (Shure, 2001; Spivack y Shure, 1982). Esta teoría procedente del modelo cognitivo-conductual señala que los y las adolescentes que manifiestan comportamientos conflictivos pueden tener un déficit en el desarrollo de habilidades sociales. Este déficit se debería a que estos chicos y estas chicas no hayan tenido en sus contextos de desarrollo la oportunidad de aprender modos alternativos a la exhibición de la agresión o de la autoridad para resolver conflictos en sus relaciones con otras personas en los diferentes escenarios.

❖ *Teoría de la coerción* (Crosswhite y Kerpelman, 2009; Patterson, 1982). Desde esta teoría se destaca que cuando la relación entre adolescentes y progenitores se ha regido por modelos coercitivos, cuando padres y madres han empleado un estilo educativo autoritario, y cuando la resolución de conflictos se ha realizado mediante la coacción, los y las adolescentes tienden a repetir este modelo en sus relaciones con otras personas en diferentes contextos de desarrollo. De hecho, un escenario educativo basado en la coacción parece relacionarse con una mayor probabilidad de que chicos y chicas exhiban problemas de conducta frente a contextos caracterizados por modelos no autoritarios ni coercitivos (Calvete, Orue y Gámez-Guadix, 2012). Además, desde esta teoría también se señala la importancia de que los padres y las madres hayan atendido habitualmente a las conductas disruptivas de sus hijos e hijas, y que, por tanto, los chicos y las chicas hayan visto reforzado la exhibición de estas conductas.

❖ *Teoría sistémica familiar* (Cox y Paley, 1997; Minuchin y Fishman, 1981).

Los principales fundamentos de esta teoría se irán desarrollando en los diferentes apartados y artículos de este trabajo debido a que es uno de los principales marcos teóricos que permiten contextualizar esta Tesis Doctoral. Concretamente, desde el enfoque familiar sistémico se entiende que la manifestación de conductas problemáticas por parte de los y las adolescentes es solo el síntoma visible de una desestructuración familiar y de la existencia de relaciones y dinámicas disfuncionales entre los miembros del sistema familiar (Minuchin, 1974). Por tanto, las conductas problemáticas de los y las adolescentes deben ser conceptualizadas como el síntoma visible de una situación de crisis familiar. Del mismo modo, el desarrollo de estas conductas puede estar secundariamente retroalimentando la homeostasis del sistema familiar, así como ocultando otras situaciones problemáticas intrafamiliares como conflictos maritales, secretos, protección hacia algún miembro del sistema, etcétera (Carr, 2016).

❖ *Teoría ecológica multi-sistémica* (Henggeler y Schaeffer, 2016). Esta teoría se basa en el modelo ecológico (Bronfenbrenner y Morris, 2006). Concretamente, desde el modelo ecológico se asume que existen numerosos factores que interaccionan entre sí en los diferentes contextos de desarrollo de los y las adolescentes (características individuales, familia, escuela y comunidad) que protegen o precipitan la aparición de comportamientos problemáticos y que ayudan a mantenerlos a lo largo del tiempo (Henggeler y Schaeffer, 2016). En esta línea, Dishion, French y Patterson (1995) adaptaron el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1993) para establecer una explicación holística de la manifestación de los comportamientos problemáticos y antisociales basado en cuatro niveles. El primer nivel se relaciona con los factores interpersonales, es decir, en qué medida el temperamento, el estilo cognitivo-social y la inteligencia de un individuo le predispone para el desarrollo de comportamientos problemáticos. El segundo nivel se refiere a los sistemas de relación y a los procesos de socialización del individuo, y en qué grado estas relaciones a nivel microsistémico con el padre y la madre, amigos y amigas o docentes protegen a chicos y chicas del desarrollo de comportamientos conflictivos. El tercer nivel se relaciona con los marcos físicos en los que se desarrolla la conducta, es decir, los escenarios donde se socializa el individuo y en qué medida en estos escenarios concurren comportamientos problemáticos. Y finalmente, el cuarto nivel sería el contexto comunitario referido a aquellos elementos más macrosistémicos que protegen o exponen al individuo al desarrollo de comportamientos conflictivos como la

visualización y exposición en los medios de comunicación de comportamientos violentos, agresivos, problemáticos o delictivos.

❖ Cercano a esta perspectiva, Walker y colaboradores (1996) establecen diferentes factores de riesgo y protección para explicar la aparición de comportamientos problemáticos y antisociales. Así, estos autores establecen una clasificación en función de diferentes niveles o contextos: comunidad (factores de riesgo: transición y movilidad, nivel económico muy bajo y carencias sociales, etcétera; factores de protección: red disponible de apoyo y vínculos sociales adaptativos, involucrar a los jóvenes en servicios comunitarios, etcétera), familia (factores de riesgo: conflictos familiares, actitud negativa de los progenitores, bajo compromiso educativo, etcétera; factores de protección: estilo educativo democrático, ocio compartido con los menores, manejo adecuado del estrés familiar, vínculos seguros de apego, etcétera), escuela (factores de riesgo: fracaso escolar, falta de compromiso con la escuela, etcétera; factores de protección: promoción de la conducta prosocial, relación fluida profesores-padres, etcétera), e individual y amigos (factores de riesgo: alienación social, iguales con problemas de comportamiento, etcétera; factores de protección: ocio sano, respeto a la autoridad, etcétera). De igual modo, Barkley, Edwards y Robin (1999) establecen un modelo de cuatro factores significativos que pueden proteger o suponer un riesgo para la manifestación de conductas problemáticas y desafiantes durante la infancia y la adolescencia: las prácticas de crianza inadecuadas de padres y madres como el uso de estrategias educativas punitivas o permisivas, las características de los y las adolescentes como un escaso control de sus impulsos o una baja tolerancia a la frustración, las características personales y conductuales de los progenitores como que padres y madres muestren hostilidad, sean impulsivos o presenten síntomas depresivos, y los factores contextuales como la red de apoyo o la satisfacción conyugal.

Teorías integrativas:

❖ Existen otros autores que optan por una integración de diferentes enfoques para ofrecer una explicación holística de la manifestación de comportamientos problemáticos. Por ejemplo, Feldman (1977) propone que los comportamientos problemáticos y antisociales se pueden deber a una predisposición biológica de la personalidad que se ve acentuada por una historia de aprendizaje negativa en los contextos familiares y sociales (contextos caracterizados por comportamientos conflictivos en la familia o en la comunidad), que favorece que las y los adolescentes manifiesten

comportamientos problemáticos y agresivos, y por tanto, sean etiquetados como adolescentes conflictivos, pasando a ser esta conflictividad un rasgo constitutivo de su identidad.

❖ *La teoría de Farrington* (Farrington, 1995) también ha sido ampliamente utilizada como teoría integrativa para explicar la manifestación de comportamientos problemáticos y delictivos. Para este autor, la manifestación de los comportamientos problemáticos también dependerá de la interacción entre el individuo (algunos individuos pueden presentar una mayor predisposición a la conflictividad) y el entorno social. En estas interacciones el individuo está obligado constantemente a tomar una serie de decisiones. En la toma de decisiones sobre el despliegue de comportamientos problemáticos están influyendo el coste y beneficio percibido de realizar un determinado acto. Así, Farrington (1995) diferencia entre factores dinamizadores de las conductas problemáticas a corto plazo (como el aburrimiento, el consumo de alcohol, la frustración o la ira), y dinamizadores a largo plazo (como el deseo de conseguir un producto atractivo, el estatus social o la búsqueda de la excitación). Además, Farrington (1995) propone que algunos aspectos familiares como unas prácticas educativas inadecuadas, otros personales como la baja inteligencia, o también contextuales como barrios con un alto índice de violencia, pueden obstaculizar el desarrollo de los mecanismos inhibidores de los comportamientos problemáticos.

❖ Otro enfoque integrativo es el propuesto por Comeche y Vallejo (2016). Para estos autores la aparición de los comportamientos problemáticos y antisociales durante la adolescencia puede tener un origen multi-causal. Estos autores establecen que en la aparición de conductas problemáticas pueden influir numerosos factores de riesgo biológicos (como alteraciones bioquímicas o genéticas, entre otros), personales (relacionados con el temperamento, las habilidades sociales o el desarrollo moral, entre otros), sociales (como dificultades en la relación con los iguales, empleo abusivo de las nuevas tecnologías, y otras dificultades y eventos sociales potencialmente estresantes), y familiares (como falta de supervisión, autonomía prematura en la adolescencia, uso de métodos punitivos o graves conflictos maritales).

En definitiva, la enumeración de las teorías expuestas revela que, aunque son múltiples los factores que pueden propiciar la manifestación de conductas problemáticas de los y las adolescentes, parece especialmente importante el impacto de las relaciones familiares en el ajuste del menor. De hecho, Frías-Armenta, López y Díaz (2003)

desarrollan una investigación basada en el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1993) en la que hallan que el 56% de la varianza explicada en el desarrollo de los trastornos del comportamiento perturbador puede ser explicada por las influencias directas del microsistema del menor (familias y relaciones sociales más íntimas), siendo menor el porcentaje explicado por factores del exosistema y del macrosistema. En esta línea, las evidencias revelan que dimensiones familiares como la disciplina parental, la comunicación padres-hijos, el abuso de sustancia de los progenitores, y la calidad de las relaciones parentales se encuentran fuertemente relacionadas con la aparición y el mantenimiento de las conductas problemáticas durante la adolescencia (Antolín, 2011; Keijsers y Poulin, 2013)

En síntesis, no cabe duda de que los y las adolescentes pueden manifestar una amplia variedad de comportamientos problemáticos en los diferentes contextos de desarrollo. Además, la presencia y el mantenimiento de estos comportamientos han sido explicados por diferentes enfoques entre los que destacan las teorías psicológicas que se refieren especialmente a las características idiosincrásicas de los y las adolescentes para inhibir los impulsos agresivos, así como la influencia recibida en los contextos de desarrollo, en especial, la familia, que es señalada como elemento predictivo para la aparición de conductas conflictivas. Posiblemente, la integración e interrelación de componentes individuales y contextuales facilite la comprensión de la exhibición de conductas problemáticas durante la adolescencia, Así, partiendo de las diversas teorías explicativas presentadas, en el siguiente apartado profundizaremos en diferentes factores individuales y familiares implicados en las conductas problemáticas durante la adolescencia.

1.3. Factores implicados en las conductas problemáticas durante la adolescencia

Como hemos expuesto a lo largo de estas líneas, chicos y chicas afrontan numerosos cambios psicosociales durante la adolescencia. A nivel general, las posibles dificultades de esta transición son resueltas satisfactoriamente por los y las adolescentes. Sin embargo, a los cambios normativos propios de esta etapa evolutiva en ocasiones hay

que sumarle la ocurrencia de ciertos eventos estresantes que pueden comprometer los recursos emocionales y conductuales de los y las adolescentes. Estos eventos estresantes pueden convertirse en factores de riesgo que pueden llegar a precipitar la manifestación de comportamientos disruptivos durante la adolescencia. Las evidencias empíricas recogen que habitualmente las trayectorias de riesgo se asocian a situaciones de estrés y éstas a su vez, a la presencia de los comportamientos problemáticos (Compas et al., 1995).

Asimismo, y atendiendo a las diferentes teorías descritas, no podemos obviar que los adolescentes son agentes activos en su propio desarrollo y que despliegan una serie de competencias emocionales y conductuales para afrontar las demandas propias de esta etapa evolutiva. Además, como proponen la teoría bioecológica o la teoría sistémica, el desarrollo adolescente y las trayectorias evolutivas no pueden ser entendidos sin conceptualizar a los chicos y las chicas en constante interacción con otros contextos o sistemas (Bronfenbrenner, 2000). Entre los contextos más significativos para el adolescente se encuentran la familia y los amigos. Por tanto, en el análisis de los factores implicados en los comportamientos problemáticos de los adolescentes se deben incluir variables individuales, familiares y sociales, sin obviar la perspectiva dinámica del desarrollo en la que pueden aparecer eventos estresantes no planificados que los y las adolescentes deben afrontar y que pueden comprometer su ajuste psicosocial. Por estas razones, a continuación, mostramos la función protectora o de riesgo para la exhibición de conductas conflictivas que tienen dimensiones como el afrontamiento de los sucesos vitales estresantes, la inteligencia emocional, las relaciones con los iguales y el contexto familiar durante la adolescencia.

1.3.1. Los sucesos vitales estresantes y su afrontamiento

Desde las aplicaciones específicas de la *Teoría General de la Tensión*, la *Teoría I³* y la *hipótesis de frustración-agresión* para explicar la exhibición de comportamientos problemáticos de los y las adolescentes, se sitúa como elemento central de estudio la respuesta de los chicos y chicas a eventos estresantes o a situaciones poco controlables que pueden exceder sus propios recursos emocionales y conductuales (Agnew, 1992; Berkowitz, 1989; Slotter y Finkel, 2011). Estos modelos contemplan en sus planteamientos la idea de que los adolescentes con comportamientos problemáticos

generalmente están involucrados en trayectorias de riesgo, y destacan la importancia de entender cómo los y las adolescentes afrontan estas situaciones de estrés y por qué en determinadas ocasiones no consiguen afrontar adecuadamente estas situaciones y terminan manifestando comportamientos problemáticos. Por tanto, además de los cambios psicosociales y madurativos propios de la adolescencia, se pueden dar diversas situaciones potencialmente estresantes en los contextos familiares, escolares y sociales que se encuentran estrechamente relacionadas con la presencia de conductas conflictivas (Grant et al., 2003; Staempfli, 2007). Por ende, resulta necesario entender la naturaleza de estos sucesos, cómo los y las adolescentes responden exitosamente o negativamente a estos eventos, y qué elementos pueden proteger a estos chicos y chicas de manifestar comportamientos problemáticos ante la ocurrencia de estas situaciones.

1.3.1.1 Relación entre sucesos vitales estresantes y comportamientos conflictivos en la adolescencia

En sus estudios sobre estrés y afrontamiento, Lazarus y Folkman (1984) proponen que el grado de estrés de un individuo está determinado por la evaluación realizada de los estímulos considerados potencialmente estresores junto a la evaluación realizada de su capacidad o repertorio conductual disponible para responder eficazmente a esos estímulos estresores. En este marco, se pueden diferenciar los estresores diarios, comúnmente denominados en el contexto anglosajón como *daily hassles*, y los eventos vitales estresantes. En relación con los estresores diarios, no se considera tan importante la intensidad del estresor en particular, como la acumulación de situaciones estresantes cotidianas de baja duración e intensidad, que incrementan el estrés de los individuos. Específicamente, estos estresores diarios pueden afectar al bienestar de los y las adolescentes, aunque no suelen representar un impacto tan negativo como los sucesos vitales estresantes (Carter, Garber, Ciesla y Cole, 2006). Por otra parte, los sucesos vitales estresantes, conocidos como *stressful life events* en inglés, pueden ser definidos como diferentes eventos no normativos estresantes que afectan a un individuo, adolescente o grupo de adolescentes y que producen cambios significativos en sus trayectorias de vida. Concretamente, estas situaciones vitales estresantes intensifican el estrés psicosocial de los y las adolescentes debido a que son eventos no planificados que amenazan los recursos cognitivos, conductuales y emocionales, el bienestar, y el ajuste de los individuos

expuestos a estas situaciones (Grant et al., 2003; Grant, Compas, Thrum, McMahon y Gipson, 2004).

Numerosos estudios han demostrado que la presencia de eventos estresantes durante la adolescencia puede comprometer el ajuste y el bienestar de las chicas y los chicos que se ven involucrados en estas situaciones de estrés (Grant et al., 2004; Grant et al., 2003; Staempfli, 2007). Históricamente, se había puesto el énfasis en el estudio del impacto de los efectos acumulativos de los sucesos vitales. Más recientemente, existen aproximaciones que destacan la importancia de complementar el estudio del impacto de los efectos acumulativos de los sucesos vitales con el análisis del impacto de los eventos vitales estresantes en función de su naturaleza (Grant, et al., 2004). Así, son varios los autores y autoras que destacan la importancia de analizar los eventos estresantes en función del contexto en el que se originan (contexto comunitario, familiar, escolar, etcétera), además de considerar la intensidad y duración de estos eventos estresantes (Compas y Reeslund, 2009; Grant, et al, 2004; Grant et al., 2003).

Factores relacionados con el contexto comunitario como vivir en barrios con altos índices de delincuencia y violencia, o con un nivel sociocultural y económico bajo, se han asociado con eventos estresantes, a veces estables y crónicos, que a su vez, se relacionan con la aparición de problemas de ajuste, la presencia de conductas conflictivas, y la existencia de un mayor estrés psicosocial de los adolescentes expuestos a estos escenarios de desarrollo (Baskin-Sommers, 2016; Conger y Conger, 2008; Fowler, Tompsett, Braciszewski, Jacques-Tiura y Baltes, 2009; Grant et al., 2004). Asimismo, también se ha encontrado que vivir en barrios con necesidades de transformación social puede ser un factor de riesgo que precipita la aparición, presencia y acumulación de otras situaciones de adversidad, y que se relaciona con trayectorias evolutivas de riesgo (Arditti, Burton y Neeves-Botelho, 2010; Baskin-Sommers, 2016).

Por otra parte, como hemos visto a lo largo de estas líneas, el contexto familiar sigue siendo uno de los ambientes más significativos en el desarrollo de chicos y chicas. Por tanto, el ajuste de las y los adolescentes, su bienestar y su salud mental se encuentran amenazados cuando son expuestos a eventos estresantes de índole familiar: conflictos entre progenitores, divorcio problemático o enfermedad grave de algún miembro de la familia (Roberts, English, Thompson y White, 2018; Sanders, Munford y Boden, 2018; Weaver y Schofield, 2014). Así, numerosos estudios han constatado que cuando aparecen

estos eventos estresantes familiares se incrementan los comportamientos hostiles, problemáticos y conflictivos de los y las adolescentes (Roberts et al., 2018; Steeger, Cook y Connell, 2017; Weaver y Schofield, 2014).

Finalmente, no podemos obviar aquellas situaciones estresantes que pueden proceder de diferentes contextos (familiar, iguales, o de la pareja) que implican situaciones de violencia directa hacia los y las adolescentes. Estas situaciones se caracterizan porque chicas y chicos no solo se encuentran expuestos al evento estresor, sino que, en estos casos, son víctimas directas de una situación violenta y, por tanto, se incrementa su vulnerabilidad (Ngo y Le, 2007; Sullivan, Farrell y Kliewer, 2006). Situaciones como el bullying o acoso entre iguales, el acoso sexual o la violencia intrafamiliar son eventos vitales estresantes que pueden sufrir algunos adolescentes de modo puntual o estable a lo largo del tiempo. Estas situaciones se relacionan directamente con la aparición de problemas de ajuste, ya sea con la presencia de conductas internalizantes como depresión o desvalorización personal, y/o con la manifestación de conductas externalizantes como comportamientos violentos y agresivos (Baker, Hishimuna, Chang y Nixon, 2010; Giroux, Chong, Coburn y Connolly, 2018; Ho, 2008; Nacimiento, 2018; Pereda, Guilera y Abad, 2014).

El afrontamiento de una o más situaciones estresantes durante la adolescencia no parece ser un hecho excepcional. Pereda y colaboradores (2014) realizan en España un estudio en el que evalúan la prevalencia de diferentes situaciones estresantes que han experimentado los y las adolescentes. Los resultados de este estudio muestran que el 83% de los adolescentes entrevistados han experimentado al menos una situación estresante a lo largo de su vida, y dos tercios de la muestra han experimentado un evento estresor durante el último año. Específicamente, los eventos más reportados en el último año han sido la presencia de situaciones violentas en la comunidad, la exposición de situaciones violentas en el ámbito familiar y las situaciones de victimización con los iguales. Asimismo, en este estudio destaca que un tercio de los adolescentes reconoce haber sufrido algún episodio de victimización con los iguales. Actualmente, las situaciones de bullying se han diversificado en función su naturaleza. Podemos encontrar tipologías clásicas de bullying como el bullying físico y el bullying verbal, y nuevas formas de acoso cada vez más frecuentes como el acoso relacional o social en los que se incorporan nuevos métodos como el uso de las TICs para excluir social y relacionalmente a los menores (Monks y Smith, 2006; Slonje y Smith, 2008). En esta línea, existen evidencias que

establecen una relación positiva entre ser víctima de una situación de acoso, como el bullying relacional, y la exhibición de comportamientos externalizantes y problemáticos (Crick et al., 1999; Fitzpatrick y Bussey, 2011).

En síntesis, para entender la relación entre sucesos vitales estresantes y comportamientos problemáticos durante la adolescencia, podemos concluir que la presencia de sucesos vitales estresantes puede ser considerada como un factor de riesgo para el desarrollo adolescente debido a que incrementa la probabilidad de que se inicien o se mantengan una serie de dificultades que pueden comprometer el ajuste personal y social de chicos y chicas (Little, Axford y Morpeth, 2004). La Adverse Childhood Experiences (ACEs Study) es una de las más sólidas investigaciones sobre sucesos vitales estresantes durante la infancia y adolescencia. Los resultados de este estudio han demostrado que una mayor diversidad de situaciones vitales estresantes experimentadas durante la infancia y adolescencia se relaciona con una peor salud psicosocial en la adultez (Felitti et al., 1998; Hillis et al., 2004). Asimismo, desde la perspectiva transaccional, se asume que tanto la presencia de varios sucesos vitales estresantes de modo simultáneo, como su mantenimiento y aparición secuencial a lo largo del tiempo, incrementan la vulnerabilidad psicosocial de los y las adolescentes (Atzaba-Poria, Pike y Deater-Deckard, 2004; Ostaszewski y Zimmerman, 2006).

1.3.1.2 Variables que moderan la relación entre sucesos vitales estresantes y comportamientos conflictivos en adolescentes

Aunque son indudables las consecuencias negativas que pueden llegar a experimentar las y los adolescentes expuestos a sucesos vitales estresantes, no podemos obviar que la gravedad de estas consecuencias variará en función de diferentes aspectos personales y/o familiares que pueden amortiguar los efectos negativos de estos eventos (Compas y Reeslund, 2009; Grant et al., 2006; Rutter, 1993). Siguiendo a Lazarus y Folkman (1984), no solo es importante la situación potencialmente estresante, sino la evaluación que realiza la persona de sus recursos para afrontar dicha situación. Esta evaluación que realiza el o la adolescente dependerá de sus características personales, del apoyo percibido de su familia o de la aceptación en su grupo de iguales, entre otras características que pueden determinar el estrés percibido al afrontar un evento estresante (Seiffge-Krenke, 2013).

En relación con los aspectos personales, el concepto de resiliencia ha sido ampliamente estudiado. Por resiliencia entendemos la capacidad del individuo para sobrellevar, recuperar e incluso realizar una interpretación funcional y positiva de una situación negativa que ha experimentado o que amenaza su desarrollo (Zolkoski y Bulloch, 2012). Asimismo, las diferentes estrategias de afrontamiento que el individuo posea en su repertorio conductual facilitarán el afrontamiento de los eventos negativos estresantes. Los diversos escenarios en los que los y las adolescentes crecen (familia, iguales, escuela, etcétera) promueven y facilitan que adquieran estrategias para afrontar los diferentes estresores. Estrategias basadas en la búsqueda de soluciones activas para minimizar los efectos negativos del estresor y la búsqueda de apoyo social parecen ser estrategias funcionales para mitigar las consecuencias negativas de estas situaciones (Morales y Trianes, 2015). Además, que los y las adolescentes hayan desarrollado una buena inteligencia emocional caracterizada por la capacidad de expresar, comprender y reparar sus emociones, así como la habilidad para entender las emociones de los demás, suponen elementos de protección frente a las adversidades que reducen el estrés psicosocial y previenen la aparición de conductas conflictivas (Cejudo, Rodrigo-Ruiz, López-Delgado y Losada, 2018; Extremera, Durán y Rey, 2007). Igualmente, existen evidencias de que la capacidad de reparación emocional reduce los efectos negativos de los acontecimientos estresantes (Martins, Ramalho y Morin, 2010). Finalmente, Zeidner, Matthews y Roberts (2009) argumentan que una buena inteligencia emocional podría reducir tanto la frecuencia y duración de las consecuencias negativas, como la intensidad del estrés y la tensión presentes tras la exposición a los eventos estresantes. Por tanto, a pesar de la tensión generada en las situaciones de estrés, los y las adolescentes parecen afrontar más adaptativamente estas situaciones cuando consiguen mantener un estado de ánimo parcialmente positivo. De este modo, un buen manejo de las propias emociones parece actuar como factor de protección ante la aparición de comportamientos problemáticos en adolescentes expuestos a sucesos estresantes.

Con respecto a las variables familiares, que los y las adolescentes mantengan una buena vinculación familiar basada en el apoyo, la comunicación y la confianza facilita el afrontamiento de sucesos vitales estresantes (Allen, Andretta, McKay, Harvey y Perry, 2017; Bulanda y Majumdar, 2009; Otis, Huebner y Hills, 2016). Específicamente, las evidencias apuntan que cuando los padres y las madres desempeñan un ejercicio positivo de la parentalidad (esto es, una parentalidad basada en promover relaciones familiares de

calidad), el ajuste de chicos y chicas se mantiene significativamente más estable ante la presencia de eventos vitales estresantes (González, 2009; Li, Zhang y Wang, 2015; Rasalingam, Clench-Aas y Raanaas, 2017). Además, el hecho de que las y los adolescentes perciban a sus progenitores como cercanos parece repercutir en un mayor optimismo y en el uso de estrategias más eficaces para afrontar la situación generadora de estrés (Herman-Stahl y Petersen, 1996). En esta línea, hay evidencias de que ante la presencia de eventos estresantes, los y las adolescentes que perciben buenas dosis de calidez parental y aceptación de sus progenitores manifiestan menos conductas disruptivas que aquellos que mantienen relaciones más frías con sus progenitores (Lippold, Davis, McHale, Buxton y Almeida, 2016; Rasalingam et al., 2017). Así, por ejemplo, en situaciones de acoso, el apoyo parental percibido se ha demostrado como una variable protectora del ajuste psicosocial adolescente (Stadler, Feifel, Rohrman, Vermeiren y Poustka, 2010). Asimismo, se ha constatado que la calidez y el apoyo parental se relacionan con mejores habilidades socioemocionales de los y las adolescentes y, por consiguiente, con más recursos de chicos y chicas para afrontar situaciones vitales estresantes (Morris, Silk, Steinberg, Myers y Robinson, 2007).

En síntesis, la inteligencia emocional y el vínculo parental se han confirmado como dos elementos fundamentales para prevenir y amortiguar las consecuencias negativas de los sucesos vitales estresantes. Una buena inteligencia emocional y un buen vínculo parental parecen relacionarse con una menor probabilidad de exhibir comportamientos problemáticos ante la presencia de situaciones estresantes. Adicionalmente, también es importante señalar la retroalimentación entre estas dimensiones; es decir, una buena inteligencia emocional en los y las adolescentes también se encuentra estrechamente asociada a buenas prácticas educativas y a buenas relaciones familiares. Esta integración de aspectos positivos supone un factor de protección muy importante ante la presencia de eventos estresantes y ante la aparición de comportamientos problemáticos. En suma, en un mundo actual lleno de estresores y situaciones cambiantes, es responsabilidad de los y las profesionales de la psicología prevenir la aparición de estos eventos y fomentar el desarrollo de buenas relaciones familiares y habilidades emocionales en los menores, así como desarrollar intervenciones y tratamientos específicos –interviniendo sobre los factores de protección- para reducir las consecuencias negativas asociadas a la presencia de situaciones potencialmente

estresantes que puedan exceder los recursos cognitivos, conductuales y emocionales de los y las adolescentes.

1.3.2. La inteligencia emocional

El desarrollo de una inteligencia emocional positiva en los y las adolescentes ha sido considerado como un importante factor personal de protección ante la manifestación de comportamientos problemáticos. Así, desde modelos psicológicos como el de Walker y colaboradores (1996) y el de Barkley y colaboradores (1999), y desde modelos integrativos como el de Comeche y Vallejo (2016), se otorga gran relevancia a las disposiciones individuales que protegen o sitúan al adolescente en una situación de vulnerabilidad para la manifestación de comportamientos problemáticos. Entre estas disposiciones individuales, el desarrollo de las habilidades socioemocionales y de la inteligencia emocional en un sentido amplio han sido consideradas dimensiones significativas para la explicación de la presencia de comportamientos conflictivos. Asimismo, desde teorías como la *Teoría General de la Tensión* o la *Teoría P* se acepta que las situaciones estresantes provocan emociones negativas en los y las adolescentes, especialmente ira y hostilidad, que provocarán comportamientos conflictivos en función de los recursos emocionales de chicos y chicas para manejar el estrés y afrontar estas emociones negativas (Agnew, 2012; Finkel, 2014).

El papel de la inteligencia emocional en el desarrollo infantil y adolescente ha sido ampliamente investigado en las últimas décadas. La literatura evidencia tres grandes modelos sobre la inteligencia emocional: el modelo de rasgo, el modelo de capacidad mental y el modelo mixto. Por un lado, el *modelo de rasgo* describe la inteligencia emocional como disposiciones personales y conductuales en el manejo de situaciones con carga emocional que pueden ser medidas a través de autoinformes (Petrides, Frederickson y Furnham, 2004). Desde este modelo se intentan comprender los diferentes elementos de la personalidad relacionados con el afecto, siendo la inteligencia emocional uno de los elementos de la personalidad que predice en mayor medida el ajuste del individuo en sus diferentes contextos. Por otro lado, desde el *modelo de capacidad mental* se asume que la inteligencia emocional se refiere a las capacidades cognitivo-emocionales reales del individuo que deben ser medidas mediante pruebas de rendimiento (Mavroveli, Petrides, Rieffe y Bakker, 2007; O'Connor y Little, 2003; Salovey y Mayer, 1990). Según este

modelo, la inteligencia emocional puede ser entendida como el procesamiento de la información de carácter emocional, en concreto, como la capacidad de los individuos para percibir, entender, comunicar y regular sus propias emociones (Salovey y Mayer, 1990; Zeigler, Matthews y Roberts, 2009).

En esta Tesis Doctoral nos centraremos en los *modelos mixtos* de la inteligencia emocional, siendo uno de sus principales exponentes Reuven Bar-On. Estos modelos combinan el modelo de rasgo y el modelo de capacidad mental, integrando dimensiones relativas a la personalidad con capacidades cognitivas, emocionales y sociales (Bar-On y Parker, 2000). Desde el modelo mixto de Bar-On (2000) se distinguen las competencias emocionales básicas (autoconciencia emocional, empatía y auto-consideración entre otras) y las competencias emocionales facilitadores (optimismo, autorrealización, responsabilidad social, etcétera) que actúan para responder a las demandas del ambiente. Bar-On y Parker (2000) establecen que la inteligencia emocional viene definida por cinco componentes: la capacidad para comprender las propias emociones (inteligencia intrapersonal), la capacidad para comprender las emociones de los demás (inteligencia interpersonal), la capacidad para tratar los problemas cotidianos (adaptabilidad), el manejo del estrés y el estado de ánimo. La integración de estos componentes, y por tanto la inteligencia emocional del individuo, supone un factor de éxito en la vida de los individuos directamente relacionado con su ajuste psicosocial (Bar-On y Parker, 2000). A continuación, profundizaremos en cada uno de estos componentes.

La *inteligencia intrapersonal* se refiere a la capacidad de los individuos para conocer y manejar sus propias emociones. Esta dimensión ha sido ampliamente estudiada desde diferentes modelos de la inteligencia emocional siendo un elemento central en el modelo de Salovey y Mayer (1990). Específicamente, desde el modelo mixto de Bar-On (2000), la inteligencia intrapersonal se relaciona con la autoconciencia emocional, dominios personales como la asertividad, la auto-consideración para respetarse y aceptarse a uno mismo, la capacidad de auto-actualización para conocer y darse cuenta de sus propias habilidades, y la independencia entendida como la capacidad de dirigir el pensamiento propio y las acciones para sentirse libre y con independencia de criterio.

Desde el modelo de Bar-On (2000), la *inteligencia interpersonal* puede ser entendida como la capacidad del individuo para identificar y comprender adecuadamente las emociones de los demás. Este constructo se halla muy relacionado con la adopción de perspectivas y la empatía. Específicamente, la empatía no tiene solo un componente

emocional relacionado con la capacidad de sentir las emociones de los demás, sino también un componente cognitivo relacionado con la capacidad para identificar, analizar, y entender las emociones de los demás (Mirón, Otero y Luengo., 1989). Así, la inteligencia interpersonal debe ser entendida en el marco de las relaciones interpersonales que establece el individuo. Además, desde el modelo mixto de Bar-On (2000), la inteligencia interpersonal también se asocia a dimensiones socio-personales como la percepción de responsabilidad social del individuo.

Con respecto a la *adaptabilidad*, Bar-On (2000) la define como la percepción de los individuos acerca de su capacidad para solucionar problemas buscando alternativas eficaces y reales, y la flexibilidad para adoptar diferentes estrategias de afrontamiento en función de la situación. Asimismo, la adaptabilidad también incluye la capacidad del individuo para diferenciar entre su mundo subjetivo y el mundo objetivo.

El *manejo del estrés* ha sido considerado como una de las dimensiones de estudio que mejor predice el ajuste psicosocial de los individuos (Zeidner et al., 2009). Desde el modelo mixto de Bar-On (2000), el manejo del estrés es entendido como la capacidad del individuo para controlar sus impulsos y manejar situaciones que pueden llegar a convertirse en eventos potencialmente estresantes. Por tanto, un aspecto fundamental en el manejo del estrés es el desarrollo del autocontrol por parte de los individuos. El autocontrol puede ser entendido como la capacidad del individuo para desarrollar diferentes habilidades cognitivas-emocionales con el objetivo de inhibir respuestas rápidas e instantáneas del repertorio conductual, generalmente desadaptativas, por otras respuestas menos rápidas, más reflexionadas e hipotéticamente adaptativas (López-López y López-Soler, 2008). Estudios neurocognitivos han demostrado que durante la adolescencia se encuentran todavía desarrollándose los mecanismos inhibidores del control de impulsos y, por tanto, existe mayor hiperactivación emocional (Romer, 2010). Asimismo, Bar-On (2000) no solo señala la importancia del control de impulsos, sino también la relevancia de la tolerancia, entendida como la capacidad del individuo a lo largo del tiempo para resistir a los sucesos estresantes.

Finalmente, con respecto al *estado de ánimo*, Bar-On (2000) lo define como el grado de felicidad y optimismo que los individuos perciben y sienten en sí mismos, es decir, la capacidad del individuo de sentirse satisfecho con uno mismo, con su cuerpo, con las relaciones con los demás y con su vida, y la creencia personal de tener un futuro positivo. Mientras que un estado de ánimo positivo se sitúa como un facilitador de la

inteligencia emocional, un estado de ánimo negativo estaría relacionado con una peor salud mental del individuo (Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009).

Con posterioridad a su propuesta original, Bar-On (2006) acuña el término *inteligencia emocional y social* para referirse al conjunto de competencias y habilidades emocionales y sociales que favorecen que las personas se entiendan a sí mismas y a las demás, facilitan la relación con los otros, y mejoran la resolución de las demandas de la vida diaria.

La aplicación del modelo mixto de Bar-On de la inteligencia emocional en la adolescencia también ha dado lugar a un importante volumen de estudios. Los cinco componentes del modelo de Bar-On se han visto confirmados y validados en estudios nacionales e internacionales (Bar-On y Parker, 2000). En concreto, en investigaciones con adolescentes españoles en los que se ha aplicado el modelo mixto de Bar-On se ha confirmado la presencia y relevancia de los cinco componentes principales de la inteligencia emocional: inteligencia intrapersonal, inteligencia interpersonal, adaptabilidad, manejo del estrés y estado de ánimo (Ferrando, 2006; Sáinz, Ferrándiz, Fernández y Ferrando, 2014). Las evidencias disponibles muestran que durante la adolescencia parece existir una mayor conciencia de los estados emocionales, un incremento del uso de estrategias complejas para regular las emociones, mayor importancia de los aspectos emocionales en las relaciones sociales y una mayor conexión entre las estrategias de autorregulación emocional y los principios morales, es decir, sobre lo que es correcto y lo que no (Sáinz et al., 2014; Salguero, Palomera y Fernández-Berrocal, 2012).

A nivel general, las diferentes dimensiones propuestas por Bar-On (2000) parecen relacionarse con el ajuste y el bienestar adolescente. Así, por ejemplo, contamos con evidencias que muestran que la inteligencia interpersonal se encuentra estrechamente relacionada con el ajuste adolescente (Cobos, Fluja y Gómez, 2017; Zavala y López, 2012). En concreto, diversos estudios han puesto de manifiesto que bajos niveles de empatía durante la adolescencia se asocian con más conductas problemáticas y delictivas, y con menos conductas prosociales (Mirón et al., 1989; Moreno y Fernández, 2011). De hecho, estos estudios parecen confirmar la hipótesis de que el desarrollo empático actúa como mecanismo inhibitorio de la agresividad (Feshbach, 1975). Es destacable que en la última edición del DSM, la APA resalta la importancia de concretar si los y las adolescentes que exhiben comportamientos problemáticos presentan una alteración de sus

emociones prosociales. De hecho, como hemos visto anteriormente, en el diagnóstico clínico del trastorno de conducta se debe especificar si los adolescentes muestran sentimientos empáticos o bien se muestran fríos e insensibles, más preocupados de los efectos de sus acciones sobre sí mismos que sobre los demás (APA, 2013). Por tanto, una mejor comprensión de uno mismo y de los demás parece relacionarse con una mayor capacidad predictiva para obtener resultados positivos en el uso de estrategias funcionales ante el manejo del estrés. Así, los chicos y las chicas que comprenden y manejan adecuadamente sus propias emociones tienden a no manifestar comportamientos conflictivos ante situaciones de estrés, y en su lugar, seleccionan y utilizan otras estrategias conductuales más positivas (Cejudo et al., 2018; Fernández-Berrocal y Ruiz-Aranda, 2008).

Adicionalmente, en relación con el manejo del estrés, bajos niveles de autocontrol parecen relacionarse con la presencia de comportamientos problemáticos en la adolescencia, en especial, con la exhibición de comportamientos reactivos (Fite, Wimsatt, Elkins y Grasseti, 2012). En concreto, un peor manejo del estrés y menos control de los impulsos se asocian a más infracciones de reglas y a mayores comportamientos violentos, conflictivos y antisociales durante la infancia y la adolescencia (Shaffer y Kipp, 2007). Recientemente, Davis y Wilgesworth (2018) encuentran que el manejo del estrés es la dimensión de la inteligencia emocional con mayor capacidad predictiva sobre el ajuste psicosocial de los adolescentes.

En síntesis, podemos decir que el ajuste social de los adolescentes y su adaptación a diferentes contextos se ve influido por los recursos de los propios adolescentes para manejar el estrés y las emociones (Bar-On, 2006; Salguero et al., 2012). Las evidencias han demostrado que los y las adolescentes con mayor inteligencia emocional desarrollan mejores estrategias de afrontamiento, presentan un mejor estatus social en las relaciones con los iguales, reportan mayores niveles de bienestar y disfrutan de un mejor ajuste psicosocial (Cobos et al., 2017; Mavroveli, Petrides, Rieffer y Bakker, 2007; Rey, Extremera y Pena, 2011). Por tanto, la inteligencia emocional parece ser una dimensión fundamental para entender el ajuste adolescente. Asimismo, la inteligencia emocional no puede ser entendida como una variable personal aislada, sino que debe ser contextualizada desde el modelo ecológico del desarrollo. Así, la inteligencia emocional viene influida por numerosos determinantes entre los que destacan: (a) la propia predisposición genética de los individuos para manejar sus emociones; (b) las estrategias de socialización de

padres y madres como facilitadoras o inhibidoras del desarrollo emocional en los hijos e hijas; (c) la estimulación y modelaje que han recibido los y las adolescentes durante su infancia; y (d) las experiencias en contextos sociales o escolares que han propiciado el fomento de la inteligencia emocional (Cobos et al., 2017; Lippold, et al., 2016). De este modo, en línea con las evidencias científicas contrastadas, podemos defender con cierta firmeza que una buena inteligencia emocional durante la adolescencia, basada en la capacidad para comprender y reparar las emociones, en la capacidad de ser empático y en el manejo adecuado de las situaciones de estrés, supone un factor de protección ante la manifestación de comportamientos problemáticos durante esta etapa evolutiva.

1.3.3. Las relaciones con los iguales

Desde la *teoría multi-sistémica* (Henggeler y Schaeffer, 2016) y la *teoría bioecológica* (Bronfenbrenner, 2000) se enfatiza la importancia de los diferentes escenarios sociales en los que chicos y chicas interaccionan, siendo las relaciones con los iguales, junto a la familia, los contextos más significativos e influyentes en el desarrollo adolescente. De hecho, psicólogos como Walker y colaboradores (1996) señalan que las relaciones con los iguales constituyen un escenario óptimo para proteger a los y las adolescentes, pero también puede llegar a convertirse en un contexto de riesgo para la manifestación de conductas problemáticas cuando aparecen elementos como la alienación social o la presencia de iguales con problemas de comportamiento.

Que el grupo de iguales suponga un contexto de protección o riesgo crucial para la manifestación de comportamientos problemáticos se debe a que las relaciones sociales juegan un papel fundamental en el desarrollo durante la infancia y la adolescencia. En concreto, durante la adolescencia, el espacio compartido con los iguales y la influencia de amigos y amigas aumentan considerablemente, especialmente la influencia de los amigos íntimos (Santrock, 2003; Wilson y Wilkinson, 2012). Asimismo, durante esta etapa se observa una mayor elección personal de los y las adolescentes en relación con sus relaciones sociales y las actividades de ocio en las que se involucran. Se puede decir que los y las adolescentes comienzan a construir una identidad y creencias diferenciadas de las de sus padres y madres, en el marco de unas relaciones con los iguales que actúan como marcadores y facilitadores durante este proceso. Erikson (1968) propone que para que chicos y chicas logren su propia identidad es necesario que se involucren en procesos

de identificación grupal con los iguales que les protejan de sentirse alienados o aislados. Así, las relaciones de amistad deben caracterizarse por ser recíprocas y por proporcionar sentimientos de bienestar a los menores (López, 2008).

Las relaciones con los iguales también se consideran un excelente escenario, complementario al contexto familiar, para que los y las adolescentes desarrollen diversas competencias socioemocionales como el control de impulsos, la asertividad o la regulación de emociones (Allen et al., 2007; Carr, 2016). El desarrollo positivo de estas habilidades socioemocionales se ha relacionado con una menor presencia de comportamientos conflictivos durante la adolescencia (Cejudo et al., 2018; Fernández-Berrocal y Ruiz-Aranda, 2008). Por tanto, que chicas y chicos se involucren en relaciones sociales positivas, satisfactorias y recíprocas con los iguales, puede ser un factor que favorezca el desarrollo de habilidades emocionales que inhiban la aparición de conductas agresivas o problemáticas. En definitiva, el progresivo aumento de la influencia de los iguales conlleva que el ajuste psicológico de chicos y chicas se encuentre en gran parte mediado por su ajuste social y su satisfacción con las relaciones sociales (Carr, 2016). Además, para el establecimiento de las relaciones de amistad resultan determinantes las oportunidades de socialización y la apertura a nuevos contextos facilitada por padres y madres, las habilidades sociales propias de los chicos y las chicas, y su capacidad de establecer una vinculación segura con amigos y amigas (López, 2008).

Una variable importante en las relaciones con los iguales es la satisfacción que los y las adolescentes tienen de su rol social. Esta satisfacción viene mediada por la seguridad y el vínculo que establecen con sus iguales. Una vinculación segura de sus relaciones íntimas de amistad basada en la comunicación y la confianza se asocia con un estatus social popular y un buen ajuste psicosocial (Allen et al., 2007; Wilson y Wilkinson, 2012). La comunicación entre iguales resulta una dimensión especialmente relevante a partir de la que se construyen las relaciones recíprocas de confianza y se comparte el mundo interno de uno mismo con otros significativos en el mismo momento evolutivo (Zaccagnini, 2011). En esta línea, un buen apoyo social procedente de los amigos se relaciona con una mejor salud mental y menos problemas internalizantes y externalizantes (Rasalingam, Clench-Aas y Raanaas, 2017; Zaccagnini, 2011). De hecho, existen algunas evidencias que apuntan a una mayor tendencia a la manifestación de conductas problemáticas cuando los y las adolescentes experimentan sentimientos de

alienación en sus relaciones íntimas de amistad (Aceituno et al., 2009; Santrock, 2003; Walker et al., 1996).

Sin embargo, a pesar de que los datos disponibles muestran claramente la importancia de las relaciones con los iguales para el desarrollo y el ajuste psicosocial, no existe un acuerdo total sobre la relación entre comportamientos problemáticos y las relaciones con los iguales durante la adolescencia (Antolín, 2011; Laghi, Pallini, Baumgartner, Guarino y Baiocco, 2016). Por un lado, existen estudios que revelan que chicas y chicos rechazados en la infancia, en la pre-adolescencia o en la adolescencia presentan una mayor probabilidad de manifestar conductas problemáticas (Bierman, 2004; Stadler, et al., 2010). Por otro lado, existen evidencias que apuntan que los y las adolescentes con conductas conflictivas pueden establecer relaciones funcionales con iguales que generalmente también presentarán problemas de comportamiento, e incluso, pueden llegar a convertirse en líderes de grupos antisociales (Farmer et al., 2010; Gini, 2006).

En conclusión, cuando hablamos de comportamientos problemáticos durante la adolescencia no podemos olvidar que gran parte de estos comportamientos surgen en el contexto social y tienen que ver con las relaciones con los iguales. Por ende, y teniendo en cuenta la influencia tan significativa de los iguales en la adolescencia, en cualquier análisis realizado sobre conductas conflictivas debemos incorporar la dimensión social atendiendo a los vínculos íntimos que chicos y chicas establecen con sus amigos y amigas, y comprendiendo en qué medida esos vínculos están protegiendo o facilitando la aparición de conductas problemáticas.

1.3.4. El papel del contexto familiar

En la mayoría de las teorías explicativas sobre la exhibición de comportamientos problemáticos aparece en mayor o menor medida el papel del contexto familiar como un escenario esencial que puede funcionar como factor de protección o de riesgo. Como hemos señalado al describir las principales teorías explicativas, son muchos los enfoques y modelos que destacan la importancia de la interacción entre las y los adolescentes y sus progenitores. Por ejemplo, la teoría coercitiva relaciona las conductas conflictivas durante la adolescencia con el reforzamiento de la conducta disruptiva durante la infancia, y con la manifestación de conductas hostiles por parte de los padres y las madres (Patterson,

1982). La teoría del aprendizaje social-cognitivo, por su parte, señala la importancia de la imitación que los hijos y las hijas realizan de la conducta parental y la relevancia de la transmisión generacional e intrafamiliar de los comportamientos agresivos (Smith, Ireland y Thornberry, 2005; Taylor y Rogers, 2005). Asimismo, incluso los enfoques menos contextuales, véase las teorías más individualistas como la teoría del déficit de las habilidades sociales (Spivack y Shure, 1982), o las teorías integradoras como la teoría del Farrington (Farrington, 1995), otorgan también un importante papel a la familia, y en concreto, a los padres y las madres como figuras vinculantes que influyen significativamente en el ajuste psicosocial del adolescente. Por tanto, existe un importante acuerdo en considerar que la familia es un escenario significativo para el desarrollo adolescente que supervisa, guía y apoya los diferentes procesos socioemocionales de los y las adolescentes. De este modo, el análisis del contexto familiar resulta imprescindible para conocer y comprender los diferentes aspectos del desarrollo adolescente, incluida la aparición de comportamientos problemáticos.

La familia se encarga de satisfacer las necesidades durante la infancia y la adolescencia, de proteger al menor, de mediar sus relaciones, de facilitar la apertura hacia otros contextos de desarrollo y de fomentar una trayectoria de desarrollo positivo hacia la adultez (Fosco et al., 2014; López, 2008). Así, el contexto familiar cumple una serie de funciones para promover el desarrollo positivo de los hijos y las hijas: la satisfacción de las necesidades fundamentales, la transmisión de valores, el establecimiento de un orden a través de la disciplina, la oportunidad de ser modelos positivos de imitación e identificación, la transmisión de estrategias para actuar ante situaciones estresantes, la concesión de apoyo emocional e instrumental, el fomento de una participación activa en la toma de decisiones, y la aceptación incondicional independientemente de las características individuales (López, 2008).

Cuando llegan a la adolescencia, chicos y chicas no solo deben enfrentarse a diversas transiciones biopsicosociales, sino que el contexto familiar, y en especial los padres y las madres, deben adaptarse durante este período para responder eficazmente a las nuevas necesidades planteadas por los y las adolescentes. Chicos y chicas demandan más autonomía, la influencia de los iguales comienza a ser más significativa, pasan menos tiempo en casa y más con sus amigos, y comienzan las primeras relaciones de pareja. Así, durante la adolescencia se debe reorganizar la dinámica y modificar el funcionamiento familiar. De este modo, la llegada a la adolescencia irá acompañada de un reajuste

familiar en el que los progenitores deben acomodar sus prácticas educativas a las nuevas demandas y necesidades de sus hijos e hijas para convertirse en una fuente de acompañamiento y orientación durante este período evolutivo (Dishion et al., 1995; Hawk et al., 2008).

Específicamente, se puede decir que cuando chicos y chicas priorizan lo novedoso, la experimentación y la búsqueda de sensaciones, padres y madres deben priorizar la supervisión y la orientación. Aunque en la adolescencia aumenta significativamente la importancia e influencia de otros contextos como los iguales, la familia continúa siendo uno de los sistemas sociales más significativos para el ajuste psicosocial, en el que los chicos y las chicas mantienen interacciones cruciales para su desarrollo (Fosco et al., 2014). El sistema familiar se encarga de proporcionar un marco de pertenencia en el que se atienden las necesidades, se establecen vínculos de confianza y se promueve la autonomía del adolescente preparándolo para su desarrollo adulto (Hunger et al., 2017). Sin embargo, cuando los progenitores no disponen de los recursos apropiados para responder eficazmente a las nuevas demandas de sus hijos e hijas, se pueden generar dificultades familiares que pueden incrementar la conflictividad familiar y la exhibición de conductas disruptivas de adolescentes.

Son numerosas las evidencias empíricas que muestran que dinámicas positivas en la familia se relacionan con un desarrollo positivo y con el bienestar psicosocial durante la adolescencia (Edwards et al., 2007; Fosco et al., 2014). Como hemos señalado, desde el modelo bioecológico se puede considerar a la familia y a las relaciones establecidas entre sus miembros como el principal factor de protección para prevenir la aparición de conductas conflictivas en los adolescentes (Bronfenbrenner, 2000; Henggeler, Cunningham, Schoenwald, Borduin y Rowland, 2009). Aunque este modelo no niega, es más, enfatiza la importancia de otros contextos de desarrollo, establece que el contexto familiar es el principal escenario para la socialización de los menores. Desde este modelo, se considera de suma importancia las relaciones microsistémicas entre padres y madres y adolescentes. Así, relaciones basadas en un vínculo seguro filio-parental, el desarrollo de prácticas educativas ajustadas a las necesidades evolutivo-educativas, y un buen clima y funcionamiento familiar, son algunos de los principales elementos de protección intrafamiliar de la relación microsistémica entre padres y madres y sus hijos e hijas adolescentes (Sexton y Turner, 2010). De acuerdo con esta perspectiva, a continuación, profundizaremos sobre la relación entre diferentes dimensiones relacionadas con el

funcionamiento y la dinámica familiar y los comportamientos problemáticos durante la adolescencia, y dedicaremos dos subapartados a dimensiones diádicas en la interacción progenitor-adolescente: el *vínculo filio-parental* y las *prácticas educativas*.

Desde sus inicios, la terapia familiar sistémica ha adjudicado un papel relevante al funcionamiento y a las dinámicas familiares como hipótesis explicativas de los comportamientos problemáticos adolescentes (Minuchin y Fishman, 1981; Sexton, 2011). Como previamente hemos expuesto, desde el modelo sistémico, la aparición de conductas problemáticas en adolescentes se considera un síntoma de interacciones disfuncionales dentro del sistema familiar. Asimismo, la terapia familiar sistémica considera que todos los miembros del sistema familiar (progenitores y adolescentes) poseen los recursos necesarios para cambiar las interacciones disfuncionales que se producen en el sistema familiar, y, por tanto, para eliminar los comportamientos problemáticos (Sexton, 2011; Sydow et al., 2013). Así, para entender el papel de la familia en la exhibición de comportamientos problemáticos es necesario tener en cuenta los diferentes subsistemas relacionales intrafamiliares, los procesos de comunicación y retroalimentación, y los límites entre subsistemas (Minuchin, 1985; Papp, 1994). De hecho, Fosco y Grych (2010) hallan que los y las adolescentes que se sienten triangulados en su familia, es decir, en coalición con uno de los dos progenitores frente al otro, perciben más sentimientos de hostilidad parental. Igualmente, Minuchin y Fishman (1981) establecen que las conductas problemáticas de chicos y chicas pueden tener una función homeostática en la familia. Así, la intensidad de estas conductas provoca que los progenitores presten su atención a las acciones del adolescente, y en consecuencia, queda desplazado cualquier otro conflicto familiar que esté precipitando la disolución del sistema familiar como por ejemplo, los conflictos conyugales. Los *conflictos conyugales*, incluso en mayor medida que las situaciones de divorcio, se han relacionado con la presencia de comportamientos conflictivos e incluso delictivos en los adolescentes (Frías-Armenta et al., 2003). Por tanto, el *ajuste marital*, entendido como la calidad de la relación y la satisfacción en la relación de pareja existente, resulta una variable que, en algunos casos, puede influir en la conflictividad exhibida por los y las adolescentes (Kendrick y Drentea, 2016). La presencia de un buen ajuste marital se considera como un factor de protección para el desarrollo de chicos y chicas (Barkley et al., 1999). De modo contrario, una mayor exposición de hijos e hijas a los conflictos conyugales parece

relacionarse con una mayor probabilidad para que aparezcan conductas problemáticas (Cummings y Davies, 2010).

Como demuestra la literatura, los conflictos familiares y conyugales son una importante fuente de *estrés familiar* que incide negativamente en la dinámica familiar y en el bienestar adolescente. El estrés consume los recursos conductuales y emocionales de los padres y las madres y puede conllevar dificultades para mantener el control de la conducta de sus hijos e hijas. Altos niveles de estrés familiar pueden ser provocados por la presencia de situaciones estresantes que exceden los recursos de la familia para responder eficazmente a dichas situaciones (McCubbin y Patterson, 1983). Indudablemente, la presencia de comportamientos conflictivos de los y las adolescentes supone y refleja una situación de crisis en el sistema familiar. Específicamente, podríamos decir que las conductas conflictivas es un acontecimiento en sí mismo generador de tensión que supone un importante impacto en la vida familiar y que puede provocar cambios en las relaciones y dinámicas familiares. La evaluación que realizan los progenitores sobre la naturaleza de los comportamientos conflictivos (benignos, como un reto, como una amenaza, como una pérdida potencial o como un daño) y de sus fortalezas y vulnerabilidades para responder a estos comportamientos, determinará la respuesta a esta situación de crisis (Boss, 2002).

Otro de los estresores más comunes que pueden afectar al funcionamiento familiar es una *situación económica de precariedad*. Desde el modelo de estrés familiar de Conger (Conger, Ge, Elder, Lorenz y Simons, 1994), se pone de relieve como las situaciones de necesidad económica tienen influencia sobre el ajuste adolescente, mediado por un estado emocional inadecuado de los progenitores que propicia la aparición de conflictos maritales y el desarrollo de prácticas educativas disfuncionales. En este sentido, existen evidencias que relacionan un alto estrés familiar con el desarrollo de prácticas educativas inadecuadas como un mayor uso del castigo físico o una menor atención a las necesidades de sus hijos e hijas (Pérez-Padilla, 2014; Guajardo, Snyder y Petersen, 2009).

Las situaciones de estrés familiar conllevan inherentemente *la adaptación* a los estresores y su *afrentamiento* por parte del sistema familiar. El modelo de estrés y adaptación familiar (Modelo Doble ABC-X de estrés familiar; McCubbin y Patterson, 1983) es uno de los principales marcos explicativos en el estudio del estrés familiar. Este modelo se centra en la importancia de identificar los estresores (A) que interactúan con los recursos familiares (B), atendiendo a la evaluación que realizan los miembros de la

familia sobre los estresores (C), que provocan una respuesta adaptativa o desadaptativa ante el cambio originado por la situación estresante (X). Esta última fase sería entendida como el momento de crisis familiar. Posteriormente, se inicia una etapa en la que aparecen nuevos elementos estresantes que son evaluados teniendo en cuenta los nuevos recursos familiares adquiridos para afrontar y adaptarse a la situación. En este marco, podríamos concretar que cuando los y las adolescentes exhiben comportamientos problemáticos se origina una situación en la que los progenitores evalúan los recursos que perciben disponer para afrontar esa situación. Tras esta evaluación, los progenitores desarrollarán diferentes estrategias parentales que pueden funcionar como un factor de protección ante los comportamientos problemáticos de los y las adolescentes o bien contribuir a que se perpetúen estos comportamientos disruptivos (Farrington, 1995).

Otra variable imprescindible para comprender la dinámica familiar es la *cohesión familiar* percibida por los diferentes miembros de la familia. La cohesión familiar puede ser definida como la capacidad de la familia de tener una meta en común y trabajar juntos para conseguirla, ser capaz de solucionar los problemas y mantener una adecuada comunicación (Cuffe, McKeown, Addy y Garrison, 2005). En concreto, contamos con evidencias que buenos niveles de cohesión familiar se asocian a mejores relaciones entre padres, madres y adolescentes, y por tanto, a menos situaciones problemáticas (Xu, Boyd, Butler, Moore y Benton, 2017). Padres y madres pueden percibir como una amenaza a la cohesión familiar los comportamientos que tienen como objetivo la búsqueda de una mayor autonomía e independencia durante la adolescencia. Ante esta amenaza, padres y madres pueden poner en marcha diferentes estrategias que opriman la autonomía e indiferencia de los y las adolescentes que, ante esta situación, pueden reaccionar con una mayor insistencia y con la exhibición de conductas conflictivas como medio de romper la fusión con sus progenitores (Erikson, 1968; Minuchin y Fishman, 1981). De este modo, podríamos decir que la cohesión familiar se encuentra amenazada por ciertos comportamientos adolescentes. También se puede realizar la lectura inversa, entendiendo que los comportamientos problemáticos son consecuencia de una menor cohesión familiar percibida por los y las adolescentes (Johnson, 2010; Xu et al., 2017).

En conclusión, aunque es indudable la importancia de la familia para garantizar el ajuste adolescente, otorgar un rol determinista a las características de las familias y de los progenitores para explicar totalmente la presencia y mantenimiento de las conductas problemáticas podría ser erróneo, ya que se descuidaría la importancia de otras variables

tanto personales como contextuales. De hecho, en el modelo bioecológico de Bronfenbrenner (2000) y en el modelo sistémico (Minuchin, 1974), también se considera significativa la influencia exosistémica y macrosistémica para explicar el desarrollo infantil y adolescente. Además, de acuerdo con el modelo bioecológico y el concepto de circularidad sistémico, no podemos caer en el reduccionismo de hacer una lectura unidireccional sobre la influencia de los contextos en el desarrollo (Bronfenbrenner, 2000; Watzlawick et al., 1991). Chicas y chicos deben ser considerados como agentes activos en la construcción de sus procesos de desarrollo. Es decir, las y los adolescentes afrontan las relaciones con los demás con unas características biológicas, emocionales y conductuales propias, que influyen significativamente en sus contextos de desarrollo. De hecho, la socialización se entiende como un proceso recíproco entre hijos e hijas y padres y madres, es decir, los progenitores influyen en los procesos de desarrollo de los y las adolescentes, pero también éstos influyen en el desarrollo vital de los progenitores (Santrock, 2003).

A continuación, analizaremos el papel de dos dimensiones familiares especialmente relevantes en la predicción del ajuste adolescente: el vínculo entre adolescentes y los padres y las madres, y las prácticas educativas.

1.3.4.1 Vínculo parental

La vinculación parento-filial es una de las dimensiones más relevantes en cualquier investigación cuyo objeto de interés sea entender las relaciones entre los progenitores y sus hijos e hijas. Bowlby (1982) determinó que la vinculación denominada apego entre un niño o niña y, generalmente, su padre y/o madre, está integrado por componentes cognitivos, emocionales y conductuales. Numerosos estudios han demostrado la importancia de que los niños y niñas desarrollen un apego seguro con un adulto referente (generalmente su padre y/o madre) como factor de protección para su desarrollo y ajuste psicosocial. Se considera una vinculación segura cuando niños y niñas sienten la seguridad (emocional) para explorar con autonomía diferentes contextos (componente conductual) debido a que han interiorizado una figura representacional del adulto (componentes cognitivos) como una figura de apego que sabe que en caso de conflicto o necesidad va a atender eficazmente sus demandas (Bowlby, 1982). La presencia de un apego seguro desde la infancia se ha relacionado con un mejor desarrollo

emocional y social en las sucesivas etapas evolutivas (Oliva, 2011). De hecho, desde la Psicología Evolutiva se apunta que existe una alta continuidad y estabilidad en los procesos de vinculación, es decir, una tendencia a replicar en sucesivas etapas evolutivas los patrones de apego que niños y niñas ha adquirido en la infancia como, por ejemplo, en las relaciones con los iguales durante la adolescencia (Santrock, 2003; Schneider, Atkinson y Tardif, 2001).

El vínculo parental durante la adolescencia puede ser entendido como la seguridad percibida por el adolescente en la relación con su padre y/o madre. Armsdem y Greenberg (1987) propusieron el estudio de la vinculación parental en función de tres dimensiones: la comunicación, la confianza y la alienación que los y las adolescentes perciben en relación con sus progenitores. A nivel general, una buena vinculación entre progenitores y adolescentes se ha asociado con un buen ajuste y con mayores competencias sociales, emocionales y académicas (Allen y Miga, 2010; Andretta et al., 2017).

La *comunicación* ha sido una dimensión ampliamente estudiada. De hecho, la comunicación es considerada como una de las prácticas parentales más relevante para el desarrollo positivo del adolescente. En relación con la vinculación parental, la comunicación se refiere a la calidad percibida por los y las adolescentes de la comunicación verbal con su padre y/o madre (Armsdem y Greenberg; 1987; Delgado, Penelo, Fornieles, Brun-Gasca y Ollé, 2016). Históricamente, se ha considerado que entender los patrones comunicacionales de una familia resulta imprescindible para comprender el ajuste de los miembros que la integran. De hecho, el desarrollo de una comunicación funcional no manipulativa ni intimidatoria entre los individuos favorece su conexión y vinculación (Keijsers y Poulin, 2013; Watzlawick, Beavin y Jackson, 1991). En concreto, a través de la comunicación los progenitores pueden promover en sus hijos e hijas adolescentes habilidades socioemocionales como la asertividad, la negociación, la autorregulación emocional o la madurez psicosocial (Branje, Laursen, y Collins, 2012). Incluso en situaciones de estrés, la existencia de una buena comunicación entre padres y adolescentes se asocia con estrategias resolutivas más eficaces (Offrey y Rinaldi, 2017). Además, la apertura de la comunicación permite a los padres conocer más sobre los hábitos de sus hijos e hijas adolescentes (Keijsers y Poulin, 2013; Antolín, 2011). De este modo, una pobre comunicación entre progenitores y adolescentes se ha relacionado con la presencia de comportamientos problemáticos en chicos y chicas. De hecho, existen evidencias de que una mejora de la comunicación intrafamiliar que permita hablar de los

propios conflictos familiares, se asocia con menos dificultades familiares y sociales de los y las adolescentes (Branje, 2018; Robbins, Alexander, Turner y Hollimon, 2016; Schmidt, Maglio, Messoulam, Molina y González, 2010; Van der Giessen, et al., 2014).

Como dimensión de la vinculación parento-filial, la *confianza* hace referencia a la percepción de chicos y chicas de ser comprendidos y respetados por sus padres y madres, a la vez que los y las adolescentes comprenden, respetan y confían en sus progenitores. Además, esta dimensión también se refiere a la percepción y disponibilidad de las figuras parentales como figuras de apoyo disponibles tanto en situaciones normativas como en posibles situaciones estresantes o problemáticas (Armsdem y Greenberg; 1987; Delgado et al., 2016). Que chicos y chicas sientan la confianza de sus padres y madres para afrontar los diferentes cambios psicosociales propios de la adolescencia, así como para explorar diferentes experiencias sociales, favorece la toma de decisiones y el desarrollo evolutivo de estos chicos y chicas. Asimismo, que los y las adolescentes perciban la disponibilidad de las figuras parentales favorece conductas de revelación que se asocia a menos comportamientos de riesgo (Antolín, 2011). En consonancia, parece especialmente importante la confianza mutua entre adolescentes y progenitores en caso de conflicto. Así, ante situaciones conflictivas, el mantenimiento de la confianza parece confirmarse como un predictor positivo para el ajuste adolescente (Moretti y Peled, 2004; Ying et al., 2015). En términos generales, numerosos estudios han encontrado que menores niveles de confianza entre adolescentes y progenitores se relaciona con una mayor agresividad, con mayores problemas conductuales y, en definitiva, con mayores conductas de riesgo (Borawski, Ievers-Landis, Lovegreen y Trapl, 2003; Dykas, Ziv y Cassidy, 2008; Guilamo-Ramos, Jaccard, Dittus y Bouris, 2006).

La percepción de *alienación* familiar puede ser entendida como la percepción de no pertenecer al sistema familiar. Con respecto a la vinculación entre adolescentes y progenitores, esta dimensión se relaciona con la percepción de aislamiento del adolescente con respecto a sus figuras parentales (Armsdem y Greenberg, 1987; Delgado et al., 2016). Sparrer y von Kibéd (2008) describen la creencia de pertenencia como la percepción y experiencia de un individuo de ser considerado y de conseguir mantener relaciones significativas dentro de un sistema social, como puede ser el sistema familiar. Cuando las y los adolescentes perciben que no participan en las decisiones familiares se pueden generar sentimientos de alienación. Asimismo, cuando se perciben como rechazados por parte de sus progenitores, parece aumentar su inestabilidad emocional con

un incremento de los niveles de frustración que puede conllevar la manifestación de conductas agresivas y conflictivas (López-López y López-Soler, 2008; Walker et al., 1996).

Armsdem y Greemberg (1987) y Vivona (2000) han establecido tres perfiles de vinculación parental en adolescentes en función de los resultados en comunicación, confianza y alienación. El primer perfil, formado por adolescentes con una alta vinculación, se ha caracterizado por la presencia de altas dosis de comunicación y confianza, y bajos niveles de alienación en la relación con los progenitores. Estos adolescentes han presentado altos niveles de autoestima y bienestar emocional. Contrariamente, se ha obtenido un perfil de adolescentes con baja vinculación parental, caracterizado por la presencia de bajos niveles de comunicación y confianza, y la presencia de altos niveles de alienación parental. En comparación con chicos y chicas con una alta vinculación, este grupo ha presentado peor autoestima y bienestar emocional. Finalmente, se ha identificado un grupo con niveles medios de vinculación parental y niveles medios de bienestar percibido. Recientemente, Andretta, Ramirez, Barnes, Odom y Woodland (2015) replican el estudio con adolescentes con medidas judiciales, es decir, con adolescentes que exhiben comportamientos problemáticos e infractores. En este estudio se hallan cuatro perfiles de adolescentes: los de baja vinculación, los de vinculación moderadamente baja, los de vinculación moderadamente alta y los de alta vinculación. Los resultados muestran que aquellos adolescentes con una alta vinculación parental en comparación con aquellos con una baja vinculación, muestran significativamente más conductas prosociales y menos conductas desafiantes. Esta evidencia reciente apoya y pone de manifiesto el carácter protector de la vinculación parental para prevenir la aparición de comportamientos problemáticos durante la adolescencia.

En conclusión, son muchos los estudios que confirman que un vínculo seguro entre los adolescentes y sus progenitores, basado en la apertura de la comunicación y en la confianza, se relaciona con un mejor ajuste psicosocial de chicos y chicas en sus diferentes contextos de desarrollo (Allen, Porter, McFarland, McElhaney y Marsh, 2007; Andretta, et al., 2017). En consonancia, una buena vinculación entre adolescentes y progenitores se ha relacionado con un mayor número de conductas prosociales (Andretta et al., 2015). Por tanto, el análisis de conductas conflictivas, agresivas e incluso delictivas deben incorporar el estudio del vínculo de apego, posiblemente deteriorado, entre

adolescentes y progenitores (Allen et al., 2007; Pinquart, 2017). Adicionalmente, se considera relevante no solo examinar el vínculo de apego, sino explorar aquellos determinantes que propician una buena vinculación entre progenitores y adolescentes. De hecho, en relación con otra variable de interés en esta Tesis Doctoral como es la inteligencia emocional, parece constatar que el desarrollo de un vínculo saludable con los progenitores se asocia con una mayor competencia emocional (Allen y Miga, 2010; Carr, 2016). López (2008) ha establecido que para la construcción de un apego seguro es necesario que exista una estabilidad y armonía de las relaciones familiares y maritales, que los padres y las madres dispongan de tiempo para involucrarse en relaciones de calidad con sus hijos e hijas, que sean accesibles y se encuentren disponibles – especialmente en situaciones de tensión–, que chicos y chicas se perciban y se sientan parte de su familia, que existan buenos niveles de comunicación y contacto físico, que los progenitores respondan e interpreten adecuadamente las demandas de sus hijos y que sean agentes activos y eficaces en la resolución de conflictos. Por tanto, el vínculo parentofamiliar se verá directamente influido por las prácticas parentales desarrolladas por los progenitores. En el próximo punto analizaremos la relación entre las prácticas educativas y los comportamientos problemáticos durante la adolescencia.

1.3.4.2. Prácticas educativas

En diferentes teorías explicativas sobre la presencia de conductas problemáticas en la adolescencia aparece el desempeño parental como un elemento relevante que puede funcionar como factor de protección o de riesgo. A modo de ejemplo, desde la teoría coercitiva se alude al uso de prácticas educativas basadas en la coacción en la resolución de conflictos; desde el modelo de aprendizaje social-cognitivo se señala la transmisión intergeneracional de la violencia; y desde la teoría bioecológica se enfatiza la importancia de las relaciones microsistémicas entre progenitores y adolescentes y la relevancia de las prácticas educativas que padres y madres ejercen (Bronfenbrenner, 2000; Patterson, 1982; Taylor y Rogers, 2005). Asimismo, desde la terapia familiar se plantea como elemento fundamental de la intervención la promoción de prácticas educativas parentales ante los comportamientos conflictivos de los y las adolescentes (Dishion y Stormshak, 2006; Sexton, 2011).

Las prácticas parentales pueden ser entendidas como los diferentes modos de interacción y las conductas concretas que padres y madres eligen y ponen en práctica en la educación de sus hijos e hijas (Carr, 2016). Estas prácticas son uno de los principales elementos en la socialización de chicos y chicas (Rodrigo y Palacios, 1998; Rodrigo, Byrne y Rodríguez, 2014). En los últimos años ha aumentado el interés en propiciar políticas públicas que financien recursos e intervenciones para padres y madres con la finalidad de que los progenitores desempeñen prácticas educativas beneficiosas para el desarrollo de sus hijos e hijas. Este movimiento parte de la importancia otorgada desde la Unión Europea al desarrollo de la parentalidad positiva. La Recomendación Europea 19(2006) establece que los diferentes Estados deberían implementar los recursos necesarios para apoyar la promoción de relaciones intrafamiliares que garanticen el desarrollo positivo de niños, niñas y adolescentes. De hecho, en España se han impulsado desde el Ministerio de Sanidad distintas actuaciones encaminadas a apoyar e impulsar la parentalidad positiva como la puesta en marcha de la web familias en positivo (<http://familiasenpositivo.org/>) y la publicación de materiales como el Manual Práctico de Parentalidad Positiva (Rodrigo, 2015) y la Guía de buenas prácticas para profesionales (Rodrigo et al., 2015). El enfoque de la parentalidad positiva se caracteriza por la promoción de competencias parentales focalizadas en las necesidades y en el interés superior del niño, niña o adolescente para optimizar su desarrollo evolutivo (Comité de Ministros del Consejo de Europa, 2006). Numerosas evidencias han destacado que el desarrollo de una parentalidad positiva se relaciona con un buen ajuste y con una menor prevalencia de problemas conductuales durante la infancia y la adolescencia (O'Connor y Scott, 2006; Spoth, Kavanagh y Dishion, 2002).

Históricamente, se han destacado dos ámbitos de las prácticas parentales por su relación con el desarrollo infantil y adolescente: las normas y disciplina por un lado, y el afecto y la comunicación por otro (Maccoby y Martin, 1983). Si bien anteriormente hemos expuesto las principales implicaciones de la comunicación, en este punto expondremos la importancia durante la adolescencia de las normas y la disciplina, así como del afecto.

En relación a las *normas* y *la disciplina*, el creciente desarrollo cognitivo y socioemocional del adolescente implica que las normas que padres y madres establecen deben ir cambiando en función de las necesidades específicas de esta etapa evolutiva. En este sentido, el ajuste adolescente se ve favorecido cuando los progenitores cambian la

imposición de normas por la negociación, y sustituyen el control por la supervisión (Dishion, et al., 1995; Hawk et al., 2008). Las y los adolescentes presentan más habilidades cognitivas para negociar las normas con sus progenitores, cuestionarlas y querer imponer su criterio debido a las nuevas capacidades de esta etapa evolutiva. No obstante, la existencia de normas y disciplina ayuda a los y las adolescentes a mejorar sus procesos emocionales y conductuales de autorregulación (Santrock, 2003). Por tanto, las normas siguen siendo necesarias en la adolescencia, aunque las estrategias de establecimiento de normas deben cambiar, tomando más relevancia la negociación y la supervisión. Un aspecto fundamental con respecto a las normas y disciplina es el balance necesario entre establecer ciertos límites claros al adolescente, a la vez que fomentar su autonomía e independencia para que puedan construir su identidad diferenciada de sus progenitores (Erikson, 1968). La *promoción de la autonomía* se ha confirmado con una dimensión de las prácticas parentales muy relevante para el ajuste durante la adolescencia. Así, cuando padres y madres promueven la autonomía al mismo tiempo que mantienen la supervisión, los y las adolescentes parecen manifestar un mejor ajuste psicosocial (Oliva, Parra y Arranz, 2008; Santrock, 2003).

Con respecto a la relación entre normas y comportamientos problemáticos durante la adolescencia se puede realizar una doble lectura. Por un lado, el exceso de normas impuestas, no negociadas, y no ajustadas a las necesidades evolutivas de los adolescentes se relaciona con emociones negativas como la ira y la frustración, y con comportamientos conflictivos y agresivos (Carr, 2016). En este marco, los progenitores que oprimen la autonomía de los adolescentes y pretenden la fusión del sistema familiar pueden enfrentarse a episodios de rebeldía cuando el adolescente quiera romper y diferenciarse de su familia (Antolín, 2011; Bowen, 1979). Por otro lado, la ausencia de normas y disciplina se relaciona con un escaso control emocional y conductual de los adolescentes debido a que no son conscientes de las consecuencias de sus actos. En estos casos, chicas y chicos se encuentran más predispuestos al consumo de sustancias y a la exhibición de comportamientos problemáticos como la infracción de normas y de derechos sociales (Parra, 2005; Tur et al., 2004). De hecho, existen diversos estudios que relacionan los comportamientos problemáticos adolescentes con escasas habilidades por parte de los progenitores de fomentar la autorregulación debido al no establecimiento de normas y a la imposibilidad de mantener una actitud firme y consistente ante las transgresiones (Kazdin, 1995; López-López y López-Soler, 2008).

En relación con el *afecto*, chicos y chicas siguen necesitando la cercanía de sus figuras parentales durante la adolescencia. Si bien las muestras de afecto explícitas son menos visibles en la adolescencia, que los adolescentes perciban apoyo y cercanía de sus progenitores resulta fundamental para su desarrollo positivo (Moretti y Peled, 2004; Ying et al., 2015). Además, chicos y chicas también siguen necesitando el reconocimiento de sus padres y madres. Por tanto, que los progenitores verbalicen ese reconocimiento, valoren el esfuerzo, y refuercen las conductas positivas de sus hijos e hijas se relaciona con un mejor ajuste psicosocial (Santrock, 2003).

Cuando los progenitores se muestran fríos con sus hijos e hijas adolescentes, o bien chicos y chicas no perciben el apoyo de sus progenitores, pueden aparecer dificultades en la familia que se relacionan con la aparición de problemas de comportamiento (Antolín, 2011; Dykas, et al., 2008; Guilamo-Ramos, et al., 2006). Asimismo, los y las adolescentes que no perciben el reconocimiento de sus progenitores pueden desarrollar conductas de riesgo en contextos sociales para ser reconocidos por el grupo de iguales (López-López y López-Soler, 2008).

Tradicionalmente, la combinación de normas y disciplina con afecto y comunicación ha dado lugar a cuatro estilos de socialización parental: estilo democrático, permisivo, autoritario e indiferente (Maccoby y Martin, 1983; Palacios y Moreno, 1994). Sin detenernos en cada uno de los estilos, a nivel general, parece que el estilo democrático se relaciona con un mejor ajuste psicosocial, más competencias socioemocionales, mejor rendimiento académico y menos comportamientos problemáticos durante la adolescencia (Maccoby y Martin, 1983; Palacios y Moreno, 1994). Concretamente, el estilo democrático se caracteriza por combinar buenos niveles de comunicación y afecto con el establecimiento de normas ajustadas a la edad y necesidades del menor, y por el uso de prácticas parentales inductivas basadas en el razonamiento (Maccoby y Martin, 1983). Asimismo, otros estudios han discernido nuevas prácticas educativas relacionadas con un buen ajuste psicológico durante la adolescencia. Por ejemplo, que los padres y las madres manifiesten un buen sentido del *humor* y construyan una educación parental desde el optimismo y la alegría, se ha relacionado con un buen ajuste y desarrollo positivo de chicos y chicas (Antolín, 2011; Oliva et al., 2008).

El estudio de las prácticas parentales también tiene otras implicaciones teórico-prácticas. Específicamente, en situaciones de estrés un ejercicio positivo de la parentalidad tendrá un efecto protector para el desarrollo adolescente. Por ejemplo, se ha

observado que en casos de divorcio chicos y chicas presentan un mejor ajuste cuando los progenitores son sensibles y responden a sus necesidades (Huver, Otten, de Vries y Engels, 2010). Incluso en casos más graves de estrés, como pueden ser situaciones de acoso escolar, que los progenitores desarrollen prácticas parentales basadas en el apoyo, el afecto y la comunicación se ha relacionado con consecuencias menos negativas en los y las adolescentes (Stadler et al., 2010). En definitiva, en situaciones de estrés un ejercicio positivo de la parentalidad puede actuar como factor de protección para proteger a los menores de las consecuencias negativas de las situaciones adversas y, por ende, prevenir la aparición de comportamientos problemáticos (Stadler et al., 2010; Weaver y Schofield, 2014).

A pesar de la importancia de desempeñar prácticas parentales adecuadas como el establecimiento de normas, el razonamiento inductivo, la supervisión, la negociación, el afecto, la comunicación o el humor, no se debe olvidar que la eficacia de las prácticas parentales puede variar en función de las características individuales de los niños, niñas y adolescentes, de factores contextuales, y del propio ritmo evolutivo del menor (Maccoby y Martin, 1983; Palacios y Moreno, 1994). Las relaciones parentales entre progenitores y adolescentes son bidireccionales y, por tanto, chicos y chicas también influyen en las prácticas parentales exhibidas por los progenitores (Bronfenbrenner, 2000; Oliva et al., 2008). En suma, el análisis de las prácticas parentales debe ir más allá de una visión concreta limitada a las interacciones entre padres y madres y sus hijos e hijas. Para comprender el desempeño parental debemos entender el contexto socio-cultural en el que se desarrolla el ejercicio de la parentalidad, la propia historia personal del padre y de la madre⁴, sus creencias educativas, las relaciones conyugales y sociales de los progenitores, así como las características y necesidades de desarrollo propias de cada adolescente (Bronfenbrenner, 2000).

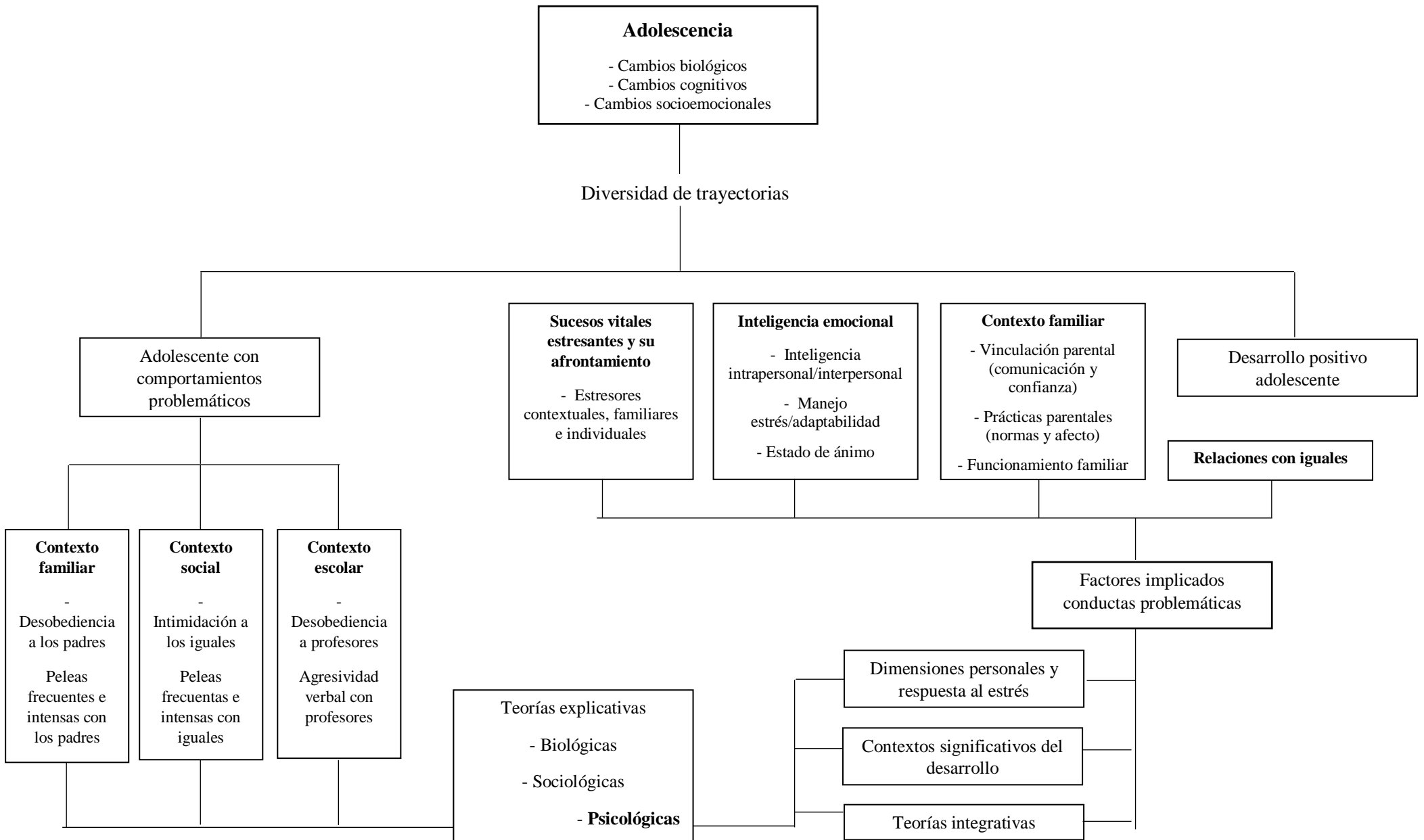
En síntesis, podemos afirmar que las prácticas parentales deben adaptarse a las demandas propias de la adolescencia para responder de modo adecuado a las necesidades evolutivo-educativas de este periodo evolutivo. De este modo, el repertorio conductual de los progenitores debe contar con diferentes estrategias que faciliten y promuevan

⁴ Aunque durante esta Tesis Doctoral hagamos referencia al término padre y madre debido a que es la estructura familiar más frecuente en la población objeto de estudio de este trabajo, debemos puntualizar que afirmaciones como, por ejemplo, la bidireccional padre-adolescente del ejercicio parental o la influencia de la propia historia personal del progenitor, es extrapolable a otras estructuras familiares: monoparentales, homoparentales, etcétera.

una adecuada transición del adolescente a su etapa adulta. Así, se considera especialmente importante que padres y madres sigan aportando una estabilidad y estructura a la vida cotidiana de los y las adolescentes y que tengan la capacidad de orientar las decisiones, cada vez con más implicaciones para su futuro, que chicos y chicas deben tomar (Hawk et al., 2008; Oliva et al., 2008). Un ejercicio positivo de la parentalidad se relaciona con un mejor ajuste durante la adolescencia. Asimismo, una pobre capacidad de comunicación de padres y madres con sus hijos e hijas o la dificultad para establecer normas y/o de supervisar de modo adecuado el comportamiento adolescente, se asocia con una mayor prevalencia de comportamientos conflictivos durante esta etapa (Branje, 2018; Parra, 2005; Robbins et al., 2016).

1.4. Resumen: Capítulo 1.

Figura 1. Resumen del capítulo 1.



CAPÍTULO 2

LA INTERVENCIÓN CON ADOLESCENTES CON CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS Y SUS FAMILIAS

En el capítulo anterior hemos abordado el marco teórico que nos permite entender el desarrollo adolescente y la manifestación de conductas problemáticas durante este periodo evolutivo. La descripción de los comportamientos problemáticos, la exposición de diferentes teorías explicativas y el análisis de diversas dimensiones que influyen en el ajuste adolescente resultan un ejercicio necesario para poder articular y comprender las intervenciones y tratamientos específicos⁵ implementados con los y las adolescentes que exhiben conductas problemáticas.

La finalidad de las intervenciones con adolescentes que manifiestan conductas problemáticas es la reducción de estos comportamientos conflictivos, agresivos, violentos o disruptivos. Aunque la finalidad sea compartida, en función de donde se sitúa el foco para explicar la presencia de estos comportamientos problemáticos, las intervenciones pueden adoptar modalidades y enfoques diferentes. Así, desde la teoría familiar sistémica se considera fundamental desarrollar intervenciones en las que se involucre a todo el sistema familiar, desde la perspectiva ecológica se considera necesario intervenir en los diferentes contextos de desarrollo de los y las adolescentes, y desde enfoques más cognitivo-conductuales se considera que puede ser suficiente el desarrollo de intervenciones más individuales con el propio adolescente (Henggeler y Schaeffer, 2016; Minuchin y Fishman, 1981; Shure, 2001).

⁵ La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) define *intervención* como cualquier recurso y servicio directo proporcionado por psicólogos. Estos recursos pueden incluir evaluaciones, diagnósticos, actuaciones preventivas, tratamientos y psicoterapias (APA, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Cuando hablamos de tratamiento podemos entender aquellas actuaciones realizadas desde el ámbito de la Psicología, a veces de modo interdisciplinar con otras disciplinas, para tratar una psicopatología, una sintomatología o una problemática específica (por ejemplo, APA División 12, n.d., "Research-Supported Psychological Treatments"). Por tanto, en esta Tesis Doctoral emplearemos el término intervención en su descripción genérica para referirnos a la Psicoterapia Integrativa Basada en Escenas y así evitar que el uso del término tratamiento sesgue cínicamente la población objeto de estudio.

Ante esta diversidad de intervenciones bajo diferentes enfoques resulta necesario desarrollar una evaluación rigurosa de toda intervención destinada a reducir los comportamientos problemáticos durante la adolescencia que permita conocer los efectos y el impacto de la intervención, apostar por actuaciones que hayan demostrado su eficacia, y evitar los posibles efectos iatrogénicos. La evaluación rigurosa de las intervenciones posibilita contar con un mapa de recursos ampliamente detallados y descritos que permite a los y las profesionales que intervienen con esta población elegir y seleccionar la intervención más adecuada –entendiendo como más adecuada aquella que muestra un mayor impacto– en función de las características específicas de la población objeto de la intervención. Por todo ello, es necesario conocer *qué intervenciones* se han desarrollado con adolescentes con comportamientos problemáticos y *qué evidencias de eficacia tienen estas intervenciones*. Debido a la existencia de una gran variedad de intervenciones con estos adolescentes, en este capítulo abordaremos y presentaremos aquellas intervenciones basadas en la evidencia cuyos resultados positivos han sido contrastados científicamente. Si bien, antes de exponer las diferentes intervenciones con resultados positivos, especificaremos los criterios y estándares de calidad que deben ser tenidos en cuenta a la hora de evaluar la eficacia de las intervenciones. Una vez descrito *cómo* deben ser los procesos de evaluación de las intervenciones para garantizar una medición adecuada de sus efectos, describiremos las intervenciones familiares basadas en la evidencia con adolescentes con comportamientos problemáticos. Priorizaremos la presentación de las intervenciones familiares por dos motivos: (a) debido a que son las intervenciones que cuentan con los mayores niveles de evidencias alcanzados y, (b) sustentan su implementación en un enfoque teórico basado en los principios de la terapia familiar, que es consistente con los presupuestos seguidos por la intervención que presentamos y evaluamos en este trabajo. Posteriormente, mostraremos las evidencias encontradas con intervenciones individuales y grupales con adolescentes con comportamientos problemáticos. Finalmente, ofreceremos las evidencias disponibles acerca de los programas de formación para padres y madres de adolescentes que manifiestan comportamientos problemáticos, así como las intervenciones basadas en formato de grupos multifamiliares que han alcanzado resultados positivos.

De este modo, una vez realizada la descripción de las intervenciones con mayores evidencias que se han implementado con esta población, el capítulo finalizará con la presentación de la intervención innovadora desarrollada en Andalucía sobre la que versa

esta Tesis Doctoral, la Psicoterapia Integrativa Basada en Escenas (en inglés Scene-Based Psychodramatic Therapy Family, SB-PFT).

2.1. La importancia de evaluar las intervenciones

Desde hace unas décadas se ha incrementado la apuesta y defensa de los programas e intervenciones basadas en evidencias. Hablamos de intervenciones basadas en evidencias para referirnos a aquellas actuaciones estructuradas que comprenden un conjunto de acciones organizadas y manualizadas (donde se especifica el marco teórico, el modelo de cambio, los objetivos, los contenidos y la metodología, entre otros aspectos de la intervención) que han demostrado su eficacia mediante métodos científicos rigurosos (Jiménez e Hidalgo, 2016; Small, Cooney, y O'Connor, 2009).

Concretamente, se considera necesario que una intervención demuestre su eficacia y eficiencia para intervenir con una población en una determinada situación y con unas condiciones dadas (Jiménez e Hidalgo, 2016; Flay et al., 2005). Este proceso de sistematización en la implementación de las intervenciones y en la medición de sus efectos permite a) actuar con responsabilidad en la apuesta por incorporar servicios de calidad, b) mejorar las intervenciones para posteriores aplicaciones, y c) facilitar la toma de decisiones desde las políticas públicas y desde las instituciones privadas para financiar el desarrollo de intervenciones basadas en evidencias (Sexton y Datchi, 2014; Spiel y Strohmeier, 2012).

El movimiento de prácticas basadas en evidencias comenzó en EE.UU. en los años 90 con la evaluación de tratamientos para adolescentes con problemas de salud mental y adicción a sustancias (Rodrigo, Almeida, Spiel y Koops, 2012). Actualmente, toda intervención –ya sea de una naturaleza más preventiva o clínica– debería venir acompañada de una evaluación rigurosa que permita comprobar que dicha intervención promueve el bienestar de las personas participantes (Rodrigo et al., 2012). El primer paso para evaluar cualquier intervención es decidir la naturaleza de la evaluación que se va a realizar. En términos generales, las evaluaciones pueden tener distintas finalidades: informar sobre la eficacia de la intervención, revelar las principales características del proceso de implementación que permiten la replicabilidad del mismo, determinar las condiciones más favorables para asegurar la eficiencia, y analizar los efectos positivos e

iatrogénicos tanto a corto plazo como a largo plazo (MacPherson y McKie, 2010). Para la consecución de estos objetivos se pueden adoptar diferentes estrategias de evaluación. Por un lado, la *metodología cuantitativa* suele emplearse para evaluar la eficacia y eficiencia de las intervenciones mediante la medición del impacto de la intervención en unas dimensiones y condiciones concretas. Por otro lado, la *metodología cualitativa* es empleada para facilitar la interpretación y contextualización de los resultados, así como para profundizar en la comprensión del proceso de intervención; es decir, permite entender el entorno, cómo la intervención fue implementada, los momentos significativos durante el proceso, la percepción de los participantes, etcétera (Flay et al., 2005; Williams, Gavine, Ward y Donnelly, 2015).

Actualmente, los diseños mixtos de evaluación que integren la evaluación cuantitativa con la evaluación cualitativa se consideran los más adecuados en el ámbito de las intervenciones psicosociales y psicoeducativas. Realizar una evaluación rigurosa que integre ambas aproximaciones no es una tarea fácil; requiere una cuidadosa planificación, importantes recursos personales y económicos, y la aceptación de la población participante en la intervención y en la evaluación. A pesar de las dificultades que pueden conllevar estos diseños mixtos de evaluación y su correspondiente ejecución, la complejidad del proceso de evaluación de las intervenciones –evaluación de eficacia, de eficiencia, de efectos no previstos, de los componentes clave, de los mecanismos de cambio, de su aplicabilidad en diferentes contextos, de los momentos significativos, etcétera– conlleva que sea necesario adoptar diferentes perspectivas en la evaluación. En esta línea, la combinación de métodos cuantitativos y cualitativos permitirá minimizar los sesgos de los errores de medida, profundizar en la fortaleza de los resultados, conocer las características de las intervenciones y contextualizar las implicaciones prácticas de la evaluación para sucesivas aplicaciones de la intervención. A continuación, se expondrán los criterios de calidad que deben ser tenidos en cuenta para llevar a cabo evaluaciones desde ambos enfoques.

2.1.1. La evaluación de las intervenciones desde la perspectiva cuantitativa

Clásicamente, se han usado criterios cuantitativos para evaluar la eficacia y la eficiencia de las intervenciones. Por *evaluación de eficacia* podemos entender la medición de la productividad de la intervención en un periodo de tiempo determinado

mediante el estudio del grado de consecución de los objetivos planteados para una población determinada (Jiménez e Hidalgo, 2016). Se puede decir que en la evaluación de eficacia se miden los efectos puros de la intervención sin tener en consideración otros elementos como las diferentes condiciones de implementación o los recursos profesionales y económicos invertidos. Así, el paradigma central en la evaluación de eficacia explicita la necesidad de demostrar que una determinada intervención consigue los objetivos propuestos bajo unas condiciones concretas y en una población determinada (Gottfredson et al., 2015). Complementariamente, la *evaluación de eficiencia* tiene la finalidad de optimizar los recursos invertidos en la implementación de una intervención para fortalecer los resultados positivos en sucesivas aplicaciones de la intervención. En concreto, con la evaluación de eficiencia se mide el grado de consecución de los objetivos planteados en función de los medios utilizados, de las diferentes condiciones de implementación, de las distintas características sociodemográficas y psicológicas de los participantes y/o de diferentes aspectos relacionados con el profesional (Jiménez e Hidalgo, 2016).

Generalmente, desarrollar evaluaciones rigurosas de eficacia de carácter cuantitativo ha sido considerado uno de los elementos más importantes, aunque no el único, para conseguir y demostrar las evidencias de una intervención (Flay et al., 2005; Gottfredson et al., 2015). Así, para considerar un programa o intervención basado en evidencias se tienen en consideración un conjunto de estándares de calidad relacionados en gran parte con las características de la evaluación de eficacia. Específicamente, agencias sobre evaluación de programas e intervenciones han elaborado amplios decálogos sobre los criterios que se deben seguir para garantizar la calidad de las evaluaciones y valorar la calidad de una determinada intervención. A pesar de no existir un consenso unánime sobre estos estándares, sí podemos encontrar una serie de criterios comunes reconocidos internacionalmente por diferentes agencias como la *Society for Prevention Research* para determinar el grado de evidencias de las intervenciones (Gottfredson et al., 2015).

A nivel general, Flay y colaboradores (2005), así como Gottfredson y colaboradores (2015) han descrito una serie de estándares de calidad necesarios para demostrar la eficacia de las intervenciones. El objetivo de la elaboración de estos estándares es garantizar la rigurosidad en la obtención de evidencias. Aunque la mayoría de estos criterios están relacionados con los procesos de evaluación, estos autores

incluyen otra serie de requisitos que, en conjunto, describen las características de las intervenciones basadas en evidencias (Flay et al., 2005; Gottfredson et al., 2015):

✓ Las intervenciones deben ser manualizadas, es decir, deben ser descritas detalladamente para que otros profesionales puedan replicarlas. Según Gottfredson y colaboradores (2015) los manuales deben clarificar la teoría y los mecanismos de cambio de la intervención, los componentes principales, bajo qué condiciones se considera eficaz, cuándo y qué mediadores producen cambios en los participantes y por qué es importante para la salud y el bienestar de las personas conseguir efectos positivos en las dimensiones sobre las que actúa la intervención.

Además de las especificaciones de estos expertos, otros autores que estudian la evaluación de intervenciones familiares han descrito y sistematizado los requisitos que deben tener los manuales para asegurar la sistematización y estructuración de las intervenciones. Jiménez e Hidalgo (2016) plantean diversos criterios de calidad de las intervenciones basadas en evidencias que deben ser descritos: la evaluación de necesidades y fortalezas de la población objeto de intervención, la fundamentación teórica, el modelo de cambio, los requisitos de formación, asesoramiento y supervisión de los profesionales, las condiciones de implementación, las pruebas de eficacia y eficiencia, los componentes clave de la intervención que no deben ser modificados, los costes asociados a la intervención y las herramientas de evaluación y seguimiento para garantizar su sostenibilidad. En este sentido, Sexton y colaboradores (2011) proponen que para que una intervención familiar sea considerada basada en evidencias, el manual debe clarificar el la metodología, los contenidos, las actividades y las técnicas de intervención, las medidas de fiabilidad del o la terapeuta, la problemática específica de los y las participantes, la descripción de las situaciones en las que la intervención ha sido implementada y evaluada, y el uso de mediciones e instrumentos válidos en función de la problemática de los participantes (Sexton et al., 2011).

Asimismo, Carroll y Rounsaville (2008) especifican otros aspectos que debe incorporar un manual técnico como la presentación de los resultados de eficacia en comparación con otras actuaciones destinadas a participantes similares, indicadores que faciliten la formación, entrenamiento y supervisión de los profesionales, la descripción de las competencias de los profesionales para llevar a cabo la intervención, la definición de los criterios para evaluar la adherencia y competencias de los profesionales, el análisis de costes-beneficios y las recomendaciones para la implementación. Estos autores

señalan que los manuales pueden ser clasificados en tres fases atendiendo a su función y estructuración (Carroll y Rounsaville, 2008). Así, los manuales en fase I se caracterizan por definir la intervención en grandes rasgos. Además, los manuales en fase I presentan resultados de evaluaciones preliminares de las intervenciones. Los manuales en fase II presentan suficiente información que puede ser usada para la formación de los profesionales, muestran la comparación de los resultados alcanzados por diferentes intervenciones con población similar, detallan los componentes de la intervención y especifican los mecanismos de cambio de la intervención para lograr unos determinados resultados. Específicamente, los manuales en fase II presentan resultados rigurosos de eficacia teniendo en cuenta la comparación entre un grupo de intervención y un grupo control. Finalmente, los manuales en fase III, una vez cubiertos los criterios anteriores, incorporan propuestas específicas de evaluación, instrumentos de evaluación, describen la evaluación de la adherencia y de las competencias de los profesionales, introducen recomendaciones para la implementación, explicitan la eficiencia de la intervención, y en definitiva, los manuales en fase III suponen una herramienta en sí misma para la evaluación y diseminación de la intervención.

Por tanto, las intervenciones familiares basadas en evidencias deben contar con manuales o guías que faciliten a los profesionales el proceso de implementación. Además de la manualización, las intervenciones basadas en evidencias requieren de diseños rigurosos y específicos de evaluación de eficacia, de eficiencia y de los profesionales (Carroll y Rounsaville, 2008; Sexton et al., 2011)

✓ En relación con la eficacia de cualquier intervención, su valoración solo puede realizarse en función de los resultados que se miden y de los que se informan. Por tanto, con respecto a la medición es importante usar instrumentos de medida psicométricamente válidos. Estos instrumentos deben haber sido contrastados en estudios previos garantizándose la validez de constructo para medir el comportamiento objetivo y la consistencia interna del instrumento. Además, es importante emplear diferentes instrumentos de medición y diferentes informantes (Flay et al., 2005; Gottfredson et al., 2015).

✓ Se considera importante que la teoría causal del cambio sobre la que se desarrolla la intervención sea descrita explícitamente y sea evaluada. Para ello, en el diseño de la intervención se debe incorporar al menos una condición que no recibe la intervención (grupo control), cuyos participantes presenten características similares para

ser comparados con los y las participantes que reciben la intervención. Para la obtención del grupo control se recomienda la aleatorización de los y las participantes entre el grupo experimental y el grupo control para asegurar la comparación inter-grupo. En caso que no sea posible la asignación aleatoria entre grupo de intervención y grupo control, es importante que el grupo control presente características comparables. Asimismo, se deben reportar las semejanzas y diferencias entre ambos grupos, y su vez, se deben medir los efectos y cambios de ambos grupos a través del tiempo (Flay et al., 2005; Gottfredson et al., 2015).

✓ Los análisis estadísticos deben ser consistentes con el diseño del estudio. Los resultados reportados sobre las dimensiones evaluadas deben informar sobre efectos significativos y niveles de confianza, tamaños del efecto, efectos no significativos y posibles efectos iatrogénicos de la intervención. Así, los efectos principales entre grupo de intervención y grupo control deben ser evaluados, así como las diferencias en pretest entre ambos grupos, y si es necesario y posible, se deben minimizar estas diferencias. Finalmente, en el diseño del estudio se debe recoger al menos una evaluación pretest/postest y una evaluación de seguimiento para asegurarse que los efectos positivos son mantenidos a lo largo del tiempo (Flay et al., 2005; Gottfredson et al., 2015).

✓ Para demostrar la eficacia, los resultados de la evaluación deben seguir los patrones esperados, la significación estadística debe ser informada, y además no deben existir efectos iatrogénicos en ninguna dimensión.

Por otra parte, para hablar de *eficiencia* se deberán confirmar los supuestos mencionados anteriormente. La evaluación de eficiencia supone analizar en qué condiciones concretas, qué modalidades y para qué tipo de participantes se obtienen mayores efectos positivos, lo que supone tener un mayor conocimiento de la intervención (Gottfredson et al., 2015). Por tanto, evaluar los resultados de una intervención en función de las diferentes características sociodemográficas de los y las participantes, de la variabilidad en la intensidad de la intervención, de las diferencias en la fidelidad de los y las profesionales a los principios teóricos y metodológicos o del análisis de costes y beneficios económico de la intervención, permite conocer bajo qué condiciones de implementación la intervención produce unos efectos más positivos. Los estudios de eficiencia facilitan la toma de decisiones para optimizar los resultados positivos en futuras aplicaciones de la intervención (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman y Wallace, 2005; Gottfredson et al., 2015).

Una vez probada la eficacia y eficiencia de las intervenciones, el paso final en la obtención de evidencias es disponer de garantías para la diseminación de la intervención (Flay et al., 2005). Se considera que una intervención cuenta con suficientes garantías para su diseminación, y por tanto puede ser institucionalizada, cuando los resultados positivos de eficacia se han confirmado en poblaciones con diferentes características y en diferentes condicionantes culturales (Jiménez e Hidalgo, 2016). Por tanto, se estima que una intervención puede ser diseminada con suficientes garantías cuando se encuentra completamente sistematizada, ha confirmado su eficacia en diferentes contextos ecológicos y se conocen las condiciones en las que obtiene un mayor impacto. En este sentido, la diseminación de cualquier intervención requiere conocer cuáles son los componentes clave de dicha intervención que no pueden modificarse, y cuáles pueden y de hecho deben adaptarse en función de las características de la población y del contexto de intervención.

En términos generales, las evaluaciones de eficacia y eficiencia permiten obtener evidencias de la efectividad de las intervenciones. No obstante, es importante conceptualizar los criterios expuestos como un continuo que permiten una descripción compleja de la intervención evitando el uso dicotómico absoluto de intervención efectiva o inefectiva (Sexton et al., 2011). En concreto, Sexton y colaboradores (2011) establecieron una guía específica para clasificar las intervenciones procedentes de la terapia familiar en función de su nivel de evidencia. De este modo, se determinaron tres niveles: intervenciones/tratamientos con evidencia informada, intervenciones/tratamientos prometedores e intervenciones/tratamientos basados en la evidencia. En el primer nivel, los *tratamientos con evidencia informada* se caracterizan por ser intervenciones que aún no disponen de un modelo teórico concreto, y que a pesar de haber mostrado resultados positivos preliminares, el número limitado de estudios empíricos disponibles hasta el momento y el diseño de los estudios –sin condiciones de control para efectuar comparaciones– impiden que puedan ser clasificadas con un mayor nivel de evidencia. Con respecto al segundo nivel, los *tratamientos prometedores* son aquellos que ya presentan un modelo teórico y metodológico concreto de intervención, especifican las técnicas empleadas y, por tanto, pueden ser replicados. Estas intervenciones muestran resultados positivos, si bien sus efectos no han sido replicados o evaluados con poblaciones específicas, y los diseños de evaluación desarrollados no permiten generalizar los resultados obtenidos. Finalmente, los *tratamientos basados en*

la evidencia, además de cumplir con los estándares descritos de los dos anteriores niveles, han demostrado su eficacia mediante la realización de estudios –al menos dos– con diseños que siguen los estándares de calidad recomendados, como mínimo, el uso de condiciones de control y evaluaciones a corto y largo plazo que demuestren su eficacia con poblaciones clínicas o con una problemática específica. Asimismo, es importante que la evaluación de estas intervenciones se haya desarrollado por grupos de investigación diferentes a los creadores en primera instancia de la intervención. En los tratamientos basados en la evidencia se puede determinar bajo qué condiciones funciona mejor la intervención y con qué población específica. Finalmente, para alcanzar el máximo nivel de evidencia, la rigurosidad en las evaluaciones de eficacia y eficiencia debe ser complementada con la presencia de un manual técnico de intervención que actúe como herramienta en sí mismo para la implementación de la intervención, para la evaluación de la intervención y para la supervisión de las y los profesionales.

Estos niveles de evidencias propuestos por Sexton y colaboradores (2011) tienen su paralelismo –con algunas diferencias menores– con los niveles presentados por plataformas específicas para el estudio de las evidencias de los programas e intervenciones desarrollados con adolescentes. En concreto, las dos principales plataformas de este tipo, *The Blueprints for Healthy Youth Development* (<https://www.blueprintsprograms.org/>) y *The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare* (<http://www.cebc4cw.org/>), también diferencian entre programas e intervenciones basados en la evidencia y programas e intervenciones prometedores o de evidencia informada.

En esta línea de intervenciones basadas en la evidencia, Sexton y colaboradores (2011) revelan otras categorías relevantes que deben ser tenidas en cuenta para la consideración de las evidencias. Concretamente, Sexton y colaboradores (2011) informan de eficacia absoluta cuando la intervención muestra sus efectos significativos al ser comparado con un grupo control, y de eficacia relativa cuando la comparación es realizada con otros tratamientos o intervenciones disponibles. Adicionalmente, una categoría más difícil pero necesaria según Sexton y colaboradores (2011), se refiere al reporte de los mecanismos de cambio que permiten conocer los procesos de transformación personal que se dan en los y las participantes como consecuencia de la intervención, y cómo las características de la intervención promueven estos cambios.

Específicamente, en las intervenciones con adolescentes con comportamientos conflictivos y sus familias –como ocurre la intervención evaluada en esta Tesis Doctoral–, la evaluación de las intervenciones no solo debe constatar la reducción de la conducta sintomática mediante la mejora estadística de una conducta o creencia específica, sino que también se deben evaluar diferentes dimensiones familiares que puedan estar influyendo en la aparición y mantenimiento del síntoma. De hecho, desde la terapia familiar sistémica se considera especialmente importante el cambio en dimensiones familiares, como la mejora de la comunicación, para prevenir nuevamente la aparición del síntoma (Minuchin, 1974; Sexton, et al., 2011).

La evaluación de las intervenciones debe integrar un análisis comprehensivo y multidimensional de los cambios de los y las participantes durante el proceso de intervención. Los resultados que deben evaluarse en intervenciones familiares deben incluir: (a) cambios individuales, tanto del síntoma como de la calidad de vida del individuo, (b) cambios en las relaciones y en el funcionamiento familiar y (c) un análisis de los costes y beneficios de la implementación del tratamiento (Sexton et al., 2011). Específicamente para las intervenciones familiares de adolescentes con conductas conflictivas, en primer lugar, las intervenciones deberían demostrar su eficacia en la reducción de los comportamientos problemáticos. En segundo lugar, se deberían esperar cambios familiares como mediadores para la consecución los objetivos esperados. Finalmente, sería importante demostrar los mecanismos de cambio movilizados para conseguir la reducción de las conductas problemáticas de los y las adolescentes (Sexton et al., 2011).

En síntesis, la evidencia reportada de cualquier intervención se irá incrementando a medida que las evaluaciones de eficacia y eficiencia se ajustan a los diferentes criterios expuestos a lo largo de este punto. La rigurosidad y calidad del diseño de evaluación supone un elemento clave para generalizar los resultados de eficacia y eficiencia. Asimismo, no solo es importante elaborar un diseño riguroso de evaluación y un análisis con suficiente potencia estadística para medir el impacto de la intervención, sino que este proceso de evaluación debe ser complementado con la estructuración y manualización de las intervenciones. Este proceso de sistematización de las intervenciones facilita la replicabilidad de las mismas y sus resultados positivos si se fideliza con los componentes de la intervención que han demostrado su eficacia. En consecuencia, solo cuando una intervención ha cumplido los diferentes estándares de calidad, ha sido manualizada y ha

sido evaluada en diferentes condiciones puede conceptualizarse como *intervención basada en la evidencia*.

2.1.2. La evaluación de las intervenciones desde la perspectiva cualitativa

La American Psychosocial Association Task Force (APA Task Force, 2006) señala que en los procesos de evaluación y en la consecución de evidencias sobre las intervenciones deben ser considerados aspectos como las preferencias, la satisfacción y la percepción de los y las participantes sobre la intervención en la que han participado. A pesar de que históricamente la metodología cuantitativa ha desplazado a un segundo plano a la metodología cualitativa para evaluar la eficacia de las intervenciones, se comienza a destacar la utilidad de la evaluación cualitativa como aproximación rigurosa para incrementar las evidencias de las intervenciones. Así, el uso de la evaluación cualitativa ha experimentado un notable crecimiento en las últimas décadas como metodología de investigación válida y útil para la evaluación de programas, intervenciones y tratamientos. Los estudios cualitativos permiten conocer la percepción, opinión y sentimientos de los individuos participantes en los estudios (Patton, 2002).

En relación con la evaluación de intervenciones, se considera que la evaluación cualitativa puede complementar o confirmar aquello mostrado por estudios cuantitativos, e incluso servir como estudio previo que delimite los contenidos a evaluar de modo cuantitativo en evaluaciones posteriores (Anguera, 2008). Desde esta perspectiva, se otorga relevancia al análisis cualitativo del discurso de los y las participantes sobre su percepción de la intervención. Este análisis de la percepción de los participantes favorece la obtención de información sobre el proceso de implementación (metodología, profesionales, técnicas, entre otros aspectos), y por tanto, contribuye a una comprensión más completa y holística de la intervención. De este modo, la perspectiva cualitativa que facilita voz activa a los y las participantes puede favorecer la descripción y la evaluación de proceso de la intervención con la finalidad de profundizar no solo en los resultados, sino en el proceso de implementación llevado a cabo (Oakley et al., 2006).

En esta línea, están aumentando los estudios que, mediante el uso de la metodología cualitativa, exploran la percepción de cambio de los y las participantes en una intervención específica, y la opinión de estos participantes sobre la utilidad de la intervención (Clark y Anderson, 2004). La metodología cualitativa permite no restringir

los contenidos y las dimensiones evaluadas. En este sentido, la perspectiva cualitativa presenta un balance positivo entre coste y beneficio con respecto a su capacidad para abarcar la evaluación de diferentes dimensiones en comparación con la metodología cuantitativa, si bien, presenta críticas debido al componente de subjetividad que puede acompañar en ocasiones al análisis de los discursos (Anguera, 2008). A nivel general, podemos señalar que la metodología cualitativa también puede ayudar a entender por qué son efectivas las intervenciones, así como los elementos de la intervención que están ayudando a conseguir los resultados esperados o aquellos que están dificultando la consecución de los objetivos. Incluso un análisis cualitativo que parta de la percepción de cambio de los y las participantes puede dar lugar a un proceso inductivo que derive en la elaboración de teorías sobre diversos aspectos de las intervenciones (Anguera, 2008; Glaser y Strauss, 1999).

Para evitar caer en descripciones subjetivas de fenómenos, la metodología cualitativa –al igual que la metodología cuantitativa– establece los criterios necesarios para dar validez, calidad y rigurosidad a los estudios realizados desde esta perspectiva. Tracy (2010) establece ocho criterios de calidad para el enfoque cualitativo. En concreto, los estudios cualitativos deben: (1) tener una temática de estudio relevante, oportuna y significativa; (2) ser suficientemente rigurosos en sus construcciones teóricas, en la descripción de la muestra y del contexto, en la recogida de datos y en su posterior análisis; (3) ser sinceros y transparentes, es decir, en los estudios cualitativos se considera como criterio de calidad que el investigador reflexione sobre los valores subjetivos, sobre los sesgos, y sobre los desafíos planteados durante el estudio; (4) mostrar credibilidad, es decir, los resultados finales deben ser confiables, verosímiles y plausibles; (5) mostrar resonancia en los lectores, es decir, los resultados deben mostrar un impacto en los lectores y además ser generalizables a otras situaciones; (6) mostrar contribuciones significativas ya sean conceptualmente, teóricamente, de contenidos prácticos, moralmente, metodológicamente o heurísticamente; (7) seguir y asegurar los principios éticos individuales, grupales y culturales; y (8) tener coherencia significativa a lo largo del estudio, es decir, los resultados deben mostrar la consecución de los objetivos que se plantean partiendo de métodos y procedimientos adecuados que han sido conectados con la literatura previa de la temática de estudio (Tracy, 2010).

Como queda descrito, entre los elementos propuestos por Tracy (2010) se encuentran, por un lado, la importancia de llevar a cabo una recogida de datos acorde al

objetivo del estudio y, por otro lado, asegurar que se toman las consideraciones oportunas para garantizar la rigurosidad en los análisis de datos. En relación con la recogida de datos desde la perspectiva cualitativa pueden utilizarse diversos procedimientos: entrevistas individuales, grupos de discusión, observación, historias de vida, etcétera. En esta Tesis Doctoral nos centraremos en describir los grupos de discusión debido a que ha sido el procedimiento elegido para la recogida de datos.

Los grupos de discusión consisten en reunir a un reducido grupo de participantes con el objetivo de mantener una discusión sobre una temática específica (Barbour, 2005). Los grupos de discusión facilitan la interacción, la comunicación y el intercambio de perspectivas y opiniones entre los diferentes miembros del grupo. Además, esta interacción entre los componentes del grupo propicia que emerjan gran diversidad de contenidos que deben ser tenidos en cuenta en el análisis cualitativo (Barbour y Kitzinger, 1999). Sin embargo, los grupos de discusión no están exentos de debilidades durante el procedimiento de recogida de datos. Así, que dentro del grupo haya un líder que homogenice el discurso o que existan participantes que no expresan su opinión son algunas de las debilidades que pueden surgir en el uso de esta metodología. Además, no se pueden obviar los prejuicios, opiniones o características personales en el análisis del discurso para realizar una interpretación cautelosa de los resultados y del potencial impacto de la intervención (Williams y Neville, 2017). A pesar de estas debilidades, los grupos de discusión son considerados como una de las metodologías más eficaces desde la perspectiva cualitativa para recoger datos, responder y profundizar en una temática concreta de estudio, como puede ser, la percepción de los y las participantes sobre una intervención específica (Barbour y Kitzinger, 1999).

Asimismo, además de los criterios generales de calidad de los estudios cualitativos, deben desarrollarse indicadores específicos que aseguren la calidad de los análisis de datos. En función del procedimiento seleccionado para el análisis cualitativo, por ejemplo, el análisis temático (Braun y Clarke, 2006) o la teoría fundamentada (Strauss y Corbin, 1998), deben desarrollarse diferentes estrategias para garantizar la rigurosidad de los datos. Así, la triangulación interdatos, la saturación teórica, el contraste de resultados entre diversos investigadores, o la consideración de los casos negativos son algunos de los principales supuestos que deben considerarse desde el análisis cualitativo (Creswell, 2007; Strauss y Corbin, 1998).

En conclusión, podemos decir que la metodología cualitativa presenta indudables ventajas para el análisis en profundidad de determinados temas en los que interesa dar voz activa a los y las participantes y recoger sus percepciones y opiniones. Actualmente, se apuesta por la complementariedad entre los datos cuantitativos medidos de modo objetivo y la riqueza que la metodología cualitativa puede aportar a cualquier objeto de estudio. Así, aplicar métodos mixtos en la evaluación de eficacia de intervenciones específicas permite una comprensión más holística de los diversos elementos implicados tanto en el proceso de implementación como en los resultados obtenidos. Finalmente, consideramos relevante que siempre que se desarrollen métodos cualitativos se tengan en consideración los diferentes criterios de calidad para favorecer la mayor rigurosidad e impacto posible de los resultados obtenidos.

2.2. Intervenciones familiares con adolescentes con comportamientos problemáticos

Una vez descritos los criterios de calidad que deben cumplir las intervenciones basadas en evidencias, a continuación presentamos las principales intervenciones familiares que han alcanzado mayor evidencia empírica (Carr, 2014; Sydow, Retzlaff, Beher, Haun y Schweitzer, 2013). Así, en este apartado explicitaremos las principales características de la implementación de estas intervenciones y presentaremos su impacto en familias con adolescentes con comportamientos problemáticos.

A lo largo del Capítulo 1 hemos mostrado la importancia que tiene la familia como factor de protección o riesgo para la presencia y mantenimiento de comportamientos problemáticos (Frías-Armenta et al., 2003). De hecho, diferentes teorías como la teoría familiar sistémica o la teoría bioecológica enfatizan la importancia de las relaciones y dinámicas familiares para el desarrollo adolescente (Bronfenbrenner, 2000; Minuchin y Fishman, 1981). Por tanto, considerando la influencia significativa del contexto familiar en el desarrollo adolescente y las consecuencias negativas cuando el contexto familiar no garantiza el bienestar y desarrollo positivo de chicos y chicas, resulta imprescindible desarrollar recursos e intervenciones específicas para aquellas familias en las que padres y madres tienen dificultades para supervisar el comportamiento de sus hijos e hijas

adolescentes (Carr, 2014; Rodrigo, et al., 2012). De hecho, Sexton y colaboradores (2011) evidenciaron que los tratamientos focalizados en el síntoma –en este caso, los comportamientos problemáticos– pueden reducir inicialmente la conducta sintomática, pero si no se interviene en las relaciones familiares, los comportamientos conflictivos podrían reaparecer.

Históricamente se han propuesto numerosas actuaciones promovidas desde el ámbito de intervención familiar dirigido a familias con adolescentes con comportamientos problemáticos. A pesar de la diversidad de tratamientos e intervenciones, parecen existir aspectos comunes entre ellos. Primeramente, se enfatiza la participación de todos los miembros del sistema familiar. Segundo, la intervención se focaliza en la dinámica y en las relaciones familiares. Esto conlleva una redefinición previa de la problemática –la conducta conflictiva de los adolescentes– que deja de ser vista como una problemática individual del adolescente, pasando a definirse como una situación de dificultad en el funcionamiento y la dinámica familiar. Tercero, la finalidad de la intervención incluye objetivos que debe lograr el sistema familiar con la participación de todas y todos los miembros de la familia. Cuarto, en cada sesión se trabaja sobre las interacciones familiares disfuncionales para que los miembros de la familia desarrollen otras alternativas relacionales. Quinto, a nivel general, se pretende mejorar el vínculo entre todos los miembros de la familia, mejorar las prácticas educativas de padres y madres, facilitar la resolución de conflictos e incrementar la comunicación entre adolescentes y progenitores. Sexto, las intervenciones deben realizarse teniendo en cuenta las propias fortalezas y recursos de la familia. Y séptimo, se tiene en cuenta el contexto ecológico en el que la familia se desarrolla y en el que se manifiesta la conducta (Becker y Curry, 2008; Henggeler y Sheidow, 2012; Rodrigo et al, 2012).

A continuación, se exponen las principales intervenciones familiares que han mostrado resultados positivos en familias con adolescentes con comportamientos problemáticos. Concretamente, podemos hablar de dos propuestas basadas en evidencias según el reconocimiento de Blueprints for Healthy Youth Development: *Functional Family Therapy* (FFT; Sexton, 2011), y la *Multisystemic Therapy* (MST; Henggeler et al., 2009), y una intervención reconocida por la California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare: *Multidimensional Family Therapy* (MDFT; Liddle, 1999). Hoy día estas tres actuaciones son consideradas las intervenciones específicas de referencia para

intervenir con adolescentes que exhiben comportamientos problemáticos, agresivos, violentos e incluso delictivos.

- *Functional Family Therapy* (FFT; Sexton, 2011). La FFT es una intervención familiar basada en principios de la terapia familiar sistémica y cuya finalidad es modificar las relaciones familiares. La FFT ha sido elaborada para adolescentes con conductas problemáticas y antisociales de edades comprendidas entre los 11 y 17 años. En la FFT es necesaria la implicación de padres y madres durante las sesiones del tratamiento, trabajando al mismo nivel y con la misma intensidad durante el proceso terapéutico que con los adolescentes. Además, en las sesiones familiares de la FFT se utilizan técnicas conductuales como refuerzos y contingencias. Asimismo, una de las características fundamentales de la FFT es que cuenta con un manual del tratamiento que identifica los componentes centrales de la intervención y facilita la fidelidad y replicabilidad del tratamiento (Sexton, 2011; Sexton, 2009).

La FFT tiene en especial consideración los factores de riesgo y protección que protegen o precipitan la manifestación de comportamientos problemáticos adolescentes (Datchi y Sexton, 2013). Concretamente, la aplicación de la FFT tiene una duración aproximada de tres meses y se divide en tres fases: compromiso y motivación, cambio conductual y generalización del comportamiento. El objetivo de la primera fase es la construcción de la alianza terapéutica entre el profesional y los miembros de la familia. En esta fase es importante tener en cuenta posibles resistencias de los participantes. Durante la segunda fase de cambio conductual, se pretende modificar los patrones conductuales de los distintos miembros de la familia para reducir los conflictos familiares y los comportamientos problemáticos. Generalmente en esta fase se trabaja el rol parental, la resolución de problemas, la adquisición de habilidades para la gestión de conflictos y la construcción de alternativas a los patrones disfuncionales de relación entre padres, madres y adolescentes. Finalmente, en la fase de generalización, las familias aprenden a consolidar los cambios positivos, a generalizar las conductas prosociales adquiridas en otros contextos y a utilizar los recursos comunitarios (Datchi y Sexton, 2013; Sexton, 2009; Sexton y Alexander, 2005).

Las evaluaciones de impacto de la FFT han puesto de manifiesto, a nivel general, la mejora de la comunicación familiar, la reducción de los conflictos familiares, la mejora del funcionamiento familiar, el incremento de las habilidades parentales, la mejora del bienestar emocional de los y las adolescentes y la reducción de sus comportamientos

conflictivos tras la intervención, tanto en la familia como en la escuela (Celinska, Furrer y Cheng, 2013; Robbins et al., 2016). Concretamente, en una intervención realizada con adolescentes con conductas de riesgo y conductas delictivas en la que fue implementada la FFT (Celinska, Cheng y Virgil, 2015), padres y madres mencionaron –en la evaluación cualitativa– cambios positivos en los comportamientos de chicos y chicas. Específicamente, revelaron menos conductas conflictivas en sus hijos e hijas tras la intervención. No obstante, cuando fueron comparados los cambios informados por los padres y las madres y los percibidos por las y los adolescentes, se encontró que los progenitores informaron de más cambios positivos que los adolescentes. Padres, madres y adolescentes coincidieron en la existencia de cambios en los patrones de comunicación familiar, especialmente desde la perspectiva de los adolescentes. Además, un alto porcentaje de adolescentes señaló la importancia de la FFT para hablar de los problemas que tenían en casa y en la escuela. Por su parte, los progenitores señalaron que la mejora de la comunicación familiar había provocado una mayor cercanía en la relación con sus hijos e hijas. En Europa también se ha contrastado la eficacia de la FFT. Por ejemplo, en intervenciones realizadas en Suecia, la FFT ha mostrado su eficacia para reducir los comportamientos externalizantes de adolescentes tanto a corto como a largo plazo (Hansson, Cederblad y Hook, 2000). Finalmente, las evidencias disponibles muestran que los resultados de eficacia son más positivos cuando el terapeuta muestra gran fidelidad y adherencia a los principios teóricos y metodológicos de la FFT (Sexton y Turner, 2010).

- *Multisystemic Therapy* (MST; Henggeler et al., 2009). La MST es una intervención intensiva en el hogar y en la comunidad para jóvenes que muestran comportamientos violentos y antisociales. En la MST se trabaja desde el modelo sistémico-ecológico y se incluyen en la intervención, además del contexto familiar, a los contextos más significativos en el desarrollo adolescente. Desde la MST se entienden las conductas conflictivas del adolescente en función del riesgo existente en diferentes contextos: familiar, escolar, relativo a los iguales, etcétera. Aunque desde la MST se interviene en los contextos que pueden estar actuando como escenarios de riesgo para el chico o la chica, es especialmente relevante la intervención familiar con la finalidad de fortalecer las competencias parentales. A nivel social, la intervención con los iguales se focaliza especialmente en que la o el adolescente reduzca su contacto con grupos de iguales que presenten conductas de riesgo. En síntesis, la MST pretende cambios individuales en las y los adolescentes y cambios en sus diferentes contextos de desarrollo:

familia, iguales, escuela, así como en las relaciones entre sus padres y madres. En este tratamiento la o el terapeuta está disponible 24 horas del día por si el adolescente o la familia lo demanda, y la duración se sitúa entre tres y cinco meses (Henggeler et al., 2009).

Existen numerosas evidencias procedentes de estudios rigurosos de eficacia que muestran el impacto positivo de la MST en adolescentes con comportamientos problemáticos (Henggeler y Sheidow, 2012). De hecho, además de la plataforma Blueprints, la MST también es reconocida como un tratamiento con el máximo nivel de evidencia por otra reconocida plataforma como es The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC). A nivel general, los resultados en las evaluaciones de eficacia de la MST muestran que las y los adolescentes participantes en la intervención reducen sus comportamientos antisociales, así como mejoran su bienestar emocional, las relaciones con sus iguales y su rendimiento académico (Asscher et al., 2014; Henggeler y Sheidow, 2012; Xuan y Restrepo, 2017). La MST también ha sido aplicada en familias con violencia intrafamiliar y menores con comportamientos problemáticos en las que se ha obtenido una reducción del estrés parental y un mejor ajuste psicológico de chicos y chicas (Swenson, Schaeffer, Henggeler, Faldowski, y Mayhew, 2010). Asimismo, en otros contextos diferentes al norteamericano, como en los Países Bajos y en Noruega, la MST ha demostrado su eficacia para reducir los problemas externalizantes de los y las adolescentes (Asscher et al., 2014; Ogden y Hagen, 2006). Finalmente, al igual que ocurre con la FFT, parece que la reducción de comportamientos conflictivos y antisociales viene mediada por una mayor implicación de los progenitores en el establecimiento de normas y en la supervisión de la conducta adolescente, así como por el abandono del grupo de iguales de riesgo (Henggeler et al., 2009; Henggeler y Sheidow, 2012).

Existen otras intervenciones familiares con adolescentes que presentan conductas conflictivas que han mostrado buenos resultados. Aunque los niveles de evidencias alcanzados en este momento no nos permitan hablar de prácticas basadas en evidencias reconocidas por la totalidad de las plataformas, creemos importante describir algunas de estas intervenciones, así como sus principales resultados e implicaciones para la intervención con adolescentes con comportamientos problemáticos. Entre estas intervenciones destacan:

- *Multidimensional Family Therapy* (MDFT; Liddle, 1999). La MDFT es un tratamiento ampliamente implementado en Estados Unidos, habitualmente, aunque no necesariamente, en el contexto judicial con adolescentes con problemas conductuales como adicciones y abuso de sustancias, y que también presentan comportamientos problemáticos. Este tratamiento está basado en los principios de la terapia familiar sistémica. La MDFT tiene el objetivo de mejorar las habilidades parentales y disminuir los comportamientos problemáticos de sus hijos e hijas adolescentes mediante la promoción de sus habilidades socioemocionales y la mejora de sus relaciones en otros contextos, especialmente el relativo a los iguales y el escolar (Liddle, 1999). En la MDFT se realizan sesiones individuales con el o la adolescente, con los progenitores, y familiares con el adolescente y sus padres. En estas sesiones se abordan contenidos como las prácticas parentales, las estrategias familiares para solucionar conflictos, los procesos de comunicación y la regulación emocional. La intervención puede durar entre tres y seis meses, y se implementa con una periodicidad de una a tres sesiones semanales en función de las necesidades familiares y del adolescente. La MDFT cuenta con un manual que guía el proceso de implementación.

La MDFT es un tratamiento reconocido con el máximo nivel de evidencia por la plataforma CEBC. Los principales resultados de eficacia de la MDFT revelan la reducción de las conductas de riesgo de las y los adolescentes participantes, de sus niveles de estrés, de sus relaciones con otros iguales problemáticos, así como una mejora de su rendimiento académico, del funcionamiento familiar y de las relaciones familiares (Liddle, Rowe, Dakof, Henderson y Greenbaum, 2009; Schaub et al., 2014).

- *The Family Check-up* (FCU; Dishion y Stormshak, 2006). Es una intervención impulsada desde el Instituto Científico de la Prevención de la Universidad de Oregon para jóvenes con riesgo de presentar conductas problemáticas o que ya hayan manifestado estas conductas. En la FCU se proponen sesiones familiares de intervención. En concreto, se trata de tres sesiones de evaluación de la familia, del adolescente y de sus interacciones, tras las que el profesional ofrece a las familias una retroalimentación sistematizada sobre las fortalezas y debilidades observadas. Las sesiones de evaluación se realizan en casa de las familias y pueden ir acompañadas de grabaciones digitales. Tanto la evaluación como la retroalimentación dada a las familias se sustenta en un protocolo estructurado. Tras la retroalimentación, se les ofrece a las familias diversos recursos psicoeducativos o terapéuticos en función de su situación de necesidad. Por

tanto, la FCU tiene el objetivo de que las familias identifiquen sus fortalezas y debilidades con la finalidad de aumentar su motivación para mejorar habilidades parentales como la comunicación, el establecimiento de normas, y la implicación parental, que promuevan relaciones y actividades de calidad entre los progenitores y sus hijos e hijas (Dishion y Stormshak, 2006).

Este programa cuenta con evidencias positivas sobre su impacto. En comparaciones con un grupo control, los adolescentes involucrados en la FCU mostraron menos comportamientos antisociales, un mayor ajuste en sus relaciones con los iguales y un mejor rendimiento académico. En relación con los progenitores, la FCU parece promover la implicación de los progenitores en el establecimiento de normas a sus hijos e hijas. Además, los resultados apuntan a una reducción de los conflictos familiares. Finalmente, los resultados obtenidos muestran que las prácticas parentales positivas de padres y madres y el abandono de amistades conflictivas parecen mediar la reducción de los comportamientos problemáticos y antisociales de los y las adolescentes implicados en la FCU (Stormshak, Connell y Dishion, 2009; van Ryzin y Dishion, 2012).

2.3. Intervenciones individuales con adolescentes con comportamientos problemáticos

Además de las intervenciones familiares, existen otras modalidades de intervención con adolescentes que exhiben comportamientos problemáticos. Históricamente, las intervenciones individuales han sido una de las modalidades de tratamiento más utilizadas con estos chicos y chicas. A pesar de que en esta Tesis Doctoral se describe y evalúa una intervención de naturaleza grupal y familiar, nos parece relevante explicitar las principales actuaciones que cuentan con mayores evidencias en la intervención individual con adolescentes con conductas problemáticas.

Clásicamente, la terapia cognitiva-conductual ha sido el modelo más empleado y evaluado en la intervención individual con adolescentes con problemas de conducta (Southam-Gerow y Kendall, 2006). Específicamente, la terapia cognitivo-conductual pretende eliminar las conductas inadecuadas mediante procesos de contingencia (castigos) o extinción, y reforzar las conductas prosociales alternativas a la conducta

problemática exhibida. Desde este modelo se emplean técnicas conductuales como el moldeamiento, la extinción, el reforzamiento diferencial y el contrato conductual, y técnicas cognitivas como la reestructuración cognitiva para cambiar el modo en el que los y las adolescentes perciben e interpretan las situaciones (Larroy, 2007). Siguiendo estos principios, desde la terapia cognitivo-conductual se implementan estrategias estructuradas para lograr la modificación de las conductas, los pensamientos y de las emociones de niños, niñas y adolescentes (Kendall, 2006). En el trabajo con adolescentes con comportamientos problemáticos estas estrategias se refieren a identificar los antecedentes y las consecuencias de las conductas problemáticas, a aprender estrategias para reconocer y regular la ira, a adquirir habilidades para la resolución de problemas, a realizar reestructuraciones cognitivas, y a propiciar el modelaje y el reforzamiento de conductas alternativas a las problemáticas (Paz y Carrasco, 2006; Sukhodolsky, Smith, McCauley, Ibrahim y Piasecka, 2016).

La terapia cognitivo-conductual ha mostrado su eficacia en la intervención con chicos y chicas que presentan comportamientos agresivos y problemáticos (Hogue, Dauber, Stambaugh, Liddle y Cecero, 2006; Sukhodolsky et al., 2016). Específicamente, se han obtenido resultados positivos de actuaciones específicas con estos adolescentes. Entre estas actuaciones destaca el entrenamiento en el control de la ira (Beck y Fernández, 1998; Sukhodolsky et al., 2016). Esta intervención tiene el objetivo de mejorar la regulación emocional y los déficits sociales y cognitivos de chicos y chicas agresivos (Paz y Carrasco, 2006; Sukhodolsky et al., 2016). En adolescentes con conductas problemáticas esta intervención ha mostrado resultados positivos para reducir el grado y la expresión de ira y para aumentar el autocontrol (Deffenbacher, Lynch, Oetting y Kemper, 1996). Asimismo, otra intervención cognitivo-conductual que también ha mostrado efectos positivos ha sido el entrenamiento en habilidades para la resolución de problemas (Nangle, Erdley y Carpenter, 2002). Desde esta propuesta de intervención se pretende que el individuo optimice los procesos cognitivos subyacentes a la ejecución de toma de decisiones funcionales en las interacciones sociales (Dodge, 2003; Sukhodolsky et al., 2016). Los resultados de eficacia del empleo de esta intervención en chicos y chicas con comportamientos problemáticos revelan la importancia de entrenar la toma de decisiones, los procesos de atención, la evaluación de las consecuencias de los actos, la asertividad y las conductas prosociales como comportamientos alternativos a la

manifestación de conductas violentas o agresivas en las interacciones sociales (Losel y Beelmann, 2003; Paz y Carrasco, 2006).

El entrenamiento en habilidades sociales es otra actuación ampliamente utilizada desde la terapia cognitivo-conductual cuando aparecen problemas de agresividad y violencia en los individuos (Paz y Carrasco, 2006). Desde este enfoque se afirma que las conductas problemáticas se deben a un déficit en las habilidades sociales de los individuos, y en el caso de los y las adolescentes, a la incapacidad para relacionarse funcionalmente con sus iguales (Paz y Carrasco, 2006). En la promoción de habilidades sociales se emplean técnicas específicas como el modelado y el role-playing. Los resultados de eficacia de los estudios con adolescentes con conductas problemáticas muestran que estas actuaciones desde este enfoque incrementan habilidades específicas como la asertividad y que, a nivel general, los y las adolescentes mejoran su ajuste conductual (Elder, Edelstein y Narick 1979; Thompson, Bundy y Broncheau, 1995; Sukhodolsky, Kassinove y Gorman, 2004). Finalmente, nos gustaría destacar la importancia del entrenamiento en auto-instrucciones de Meichenbaum y Godman (1971). Esta propuesta de intervención consiste en enseñar a los y las adolescentes una serie de instrucciones que permitan guiar su comportamiento, en este caso, desarrollar conductas prosociales. En concreto, la aplicabilidad de esta estrategia tiene cuatro fases: preparación para la tarea o situación mediante la evaluación de las demandas de la situación y la planificación de la acción, confrontación para controlar sus emociones cuando se genere la situación conflictiva, afrontamiento de la activación emocional mediante auto-instrucciones, y auto-reforzamiento una vez finalizada la situación. Los resultados muestran que el entrenamiento en auto-instrucciones facilita el desarrollo de conductas prosociales y el control de la impulsividad (Snyder y White, 1979; Sussman, Dent, Craig, Ritt-Olsen y McCuller, 2002). Es importante señalar que a pesar de que estas estrategias fueron en un primer momento elaboradas para la intervención individual con adolescentes, hoy en día es común encontrar programas multi-componentes y grupales con adolescentes que combinan el uso de diferentes estrategias cognitivo-conductuales (Paz y Carrasco, 2006; Treadwell y Dartnell, 2017). Debido al auge de las intervenciones grupales, a continuación, presentamos una descripción sobre la importancia e implicaciones de las intervenciones grupales, así como aplicaciones específicas de experiencias de intervenciones grupales con adolescentes con comportamientos problemáticos.

2.4. Intervenciones grupales con adolescentes con comportamientos problemáticos

Entre las recomendaciones de la Academia Americana de Psiquiatría del Niño y Adolescente (AACAP; 2009) sobre la intervención con menores con comportamientos problemáticos, se encuentra la combinación de tratamientos individuales con intervenciones grupales. Las intervenciones grupales consisten en la participación de un grupo de personas con una situación problemática similar en una intervención especializada, dando lugar a continuas interacciones entre los participantes del grupo en relación con la problemática específica para conseguir unos objetivos específicos con la ayuda de al menos un profesional especializado que coordina y dirige el grupo (Tracy y Wallace, 2016). Yalom y Leszcz (2005) definieron 12 factores terapéuticos relevantes en todo proceso de intervención grupal. En concreto, estos autores señalaron como factores terapéuticos: (1) la universalidad: las y los participantes en un grupo conocen a otras personas con la misma situación problemática y con similares pensamientos y sentimientos; (2) el altruismo: a la vez que se pretende la mejora de uno mismo en un grupo se producen mecanismos de ayuda para que los otros aprendan; (3) la esperanza: cuando una persona observa una mejora en un igual con la misma problemática supone un estímulo instigador para la motivación del cambio de la propia persona; (4) la oportunidad de recrear y modificar las dinámicas disfuncionales familiares con la ayuda de los otros miembros del grupo y del profesional que lo coordina; (5) el desarrollo de técnicas de socialización: el grupo en sí es un medio que facilita la adaptabilidad de los integrantes y los procesos de comunicación efectivos; (6) la imitación conductual: la observación de los otros miembros del grupo favorece el autoconocimiento y el desarrollo personal; (7) la coherencia: sentimientos positivos de confianza y unión que se desarrollan en el grupo por el hecho de pertenecer al grupo; (8) factores de atribución: los miembros del grupo aceptan su responsabilidad para tomar decisiones con respecto a su vida; (9) la catarsis de los participantes como mecanismo de cambio cuando se produce la liberación emocional y se comparten experiencias pasadas y presentes no resueltas; (10) el aprendizaje interpersonal recibido: un participante recibe feedback sobre su situación de los otros integrantes del grupo; (11) el aprendizaje interpersonal ofrecido: cada miembro

del grupo construye un clima que permite a los otros integrantes interactuar en un ambiente seguro y adaptativo; y (12) la comprensión de uno mismo: los individuos obtienen información sobre las motivaciones psicológicas que subyacen a sus conductas y reacciones emocionales.

En esta línea, Burlingame, Strauss y Joyce, (2013) exponen que las intervenciones grupales pueden ser tan eficientes como las individuales. De hecho, las intervenciones grupales suponen un importante beneficio en los costes de implementación debido al efecto multiplicador del grupo y la posibilidad de conseguir cambios simultáneos en diferentes personas. No obstante, en las intervenciones grupales también pueden aparecer dificultades durante el proceso de implementación. En primer lugar, es importante garantizar que la problemática que presenten los integrantes del grupo y su motivación por involucrarse en un proceso terapéutico sea similar. Además, a pesar de que se busca una homogeneidad entre los participantes del grupo es necesario garantizar cierta heterogeneidad intragrupo para contar con diferentes perspectivas individuales, y diversos estilos personales y recursos. Asimismo, las intervenciones grupales con adolescentes con comportamientos problemáticos han mostrado en ocasiones efectos negativos e iatrogénicos debido a la retroalimentación y refuerzo de los comportamientos conflictivos entre los adolescentes participantes. En estos casos, las y los adolescentes encuentran en el grupo otros iguales cómplices en la manifestación de comportamientos conflictivos (Macgowan y Wagner, 2005; Weiss et al., 2005). Por tanto, uno de los principales retos en la intervención grupal es delimitar las características de los miembros del grupo y realizar un adecuado trabajo de derivación (Asociación Americana de Psicoterapia de Grupo, 2007).

En segundo lugar, las relaciones que se originan dentro del grupo pueden favorecer o perjudicar el proceso terapéutico. Para ello, es fundamental promover la cohesión entre los integrantes del grupo y la alianza terapéutica de los participantes con el profesional, en ambos casos, mecanismos mediadores de la eficacia de la intervención (Friedlander, Escudero, Heatherington y Diamond, 2011; Martín, Garske y Davis, 2000). Finalmente, ha sido evidenciado que en ocasiones emergen ciertas resistencias individuales y grupales que el profesional responsable del grupo debe saber solucionar durante en el proceso de intervención. Así, uno de los aspectos que tiene más incidencia negativa sobre el proceso de intervención es que los participantes dejen de acudir a las sesiones grupales (Yalom y Leszcz, 2005).

En definitiva, y a pesar de estas dificultades, son indudables y ampliamente reconocidos los efectos positivos de las intervenciones grupales. Para ello, es indispensable que las y los participantes se encuentren motivados, que presenten una problemática similar pero que a la vez difieran en sus recursos personales, y que el profesional construya un clima de cohesión y alianza terapéutica con los integrantes del grupo con el objetivo de maximizar los factores terapéuticos (The American Group Psychotherapy Association, 2007; Yalom y Leszcz, 2005).

Las intervenciones grupales es una de las posibles modalidades de intervención para el tratamiento de adolescentes con diversos comportamientos problemáticos. No obstante, actualmente es reducido el número de intervenciones de modalidad grupal con adolescentes con comportamientos problemáticos que hayan mostrado suficientes evidencias para hablar de intervenciones al menos prometedoras. A continuación, presentamos la intervención grupal con mayores evidencias empíricas en el trabajo con adolescentes con comportamientos problemáticos:

- *Aggression Replacement Training* (ART; Glick y Gibbs, 2011). Se trata de una intervención cognitivo-conductual grupal con adolescentes de edades comprendidas entre los 12 y 17 años que presentan comportamientos conflictivos y agresivos. En total, se realizan 30 sesiones grupales durante 10 semanas en las que se trabaja sobre tres componentes con técnicas cognitivas-conductuales: el entrenamiento en habilidades sociales, el entrenamiento en el control de la ira, y el entrenamiento en el razonamiento moral. Las sesiones tienen una hora de duración y cada semana se debe trabajar una hora de cada contenido.

Desde la CEBC se considera al programa ART como una intervención prometedora que presenta un manual estructurado y sobre la que se han reportado algunos resultados de eficacia, si bien, aún no se tienen suficientes hallazgos empíricos para hablar de tratamiento basado en la evidencia (Glick y Gibbs, 2011). Específicamente, comparando adolescentes participantes en el programa ART y un grupo de control, se encontró que las y los adolescentes beneficiarios de la intervención consiguen un decremento de los niveles de ira, de la agresión física, y de la hostilidad, así como un incremento de las habilidades sociales, las estrategias para solucionar problemas y del control de la ira (Gundersen, y Svartdal, 2006; Kaya y Buzlu, 2016).

2.5. Intervenciones y programas de formación para padres y madres de adolescentes con comportamientos problemáticos

Con una aproximación generalmente psicoeducativa, se han desarrollado iniciativas de intervención con padres y madres de adolescentes con comportamientos problemáticos. A nivel general, estas propuestas tienen como objetivo que padres y madres adquieran competencias parentales para reducir, de modo indirecto, los comportamientos conflictivos adolescentes. Estos programas de formación para padres y madres parten de la premisa de que las prácticas parentales están implicadas en el mantenimiento de las conductas problemáticas de sus hijos e hijas (Lundahl, Risser, y Lovejoy, 2006). A continuación, se presentan algunas de las intervenciones de este tipo que cuentan con resultados positivos, e incluso en algunos casos, con el máximo nivel de evidencia posible:

- *GenerationPMTO* (Forgatch y Patterson, 2010). Desde la plataforma Blueprints for Healthy Youth Development y The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare consideran al *GenerationPMTO* como un programa estructurado de intervención que ha alcanzado el máximo nivel de evidencia. En concreto, *GenerationPMTO* es un programa de formación para padres y madres de menores de entre 3 y 18 años que exhiben comportamientos conflictivos. Este programa puede aplicarse grupal o individualmente, y su finalidad es que los progenitores mejoren habilidades parentales relacionadas con el establecimiento de normas, la resolución de conflictos, el establecimiento de incentivos, el ocio compartido, la comunicación, o la identificación y regulación de emociones para reducir los comportamientos conflictivos de chicos y chicas. El aprendizaje de estas habilidades parentales se realiza mediante técnicas como el modelado, el role-playing, las instrucciones didácticas y las tareas para casa. El número de sesiones puede variar entre 6 y 25 en función del carácter grupal o individual de la aplicación, del nivel de conflictividad que presente el menor y de las necesidades de la familia (Forgatch y Patterson, 2010; Martinez y Eddy, 2005). Recientemente, se ha habilitado una versión online que establece ocho sesiones de intervención (Rabbitt et al., 2016).

El programa *GenerationPMTO* muestra resultados de eficacia muy positivos en diferentes contextos socioculturales: con progenitores y adolescentes americanos, latinos, de países del norte de Europa y con familias inmigrantes asiáticas y africanas (Bjørknes

y Manger, 2012; Kjobli y Ogden, 2012; Martinez y Eddy, 2005; Rabbitt et al., 2016). Con respecto a los padres y las madres, los resultados muestran un desarrollo de la parentalidad más positivo a corto plazo que también se mantiene a largo plazo. En concreto, parece que padres y madres refuerzan en mayor medida las conductas positivas de sus hijos e hijas, son más consistentes en las prácticas disciplinarias y utilizan menos prácticas coercitivas (Bullard et al., 2010; Kjobli y Ogden, 2012; Martinez y Eddy, 2005). En relación con los chicos y las chicas, y a pesar de que no se interviene directamente con ellos y ellas, parece existir un decremento de las conductas externalizantes y de los comportamientos problemáticos tanto a corto como a largo plazo (Bjørknes y Manger, 2012; Martinez y Eddy, 2005; Martinez y Forgatch, 2001). Nos gustaría destacar la investigación llevada a cabo por Martinez y Eddy (2005) con grupos de padres y madres latinas de adolescentes con conductas problemáticas. Estos investigadores realizaron una adaptación del programa a población de habla hispana. Los resultados revelaron que, en comparación con el grupo control, los padres y las madres participantes en la intervención mejoraron sus prácticas parentales generales como la negociación, la comunicación, la resolución de conflictos utilizando estrategias centradas en soluciones y la consistencia en la disciplina mediante el cumplimiento de las contingencias positivas y negativas. De modo similar y positivo, los adolescentes presentaron menos conductas agresivas, menos consumo de sustancias, y en general, menos comportamientos problemáticos.

- *Turning in to kids* (TIK; Havighurst y Harley, 2007). Este programa está destinado a padres y madres con hijos e hijas menores de 18 años que presenten comportamientos disruptivos. Esta intervención puede ser aplicada como programa de prevención selectiva con determinadas familias para reducir los problemas comportamentales de chicos y chicas, o como programa de prevención universal para mejorar las relaciones entre padres y madres y sus hijos e hijas. En ambos casos la intervención se focaliza en que padres y madres adquieran herramientas para mejorar el reconocimiento, la comprensión y la regulación de las emociones propias y la de sus hijos e hijas. El programa TIK tiene una duración de 8 a 10 sesiones semanales (dos horas cada sesión) cuando se implementa con padres y madres que tienen menores con comportamientos problemáticos.

La plataforma CEBC reconoce al programa TIK como un recurso con suficientes evidencias apoyadas científicamente, aunque sin alcanzar hasta el momento el máximo nivel de evidencia. A pesar de que el programa reconoce su aplicación con padres y

madres de adolescentes, la mayoría de estudios de eficacia se centran en progenitores de menores en edad infantil. Estos estudios muestran resultados positivos en el fomento de la empatía de padres y madres, en el manejo de las emociones propias y la de sus hijos e hijas, y en el decremento de las conductas disruptivas de niños y niñas (Duncombe et al., 2016; Havighurst et al., 2013). Recientemente se ha desarrollado una versión específica para padres y madres de adolescentes llamado *Tuning in to Teens* (TINT; Havighurst, Harley, Kehoe y Pizarro, 2012) que incorpora un material complementario sobre el desarrollo adolescente y las posibles respuestas de padres y madres a las nuevas demandas de sus hijos e hijas. Havighurst, Kehoe y Harley (2015) realizaron un análisis de eficacia del programa con padres y madres de adolescentes conflictivos. En comparación con el grupo control, los padres y las madres participantes en el programa TINT mostraron una mayor capacidad de autorregulación emocional y del control de impulsos, así como más estrategias educativas centradas en la emoción. Además, los progenitores que participaron en este programa informaron de una disminución de los conflictos familiares y las conductas problemáticas de los y las adolescentes (Havighurst et al., 2015).

- *Connect: an attachment-based program for parents and caregivers* (Moretti, Pasalich, y O'Donnell, 2017). Este programa manualizado está destinado a padres y madres de preadolescentes y adolescentes de entre 8 y 19 años que presentan comportamientos problemáticos y que también pueden presentar problemas internalizantes. La finalidad del programa es la reducción de los comportamientos problemáticos exhibidos por los y las adolescentes, el incremento de la satisfacción parental y la promoción de un vínculo seguro entre progenitores y adolescentes. Se realizan 10 sesiones grupales con los progenitores de hora y media de duración. A través de juegos de roles y de discusiones grupales, padres y madres reflexionan sobre diferentes componentes del apego en la relación con sus hijos e hijas, y trabajan sobre las habilidades parentales necesarias para garantizar un apego seguro. Entre otros aspectos, se interviene sobre la capacidad de padres y madres para regular sus emociones y las de sus hijos e hijas, sobre la sensibilidad parental para responder a las necesidades surgidas en la adolescencia y sobre la capacidad para resolver problemas (Moretti et al., 2017).

Este programa ha sido reconocido como un programa prometedor por la plataforma CEBC. En concreto, los padres y las madres de adolescentes con comportamientos problemáticos participantes en el programa han revelado un

incremento de su competencia parental percibida, de su satisfacción parental, de su salud mental, una mayor reciprocidad y afectos positivos en la relación padres-hijos, mayores niveles de supervisión, y menos comportamientos agresivos hacia sus hijos e hijas como consecuencia de la intervención (Moretti y Obsuth, 2009; Moretti, Obsuth, Maysel, y Scharf, 2012; Osman, Salari, Klingberg-Allvin, Schön, y Flacking, 2017). Con respecto a los y las adolescentes, los progenitores beneficiarios del programa manifestaron que sus hijos e hijas exhibían menos comportamientos externalizantes, mayores niveles de aceptación de la autoridad, y menos agresividad hacia ellos (Moretti, Obsuth, Craig, y Bartolo, 2015; Moretti, et al., 2012; Osman, Flacking, Schön y Klingberg-Allvin, 2017).

- *Parenting Wisely* (PW; Gordon, 2000). Se trata de un programa de formación parental auto-administrado para padres y madres y (pre)adolescentes entre 10 y 18 años de familias con altos niveles de conflictividad. En concreto, *Parenting Wisely* tiene la finalidad de mejorar las relaciones familiares y disminuir la conflictividad familiar y del adolescente. A través de material online, este programa presenta una serie de desafíos que los progenitores y los y las adolescentes deben resolver. A medida que el programa avanza los participantes van recibiendo feedback. Los progenitores y los y las adolescentes pueden afrontar la tarea online con un formato familiar, en un formato grupal, con grupos multifamiliares, o en un formato individual. A pesar de las posibles opciones de formato, el *Parenting Wisely* es conceptualizado como un programa de entrenamiento y formación para padres y madres. De hecho, en el programa se trabajan contenidos como las habilidades comunicativas, la resolución de problemas, la supervisión y disciplina parental o las relaciones con los iguales. Son necesarias entre una y cuatro sesiones para completar el programa (Gordon, 2000).

La plataforma CEBC establece que el *Parenting Wisely* es un programa prometedor con resultados positivos a pesar de no haber alcanzado el máximo nivel de evidencia. En muestras de padres y madres de adolescentes con comportamientos problemáticos y en comparación con un grupo control, el programa ha confirmado su eficacia para aumentar las habilidades parentales, incrementar la satisfacción y la eficacia parental, disminuir los conflictos familiares, y reducir los comportamientos externalizantes y violentos de los y las adolescentes a largo plazo (Cefai, Smith, y Pushak, 2010; Stalker, Rose, Bacallao y Smokowski, 2018).

- *Familias Unidas* (Coatsworth, Pantin y Szapocznik, 2002). Familias Unidas es un programa de formación para padres y madres que surge inicialmente para prevenir y reducir los comportamientos problemáticos de adolescentes hispanos inmigrantes en Norteamérica. Por tanto, Familias Unidas puede aplicarse con carácter selectivo o indicado. El programa consiste en el desarrollo de grupos de padres y madres con el objetivo de que los progenitores adquieran habilidades parentales y construyan una red de apoyo social de habla hispana como factores de protección ante los comportamientos problemáticos de sus hijos e hijas adolescentes. Familias Unidas se basa en una metodología grupal participativa con sesiones semanales de dos horas de duración durante un periodo de tiempo comprendido entre las 6 semanas y los 5 meses (Coatasworth et al., 2002).

La plataforma Blueprints clasifica el programa Familias Unidas como un programa prometedor. Así, una mejora del funcionamiento familiar, una comunicación familiar más positiva, más supervisión parental, y un decremento de los comportamientos de riesgo de los y las adolescentes son algunos de los resultados coincidentes en diversas aplicaciones del programa con padres y madres de adolescentes que presentan riesgo de manifestar conductas problemáticas (Estrada et al., 2015; Pantin et al., 2009; Prado, et al., 2012).

- *Group Teen Triple P – Level 4* (GTTP; Ralph y Sanders, 2003). Se trata de un programa grupal psicoeducativo de formación para padres y madres, que se implementa generalmente a nivel universal, aunque también se aplica de forma indicada para progenitores con adolescentes con conductas conflictivas. En estos casos, los padres y las madres se forman en las sesiones grupales en diferentes competencias parentales como la adquisición de estrategias para controlar la conducta problemática de los y las adolescentes, el establecimiento de contingencias, la organización de actividades compartidas de ocio compartido, la comunicación, el establecimiento de límites o el establecimiento de contratos de comportamiento con sus hijos e hijas sobre las rutinas diarias. El programa cuenta con un manual de intervención en el que se detallan los contenidos de las ocho sesiones grupales. Estos contenidos abarcan desde aspectos generales como la parentalidad positiva a temáticas específicas como la estructuración de rutinas.

Este programa es considerado actualmente como una intervención con resultados prometedores por la plataforma Blueprints, aunque el número de estudios de eficacia

realizados aún es limitado. En concreto, las evaluaciones del programa revelan cambios familiares, cambios en los padres y las madres tras la intervención, e indirectamente, cambios en los y las adolescentes. Así el programa tiene un impacto positivo para reducir los conflictos familiares, mejorar la cohesión familiar, fomentar la supervisión parental, mejorar los niveles de empatía de los padres y las madres, disminuir la reactividad excesiva de los progenitores, mejorar la percepción de autoeficacia parental, y reducir los comportamientos problemáticos de los y las adolescentes (Chu, Bullen, Farruggia, Dittman y Sanders, 2015; Ralph y Sanders, 2003).

2.6. Grupos multifamiliares con adolescentes con comportamientos problemáticos

Los grupos multifamiliares constituyen una nueva modalidad de intervención que está ganando relevancia en los últimos años. Esta modalidad de intervención aúna los beneficios metodológicos de las intervenciones grupales y de los programas para formación de padres y madres. A nivel metodológico, los grupos multifamiliares consisten en incluir varios sistemas familiares en un grupo para intervenir con ellos conjuntamente. Esta modalidad de intervención no solo tiene un componente psicoeducativo, sino que también presenta un componente terapéutico (Smith y Hall, 2010). McFarlane (2002) propone una buena síntesis de la eficacia de los grupos multifamiliares. Este autor revela que los grupos multifamiliares favorecen la resolución de los problemas, la normalización de la comunicación y la reducción de estigmas entre los miembros de la familia. A nivel general, las intervenciones multifamiliares con adolescentes que presentan diversos problemas comportamentales han demostrado su eficacia para mejorar la comunicación intrafamiliar, facilitar la empatía entre los miembros de la familia, disminuir la percepción de aislamiento social de las familias y reducir las conductas agresivas y problemáticas de los adolescentes (Bacallao y, Smokowski, 2009; Keiley et al., 2015; Liu et al., 2015; Oruche, Draucker, Alkhatab, Knopf y Mazurcyk, 2014).

A continuación, son presentadas diferentes intervenciones multifamiliares que han conseguido resultados positivos en el trabajo con adolescentes con comportamientos problemáticos.

- *Parenting with Love and Limits* (PLL; Sells, 2002; Sells, Smith y Sprenkle, 1995). Este programa trabaja con preadolescentes y adolescente con edades comprendidas entre los 10 y 18 años que presentan conductas problemáticas y de oposición. Asimismo, en la intervención también se incluye a los progenitores de estos chicos y chicas. En concreto, en la intervención se combinan los grupos multifamiliares con sesiones familiares basándose en principios de la terapia familiar estructural, estratégica y sistémica centrada en las emociones. En total, se realizan seis sesiones multifamiliares en las que se emplean técnicas como juegos de roles, discusiones grupales o visualizaciones de vídeos; y entre 4 y 20 sesiones familiares en función de la gravedad de la problemática del adolescente. A nivel general, los objetivos principales son reducir los comportamientos problemáticos de las y los adolescentes, así como enseñar a los progenitores a establecer límites y relaciones afectuosas con sus hijos e hijas. Este programa cuenta con un manual estructurado (Sells, 2002).

El PLL cuenta con resultados positivos de eficacia y con suficientes evidencias empíricas para ser conceptualizado como un programa basado en evidencias según la CEBC (Sells, 2002). Los adolescentes participantes en el PLL presentan menos comportamientos externalizantes y agresivos tras la intervención al ser comparados con un grupo control (Baruch, Vrouva y Wells, 2011; Sells, Early y Smith, 2011; Sterrett-Hong, Karam, y Kiaer, 2017). Con respecto a los progenitores, destaca la mejora en los estilos de comunicación y de las relaciones familiares, que a su vez parecen promover cambios positivos en las y los adolescentes (Sells, et al., 2011).

- *Strengthening Families Program: for Parents and Youth 10-14* (SFP 10-14) (Kumpfer, Molgaard y Spoth, 1996). Este programa de modalidad multifamiliar está dirigido a familias con (pre)adolescentes con comportamientos problemáticos o a familias con adolescentes que empiezan a exhibir conductas de riesgo. En concreto, se trata de siete sesiones de intervención de dos horas de duración por cada sesión. En la primera hora el grupo de padres y madres trabaja de forma independiente del grupo de adolescentes. Posteriormente, los progenitores y los y las adolescentes se unifican en un mismo grupo. La finalidad de la intervención es promover factores de protección a nivel familiar que reduzcan los riesgos de que los y las adolescentes manifiesten (o sigan

manifestando) conductas problemáticas. En concreto, entre los objetivos principales de la SFP 10-14 se encuentran la mejora de habilidades para la resolución de conflictos, la mejora de las prácticas parentales, el manejo de emociones, la manifestación de una comunicación intrafamiliar efectiva, la realización de actividades de ocio en familia o la mejora de las habilidades sociales de los iguales. La visualización de videos y el role-playing son algunos de los recursos técnicos que la SFP 10-14 emplea durante la intervención.

El SFP 10-14 se ha confirmado como una intervención prometedora reconocida por la plataforma Blueprints. Concretamente, los resultados de eficacia en estudios cuantitativos aleatorizados y en estudios cualitativos evidencian el impacto del programa para reducir los comportamientos problemáticos y de riesgo de los y las (pre)adolescentes, y para incrementar sus conductas prosociales (Coombes, Allen, Marsh y Foxcroft, 2009; Kumpfer, Fenollar y Jubani, 2013; Kumpfer y Magalhães, 2018; Spoth, Redmond, Shin y Azevedo, 2004). Así, en relación con los padres y las madres, la SFP 10-14 confirma su eficacia para mejorar la comunicación, el manejo de emociones, la supervisión parental, la cohesión familiar, y definitiva, mejorar la calidad de vida familiar (Coombes et al., 2009; Coombes, Allen y Foxcroft, 2012; Kumpfer y Magalhães, 2018).

Finalmente, presentamos una intervención que, a pesar de no contar con numerosos estudios de eficacia, resulta de interés para este trabajo dado que presenta un encuadre metodológico similar a la intervención objeto de estudio de esta disertación.

- *Entre dos mundos* (Bacallao y Smokovsky 2005). Se trata de una intervención multifamiliar basada en el enfoque psicodramático destinada a adolescentes en riesgo de exhibir comportamientos problemáticos. La intervención consiste en ocho sesiones que tienen el objetivo de mejorar las relaciones problemáticas entre progenitores y adolescentes mediante el uso de técnicas psicodramáticas. Los resultados de eficacia con familias latinas demostraron que *Entre dos Mundos* facilita una disminución del conflicto familiar, una reducción del comportamiento antisocial y hostil, y un mejor ajuste social de las y los adolescentes participantes en la intervención (Bacallao y Smokovsky, 2009).

Una vez descritos las intervenciones con mayores evidencias para reducir los comportamientos problemáticos de las y los adolescentes y para mejorar sus relaciones

familiares, presentamos la *Scene-Based Psychodramatic Family Therapy* como intervención innovadora en el contexto español. Esta intervención familiar se desarrolla bajo el formato de grupo multifamiliar, si bien, sigue la misma estructura que la SFP 10-14, es decir, en parte de la intervención los adolescentes y los progenitores se encuentran separados, y en parte de la intervención conforman el grupo multifamiliar. Asimismo, esta intervención sigue presupuestos teóricos de la terapia familiar sistémica y de intervenciones familiares basadas en evidencias como la FFT y la MST, combinado con un encuadre psicodramático.

2.7. Scene-Based Psychodramatic Family Therapy

En el año 2010 la Asociación Ponte⁶, formada por profesionales con formación en terapia familiar sistémica y psicodrama, comenzó a implementar un programa de intervención novedoso e innovador en las provincias de Huelva y Sevilla. Esta intervención actualmente se conoce como *Psicoterapia Integrativa Basada en Escenas* (PIBE) en el contexto aplicado y *Scene-Based Psychodramatic Family Therapy* (SB-PFT) en el contexto académico⁷. Hoy día, la implementación de la SB-PFT con adolescentes con comportamientos problemáticos y sus padres y madres se encuentra fuertemente consolidada en las provincias de Huelva y Sevilla. Así, la Asociación Ponte ha recibido en los últimos años financiación de diferentes instituciones públicas (Junta de Andalucía o Ayuntamiento de Sevilla) y organismos privados para desarrollar la SB-PFT en diferentes barrios con necesidades de transformación social. Como informan los y las profesionales responsables de implementar la SB-PFT, los objetivos generales de esta intervención son: (a) fortalecer las relaciones familiares, y (b) reducir las conductas

⁶ La Asociación Ponte Iniciativas Psicosociales se crea en 2004 como entidad sin ánimo de lucro. Esta entidad desarrolla desde la Psicología diferentes proyectos de intervención psicosocial, siendo referentes en Andalucía en el trabajo con adolescentes con comportamientos problemáticos (<https://www.asociacionponte.com/>).

⁷ Durante esta Tesis Doctoral emplearemos las siglas SB-PFT del término en inglés *Scene-Based Psychodramatic Family Therapy* dado que es el término empleado en las publicaciones que compendian esta disertación. Tanto la denominación de PIBE como la de SB-PFT se refieren a la misma intervención, si bien desde el equipo de investigación de la Universidad de Sevilla se ha empleado el término SB-PFT en las distintas publicaciones porque, a nuestro parecer, describe el tipo de intervención que se lleva a cabo. El término PIBE es usado por los y las profesionales responsables de implementar la intervención. Por esta razón, las tres publicaciones en revistas internacionales fidelizan con el nombre SB-PFT, mientras que el Manual Técnico de intervención queda conceptualizado bajo el nombre de PIBE.

problemáticas de los y las adolescentes previniendo la consolidación de estos comportamientos y el desarrollo de conflictos posteriores (Lorence, Mora y Maya, 2018).

Desde el año 2014 la Asociación Ponte ha apostado por la búsqueda de evidencias científicas de la SB-PFT. En un primer momento un grupo de investigación de la Universidad de Huelva y posteriormente el grupo dirigido por la Prof. M^a Victoria Hidalgo del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Sevilla, han colaborado con los profesionales de la Asociación ESAFAM para abordar el proceso de sistematización y evaluación de la SB-PFT. Con esa finalidad, se elaboró el diseño de la evaluación, se llevó a cabo la recogida de datos y el análisis de los mismos, así como la difusión de la eficacia de la SB-PFT en publicaciones y congresos nacionales e internacionales. Esta Tesis Doctoral supone la recopilación de las evidencias alcanzadas hasta el momento de la SB-PFT fruto de este proceso. Asimismo, en este trabajo se ha pretendido contextualizar la población objeto de intervención de la SB-PFT –los y las adolescentes con comportamientos problemáticos y sus padres y madres–, la necesidad de intervenir con ellos y la relevancia de evaluar rigurosamente las intervenciones implementadas. Como objetivo último, la sistematización y evaluación de la SB-PFT abordada en esta Tesis Doctoral tiene la finalidad de mejorar los recursos de intervención existentes para trabajar con adolescentes con comportamientos problemáticos y, poner a disposición de las y los profesionales intervenciones eficaces que realmente promuevan el bienestar de estas familias.

A continuación, expondremos una breve descripción de los principios teóricos y metodológicos de la SB-PFT. Esta descripción será abordada de forma más detallada en la presentación de los resultados, específicamente en el Manual Técnico de intervención elaborado en el marco de esta Tesis Doctoral y publicado por el Observatorio de la Infancia en Andalucía.

2.7.1. Breve descripción de los principios teóricos de la SB-PFT

El desarrollo teórico y metodológico de la SB-PFT se ha sistematizado simultáneamente a la elaboración de esta Tesis Doctoral. En este apartado, expondremos los principales presupuestos teóricos de la SB-PFT basados en principios de la terapia familiar sistémica y el psicodrama. Posteriormente, presentaremos las directrices

metodológicas seguidas por la SB-PFT en la que destaca la implementación de sesiones con el formato de grupos multifamiliares.

En relación con los principios teóricos subyacentes a la SB-PFT relativos a la terapia familiar, destaca la *teoría general de los sistemas humanos* (von Bertalanffy, 1976) y la *terapia familiar sistémica* con especial relevancia de los principios estructurales descritos por Minuchin (1974). De este modo, la SB-PFT asume principios de la teoría de los sistemas como la integridad y la no-sumatividad, el orden jerárquico, las reglas del sistema, la función homeostática del sistema y la equifinalidad (von Bertalanffy, 1976). Con respecto a la integridad y a la no-sumatividad podemos decir que el todo es más que la suma de las diferentes partes; es decir, para entender el comportamiento familiar, la SB-PFT no solo se limita a analizar el funcionamiento familiar o las interacciones entre los miembros de las familias, sino que trata de integrar todos los procesos del contexto familiar, que a veces no son visibles para la o el terapeuta, y no conscientes para los miembros de la familia. Además, en la SB-PFT sería más adecuado hablar de relaciones circulares no causales y entender a cada uno de los miembros de la familia como parte de un todo (Watzlawick et al., 1991). En relación al orden jerárquico, la SB-PFT también asume que en todos los sistemas existen unas reglas que establecen la función de cada componente del sistema. Así, en la familia también existen normas y límites, funciones que juega cada miembro involucrado en el sistema familiar, y diferentes subsistemas (conyugal, parental o fraternal) con límites (o ausencia de ellos) y normas que rigen su funcionamiento (Minuchin, 1974). En relación con los límites y siguiendo los principales presupuestos de la terapia estructural (Minuchin, 1974), la asistencia de las familias a la SB-PFT supone su inclusión y apertura a otros contextos de influencia. Así, la naturaleza abierta o cerrada de cada sistema debe ser entendida en función de la relación que establece el sistema familiar con otros contextos externos como pueden ser los Servicios Sociales u otros recursos comunitarios. Específicamente, el sistema familiar puede ser más o menos sensible a la influencia de otros contextos, así como a la participación de los miembros de la familia en otros contextos de desarrollo.

Siguiendo con los principios de la teoría de sistemas propuestos por von Bertalanffy (1976), la retroalimentación o el término anglosajón comúnmente usado *feedback*, se refiere a la capacidad de los sistemas para autorregularse en función de la finalidad deseada. En la SB-PFT es frecuente observar que las familias siguen el principio

de retroalimentación para lograr la homeostasis, es decir, la restauración o mantenimiento de un sistema a través de la retroalimentación negativa. Por ejemplo, Minuchin (1974) afirma que los y las adolescentes ponen en marcha diferentes estrategias –como puede ser el desarrollo de comportamientos problemáticos– para mantener y proteger al sistema familiar cuando se encuentran en un conflicto de lealtades o bien perciben una amenaza de disolución de su sistema familiar. Específicamente, esta hipótesis es ampliamente descrita por la Escuela de Milán (Palazzoli-Selvini, Boscolo, Cecchin, y Prata, 1978). Estos autores y autoras también consideran que el sistema familiar tiene una función homeostática, es decir, las interacciones familiares, generalmente circulares y en ocasiones en un plano no consciente, tienden a proteger el sistema familiar a través de procesos de autorregulación. Sin embargo, esta protección del sistema familiar a veces se ejecuta en base a interacciones y dinámicas disfuncionales que provocan la conducta sintomática de algún miembro del sistema familiar –los adolescentes en el caso de la SB-PFT–, o alianzas y coaliciones entre los integrantes de la familia que no favorecen el desarrollo vital de algunos de sus miembros. Esta escuela también afirma que no se puede considerar una visión de la familia como un sistema aislado del contexto sociocultural (Palazzoli et al., 1978). Así, en cualquier proceso terapéutico basado en principios sistémicos, la familia debe considerarse como un sistema que funciona y crece en un determinado contexto sociocultural; por ejemplo, en la SB-PFT se interviene con familias y adolescentes que pertenecen a barrios con necesidades de transformación social. Además del contexto sociocultural, también se consideran relevantes aspectos trigeracionales que puedan estar influyendo en la manifestación del síntoma a través de dinámicas familiares aprendidas (McGoldrick y Gerson, 1985; Palazzoli, et al., 1978).

Asimismo, la SB-PFT también asume el presupuesto de equifinalidad (von Bertalanffy, 1976). Según este principio, un mismo fin puede ser alcanzado partiendo de diferentes principios y siguiendo diversos procesos. En la implementación de la SB-PFT es muy importante entender que una misma problemática actual puede estar originada por diferentes causas, y que una misma situación puede desembocar en diferentes finales en función de las características idiosincráticas de cada sistema familiar (Phipps y Vorster, 2011; von Bertalanffy, 1976).

En consonancia con la teoría general de sistemas y la terapia sistémica, el marco teórico de la SB-PFT también se construye con otras aproximaciones como *la teoría de la comunicación humana* (Watzlawick, et al., 1991) y *la teoría de Bowen* (Bowen, 1979).

Por un lado, en relación con la teoría de la comunicación humana, la SB-PFT enfatiza axiomas como la imposibilidad de no comunicar, la importancia de la comunicación verbal y no verbal, la circularidad de la comunicación y los patrones complementarios o simétricos de comunicación (Warzlawick et al., 1991). En la SB-PFT se incorpora, especialmente, el principio referente a la naturaleza circular no causal de la comunicación y la importancia de la comunicación no verbal. Por otro lado, de acuerdo con la teoría de Bowen, se asume la importancia que tiene el contexto familiar en los procesos de diferenciación e identidad de sus miembros (Bowen, 1979). En concreto, la SB-PFT interviene con adolescentes en pleno proceso de diferenciación. Siguiendo a Bowen (1979), desde la SB-PFT se entiende que los procesos de diferenciación pueden verse dificultados por dos motivos: las interacciones familiares que dificultan la diferenciación progresiva del adolescente, así como la dificultad del adolescente para diferenciarse si no existe un marco, sentimiento y aceptación de pertenencia a su familia.

En definitiva, la SB-PFT asume múltiples principios de la terapia familiar procedentes de diversos enfoques que tienen en común elementos como (a) la importancia, siempre que sea posible, de incluir en el proceso terapéutico a todos los miembros de la familia, en este caso, padre, madre, adolescente y hermanos de adolescentes o adultos si existiesen; (b) la elaboración de hipótesis terapéuticas focalizadas en las relaciones, dinámicas y procesos familiares; (c) la finalidad del síntoma a nivel familiar; (d) la focalización en cómo el rol de cada miembro de la familia afecta y está siendo afectado por la exhibición de las conductas problemáticas de los y las adolescentes; (e) la consideración de la perspectiva de cada miembro de la familia para solucionar las dificultades familiares; y (f) la relevancia que tienen los cambios individuales en la dinámica familiar, así como el impacto de los cambios tipo II de carácter cualitativo en la reorganización de las dinámicas familiares para el desarrollo individual (Patterson, 2014; Sydow et al., 2013; Walsh, 2012). Teniendo en cuenta estas características comunes a los diferentes enfoques de la terapia familiar, podemos señalar que entre los principales objetivos de cualquier intervención basada en principios sistémicos y familiares como la SB-PFT, se encuentran la mejora del funcionamiento y la dinámica familiar, la facilitación de la comprensión mutua y el apoyo entre los miembros de la familia, su desarrollo emocional y la adquisición de estrategias de resolución de problemas.

El otro gran enfoque teórico sobre el que se sustenta la SB-PFT es el *psicodrama*. J. L. Moreno (1964), fundador del psicodrama, considera como factor terapéutico relevante el paso de lo verbal a la acción. Así, la dramatización psicodramática puede evocar diferentes contenidos subyacentes a un conflicto, visualizar procesos no conscientes y recrear diferentes situaciones canalizadoras de la emoción negativa que pueden ser transformadas en los procesos de acción (Moreno, 1964). Rojas-Bermúdez (2000) señala que en el psicodrama lo verbal se contextualiza a través de la acción y de la interacción. Mediante la dramatización se consigue que durante el proceso terapéutico se expresen numerosos elementos emocionales del conflicto psicológico del individuo (Rojas-Bermúdez, 2000). En su teoría, Rojas-Bermúdez (2000) evidencia la importancia del concepto de rol y desarrolla su teoría de los roles complementarios. Para el psicodrama los roles sociales se corresponden a las interacciones organizadas socioculturalmente mediante una serie de expectativas. Así, a estas expectativas y estructura sociocultural de las interacciones se les suman las características propias del individuo y lo adquirido en su historia de aprendizaje (Moreno, 1964; Rojas-Bermúdez, 2000). En la SB-PFT se considera fundamental este concepto de la teoría de roles. En este caso, las interacciones padres-adolescentes vienen marcadas por una serie de pautas culturales, unas expectativas sociales, unas normas, las características individuales tanto de los padres y las madres como de los y las adolescentes, y por la historia de aprendizaje de estos adolescentes. La SB-PFT interviene sobre el conflicto entre padres, madres y adolescentes mediante el entrenamiento de roles complementarios progenitores-adolescentes, así como la consideración de aspectos del yo –debido a características individuales propias o a la historia de aprendizaje– que pueden estar influyendo en la exhibición de roles poco desarrollados.

En este marco, Blatner (1986) establece que durante el proceso psicodramático se puede abordar el conflicto del individuo desde diferentes posibilidades como la recreación del mismo, la dramatización de fantasías, la dramatización de otras alternativas de solución del conflicto, el encuentro con personas no presentes, un futuro imaginado o cualquier otra dramatización que implique una experiencia emocional correctiva en el individuo. Siguiendo a Blatner (1986) en la SB-PFT se permite la presentación del conflicto –generalmente entre los padres, las madres y los y las adolescentes– desde diferentes posibilidades y alternativas buscando poner en evidencia, manifestar e intervenir sobre diferentes procesos psicológicos de los individuos y del conflicto. Así,

en la intervención con adolescentes con conductas conflictivas, el psicodrama facilita que chicos y chicas puedan observar desde fuera el conflicto fallido mediante su representación, que puedan dramatizar diversas variantes en la resolución del conflicto, que puedan explorar nuevos modos de relaciones y que puedan practicar nuevos comportamientos (Fitch y Giunta, 2011; Herranz, 1999). De hecho, en la SB-PFT los conflictos familiares y del adolescente pueden dramatizarse en un contexto seguro con la finalidad de obtener una mayor conciencia sobre la situación problemática, sobre la propia persona y sobre los demás, y también con el fin de buscar estrategias y conductas alternativas a la disruptiva para gestionar los conflictos.

En esta línea, la SB-PFT asume la importancia del *modelo de cambio* psicodramático propuesto por Kellermann (1984). Este autor establece la importancia de la catarsis integrativa para conseguir cambios en los individuos. Secuencialmente, se espera que en el proceso psicodramático los individuos, a través de la dramatización, consigan expresar y liberar sus emociones, pensamientos y sentimientos. No obstante, este proceso catártico conseguido durante la dramatización debe ser acompañado de un momento posterior en el que se consiga la canalización, integración y ordenación de las emociones, pensamientos y sentimientos del individuo (Kellermann, 1984). Así, la SB-PFT asume que no solo es importante dramatizar el conflicto focalizando esta dramatización en la expresión y liberación emocional, sino que para conseguir cambios en los y las adolescentes y sus padres y madres debe existir un proceso de integración cognitiva de lo experimentado durante la dramatización en sí. Así, solo una vez conseguida esta integración cognitiva el individuo se encuentra en disposición de incorporar en su repertorio conductual nuevos recursos y estrategias que le permitan desarrollar sus roles sociales de modo funcional.

Estos elementos teóricos procedentes principalmente de la terapia familiar sistémica y el psicodrama, se articulan a través de una serie de principios metodológicos sobre los que se sustenta la SB-PFT y que son presentados a continuación.

2.7.2. Breve descripción de los principios metodológicos de la SB-PFT

Junto a los presupuestos teóricos, nos parece relevante mostrar los pilares metodológicos de la SB-PFT, aunque sin ser demasiado exhaustivos ya que están

incluidos en su totalidad en el Manual Técnico que se presenta como resultado de esta Tesis Doctoral.

En primer lugar, la SB-PFT adopta un enfoque *constructivista, emergente y experiencial* con un formato que combina momentos de intervención grupal con otros momentos de desarrollo de *grupos multifamiliares* durante las sesiones de intervención (un total de 10 sesiones de dos horas y media de duración). Así, durante la primera mitad de cada sesión de la SB-PFT, padres y madres se encuentran separados de los y las adolescentes. Por tanto, se interviene independientemente con el grupo de progenitores y con el grupo de adolescentes. Posteriormente, en la segunda mitad de la sesión, el grupo de padres y madres se unifica con el grupo de adolescentes adoptando el formato de grupo multifamiliar. Asimismo, en relación con el carácter emergente de la SB-PFT, destacan las habilidades que deben tener los profesionales para seleccionar los contenidos más resonantes para los diferentes integrantes del grupo, así como para la elección del protagonista participante o protagonistas más significativos en cada momento de la intervención. Por consiguiente, a los factores terapéuticos relevantes de la intervención grupal propuestos por Yalom y Leszcz (2005), se le suma la relevancia de las intervenciones basadas en grupos multifamiliares (Smith y Hall, 2010). Así, la SB-PFT asume metodológicamente una propuesta innovadora en la intervención con adolescentes con comportamientos problemáticos y sus padres y madres. En el Manual Técnico incluido en esta Tesis Doctoral se profundiza sobre la metodología seguida en las sesiones de la SB-PFT.

En segundo lugar, metodológicamente la SB-PFT se construye siguiendo las etapas del *encuadre psicodramático*: caldeamiento, dramatización y comentarios (Moreno, 1964; Rojas-Bermúdez, 2000). Concretamente, durante cada sesión de la SB-PFT se pueden observar estas etapas en el grupo de adolescentes, en el grupo de progenitores y en el grupo multifamiliar. El objetivo del caldeamiento es preparar a los integrantes del grupo para el proceso de acción, y pasar del contexto social al contexto dramático. Específicamente, en esta etapa se pretende que disminuya la resistencia de los individuos a la vez que afloran las emociones y pensamientos asociados al conflicto o a los roles poco desarrollados. En la dramatización se selecciona a un o una protagonista o contenido protagónico, y se trabaja y actúa el conflicto para conseguir su resolución. En esta etapa es donde los individuos experimentan la catarsis y liberación de emociones. Asimismo, durante esta etapa también se puede conseguir la integración de las emociones

experimentadas durante la acción psicodramática. Finalmente, en la etapa de comentarios, tanto el protagonista como los miembros del grupo realizan reflexiones, opiniones, y comentarios sobre la dramatización que se ha realizado o sobre la resonancia de esta dramatización en sí mismo (Rojas-Bermúdez, 2000).

En tercer lugar, siguiendo el encuadre psicodramático (Rojas-Bermúdez, 2000), en la SB-PFT los grupos de intervención son dirigidos por la unidad funcional: el director y el yo auxiliar. En concreto, en la SB-PFT se denomina como analista al director o terapeuta y como intérprete al yo auxiliar (Gutiérrez, 2015). El director o directora (analista) tiene la función de realizar hipótesis terapéuticas, de construir la dramatización ajustándola a la problemática específica de la persona, y de seleccionar las técnicas más adecuadas para promover el cambio individual o relacional en la interacción padre-adolescente. Mientras, el yo auxiliar (intérprete) tiene la función de dramatizar junto a otros miembros del grupo los conflictos y co-construir con el director el proceso terapéutico (Rojas-Bermúdez, 2000). Además, la SB-PFT presenta una importante innovación con respecto a la unidad funcional. Específicamente, son cuatro profesionales los que coordinan el proceso de implementación. En concreto, dos profesionales (director y yo auxiliar) para el grupo de adolescentes, y otros dos profesionales (director y yo auxiliar) para el grupo de padres y madres. Por tanto, cuando padres, madres y adolescentes se encuentran en el mismo espacio bajo el formato de grupos multifamiliares son cuatro los profesionales responsables del grupo durante esa fase. Existe un año de formación previa especializada en la SB-PFT impartida por los profesionales autores del programa. Asimismo, se prioriza la formación en terapia sistémica y psicodrama de los diferentes profesionales que llevan a cabo la implementación. Además de este encuadre psicodramático, no podemos obviar la importancia de la terapia familiar en el proceso de implementación. Así, una característica metodológica sistémica de la SB-PFT es la importancia de trabajar con todos los miembros del sistema familiar y de intervenir en las relaciones familiares disfuncionales.

Finalmente, en la SB-PFT toman especial relevancia las técnicas psicodramáticas como herramientas metodológicas para conseguir los objetivos de la intervención. Las técnicas psicodramáticas permiten a los individuos percibir y tomar consciencia de sus conflictos, encontrar el significado de los mismos, relacionarlos con su estructura interna, y poder desarrollar diferentes conductas con significación emocional que movilicen sus recursos (Cruz, Sales, Alves y Moita, 2018; Kipper y Ritchie, 2003). En la SB-PFT se

utilizan principalmente cinco técnicas psicodramáticas: role-playing, roles invertidos, interpolación de resistencias emocionales, espejo y doble. Asimismo, la SB-PFT propone la escena como nuevo recurso técnico (Gutiérrez, 2015). En concreto, la escena es una técnica que se implementa generalmente al inicio de la sesión y que consiste en la dramatización breve por parte del yo auxiliar de una situación relacionada con los principales conflictos presentados por los miembros del grupo. La escena actúa a su vez como caldeamiento específico de los padres, madres y adolescentes y dinamiza al grupo para reflexionar sobre lo observado. De modo complementario, debido al carácter sistémico y familiar de la SB-PFT, las técnicas psicodramáticas son complementadas con el uso de técnicas sistémicas. Las técnicas sistémicas tienen el objetivo de incidir sobre la dinámica familiar mediante la toma de consciencia de los individuos de su función en el sistema familiar (Minuchin y Fishman, 1981). El reencadre, la clarificación, las preguntas circulares y la devolución son algunas de las técnicas sistémicas implementadas en la SB-PFT (Rojí, 1986).

En el Manual Técnico elaborado como producto de esta Tesis Doctoral, se describirán de modo pormenorizado los principales componentes metodológicos de la SB-PFT

2.7.3. Antecedentes previos de la evaluación de la SB-PFT

Con anterioridad a la realización de esta Tesis Doctoral, la intervención desarrollada desde el modelo SB-PFT (Programa Guía⁸) contó con dos evaluaciones. En la primera evaluación Soto y González (2014) estudiaron en la provincia de Huelva la valoración sobre la intervención de los profesionales responsables de la derivación de las familias (Servicios Sociales Comunitarios, la Fiscalía de Menores y del Servicio de Prevención y Apoyo a las Familias). Los profesionales mostraron en general una buena satisfacción con la intervención. En concreto, valoraron positivamente la viabilidad de la intervención (objetivos, formación especializada de los profesionales, coordinación entre servicios), los aspectos intrínsecos a la intervención (bases teóricas de la intervención, contenidos de la intervención), y la pertinencia de la intervención como respuesta a una

⁸ Programa Guía es el nombre que han empleado los y las profesionales de la Asociación Ponte para designar a la intervención llevada a cabo con el modelo de la SB-PFT. Debido a que en un primer momento no existía la manualización de la intervención hasta que ha sido desarrollada en el marco de esta Tesis Doctoral, intentaremos evitar el uso del término Programa Guía para evitar caer en errores lingüísticos y semióticos del término programa.

necesidad y problemática específica como son las conductas problemáticas de los y las adolescentes. Sin embargo, la satisfacción fue menor con respecto a los indicadores de evaluación. Las y los técnicos evidenciaron la necesidad de desarrollar una evaluación con distintos procedimientos que informasen sobre indicadores de impacto de la intervención en diferentes niveles.

Además, en el estudio de Soto y González (2014) se evaluó la satisfacción de los participantes. En términos generales, los participantes reportaron una alta satisfacción. En concreto, padres y madres mostraron niveles de satisfacción significativamente mayores que sus hijos e hijas adolescentes. Tanto padres y madres como adolescentes coincidieron en otorgar la mayor puntuación de satisfacción a la relevancia de la intervención, siendo la puntuación más baja para los procesos de cambio alcanzados. Específicamente, con respecto a los procesos de cambio, los y las participantes mostraron una mayor satisfacción con la capacidad de la intervención como formación, información y toma de conciencia sobre los problemas familiares, y una menor satisfacción en relación con la capacidad de la intervención para movilizar cambios conductuales.

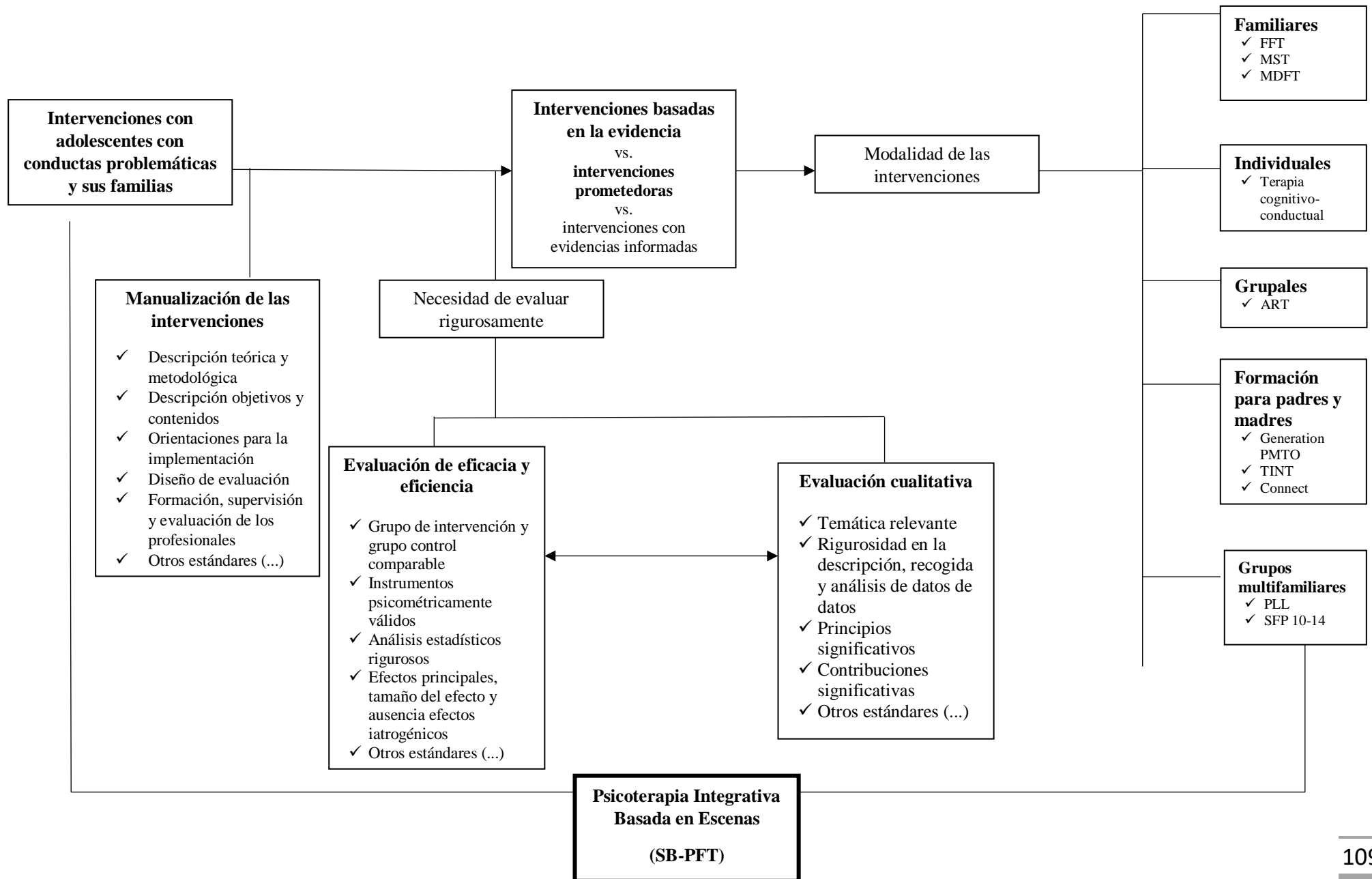
Más recientemente, Lorence y colaboradores (2018) examinan en el 2013 la valoración del impacto de diferentes intervenciones destinadas a adolescentes con problemas de conductas (entre ellas, la SB-PFT) percibido por parte de los y las profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios de la ciudad de Huelva. En concreto, la intervención basada en la SB-PFT fue la mejor valorada por los y las profesionales, siendo la intervención más recomendada y adecuada para trabajar con adolescentes con conductas problemáticas.

Estos resultados ponen de relieve que en los años inmediatamente anteriores a esta Tesis Doctoral se estaba consolidando la SB-PFT como una propuesta de intervención altamente valorada por los y las profesionales. Asimismo, también se disponían de datos que informaban de la satisfacción de progenitores y adolescentes participantes en la SB-PFT. Sin embargo, a pesar de estos resultados positivos, hasta el año 2015 (en el marco de esta Tesis Doctoral) no se ha tenido una propuesta de evaluación y sistematización rigurosa de la SB-PFT. De hecho, la finalidad última de este trabajo es responder a la necesidad de contar con resultados rigurosos sobre la eficacia de la SB-PFT que avalen la evidencia científica de la misma.

En conclusión, la SB-PFT supone una propuesta de intervención novedosa con una población muy específica: adolescentes con comportamientos conflictivos y sus familias. Los postulados teóricos sistémicos y psicodramáticos, y el encuadre metodológico basado en el psicodrama y en la implementación de grupos multifamiliares confirman a la SB-PFT como una intervención sin precedentes en sus características de implementación en el contexto andaluz. Asimismo, la buena valoración de los y las profesionales, así como de los y las participantes durante los primeros años de implementación de la SB-PFT, justifican la necesidad de desarrollar una evaluación con un diseño y una metodología rigurosa para analizar el impacto de la SB-PFT. Además, existe la necesidad sistematizar la propuesta de intervención de la SB-PFT para garantizar la fidelidad de los profesionales a los componentes clave que muestren un impacto positivo en los y las adolescentes y en sus padres y madres.

2.8. Resumen: Capítulo 2

Figura 2. Resumen del Capítulo 2



CAPÍTULO 3

OBJETIVOS DE LA TESIS DOCTORAL

El trabajo desarrollado en el transcurso de esta Tesis Doctoral responde a una doble finalidad. Por un lado, se pretende sistematizar teórica y metodológicamente la SB-PFT de forma que cumpla con los criterios de calidad de las intervenciones basadas en evidencias. Por otro lado, se trata de obtener evidencias sobre el impacto de la SB-PFT en su implementación con adolescentes en situación de conflicto en contextos de riesgo en Andalucía. Así, teniendo en consideración los diferentes estándares de calidad en la evaluación de las intervenciones contamos con los siguientes objetivos generales y específicos:

1. Sistematizar la SB-PFT como propuesta de intervención con adolescentes con comportamientos problemáticos.
2. Evaluar la eficacia de la SB-PFT en la intervención con adolescentes con comportamientos problemáticos y sus familias.
 - a. Examinar el impacto de la SB-PFT sobre dimensiones familiares desde una perspectiva cualitativa y cuantitativa.
 - b. Analizar el impacto de la SB-PFT en diferentes dimensiones personales de los y las adolescentes y de sus progenitores desde una aproximación tanto cualitativa como cuantitativa.
 - c. Estudiar los efectos a largo plazo de la SB-PFT y la trayectoria de cambio en dimensiones familiares y personales de los y las adolescentes mediante una evaluación cuantitativa.
3. Evaluar la eficiencia de la SB-PFT, es decir, analizar el impacto de la intervención en función de las características de la implementación y del perfil de los participantes.
 - a. Analizar la percepción de los y las adolescentes y de sus progenitores sobre la influencia y utilidad de los componentes metodológicos y de las diversas técnicas de la SB-PFT para la consecución de los cambios experimentados.
 - b. Examinar la eficacia de la SB-PFT en función de las trayectorias de riesgo de los y las adolescentes.

Para responder a estos objetivos y concretar el grado de evidencia de la SB-PFT son presentados: el Manual Técnico elaborado en el marco de esta Tesis Doctoral, publicado y editado por la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía; dos artículos publicados e indexados en revistas JCR-SS; y un artículo en proceso de revisión. Los resultados principales de estos artículos serán integrados y puestos en relación con los objetivos de esta Tesis Doctoral en el apartado de Discusión.

II. RESULTADOS

CAPÍTULO 4 PUBLICACIONES

Nota I. Para garantizar el cumplimiento de los acuerdos de cesión de copyright firmados con las editoriales, únicamente se reproducen en esta versión digital el título y abstract de cada publicación, indicándose el enlace donde es posible acceder al artículo completo.

Nota II. En la versión de la Tesis Doctoral objeto de evaluación se añadirán las publicaciones como anexos. A esta información solo tendrá acceso el Tribunal evaluador de la Tesis Doctoral.

4.1. Manual Técnico: Programa Guía. Programa Preventivo para la Atención, Orientación, e Intervención a familias con menores en situación de conflicto o dificultad social.

Referencia:

Hidalgo, V. (Coord.), **Maya, J.**, Lorence, B., Jiménez, L., y Ochoa, I. (2018). *Manual Técnico: Programa Guía. Programa Preventivo para la Atención, Orientación, e Intervención a familias con menores en situación de conflicto o dificultad social.* Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. Junta de Andalucía⁹.

Consulta online:

https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=5691

La publicación completa puede consultarse en el **ANEXO 1**. Solo disponible para el Tribunal evaluador de la Tesis Doctoral.

⁹ Actualmente esta publicación se encuentra en proceso de edición en formato Libro con su correspondiente ISBN. El código ISBN será determinado por la Junta de Andalucía: Consejería de Igualdad y Políticas Sociales.

MANUAL TÉCNICO DE LA SB-PFT: FICHA TÉCNICA

Nombre del programa	Programa Guía
Entidad promotora	Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía. Dirección General de Infancia y Familias
Entidad responsable	Asociación Ponte
Población destinataria	Menores en situación de conflicto o dificultad social y sus familias
Objetivos generales	Con la finalidad de atender, orientar y apoyar a familias con menores en situación de conflicto o dificultad social, el programa tiene como objetivos la promoción en los menores de competencias que mejoren su adaptación en el contexto familiar y el entorno social; y el apoyo a las figuras parentales para que desarrollen estrategias que les permitan un ejercicio positivo de su parentalidad.
Contenidos	El programa aborda tres áreas temáticas: el desarrollo socio-personal durante la infancia y la adolescencia; el ejercicio positivo de la parentalidad; y el funcionamiento familiar.
Fundamentación teórica	Psicoterapia integrativa basada en escenas (PIBE, SB-PFT en inglés) que integra presupuestos y principios teóricos de la teoría general de sistemas, la teoría de la comunicación humana y el constructivismo. Incorpora supuestos y principios técnicos de las artes escénicas. Adopta un modelo de intervención congruente con la terapia familiar sistémica y el psicodrama.
Principios metodológicos y	Proceso terapéutico con metodología grupal, activa y fortalecedora, experiencial, constructiva, emergente y situada.

técnicas de intervención	Uso de técnicas diversas procedentes del psicodrama, de la terapia familiar sistémica y propias de la PIBE.
Formato de intervención	Modalidad de intervención grupal. Entre 15 y 20 unidades familiares por grupo. Encuadre formal psicodramático como formato de intervención. Grupos multi-familiares y grupos de adolescentes y progenitores.
Características de la implementación	10 sesiones de 2 horas y media de duración, con periodicidad semanal y una estructura flexible.

Palabras clave: manual; adolescentes; padres y madres; intervención familiar; evaluación; fundamentación teórica; metodología grupal

4.2. Artículo 1: Scene-Based Psychodramatic Family Therapy with troubled adolescents and parents. A pilot study.

Referencia:

Maya, J., Jiménez, L., Lorence, B., del Moral, G., e Hidalgo, J. (2018). Scene-Based Psychodramatic Family Therapy with troubled adolescents and parents. A pilot study. *Family Process*. Publicado en línea antes de la edición impresa. doi: 10.1111/famp.12401.

Consulta online:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/famp.12401>

La publicación completa puede consultarse en el **ANEXO 2**. Solo disponible para el Tribunal evaluador de la Tesis Doctoral.

ABSTRACT

Scene-Based Psychodramatic Family Therapy (SB-PFT) is an innovative treatment used with troubled adolescents and their parents to improve family relationships and reduce adolescents' problematic behavior. It integrates the principles of family therapy, psychodrama, and multiple-family group methodology. This research is a pilot study to obtain empirical evidence on the SB-PFT therapeutic process by gauging the perception of change of troubled adolescents and their parents, and assess the perceived helpfulness of its methodology and techniques. Ten multiple-family intervention groups were drawn up, with 110 participants (63 adolescents and 47 parents), and we adopted a qualitative methodology with focus groups, using an inductive analysis of 290 active constructions of participant narratives. Concerning perception of change, the adolescents reported mainly gaining in social support, prosocial attitudes, keys to problem solving, and expression of emotions due to the treatment. The parents perceived improvement in social support, keys for educational practices, emotional well-being, and expression of emotions due to the treatment. Regarding the perceived helpfulness of methodology and techniques, both adolescents and parents highlighted the usefulness of the group methodology for gaining social support, relativizing the problem, and expressing emotions. Additionally, participants referred to role-playing and mirror techniques as the most useful techniques. In conclusion, this first study on SB-PFT presents and describes its treatment for troubled adolescents and their parents. The participants' positive perception of their personal and relational change after treatment should serve to promote further studies with quantitative methodology in order to verify the effectiveness of SB-PFT treatment.

Keywords: Family Therapy; Psychodrama; Troubled Adolescents; Qualitative Methodology

4.3. Artículo 2: Effectiveness of Scene-Based Psychodramatic Family Therapy in adolescents with problematic behaviors.

Referencia:

Maya, J., Hidalgo, V., Jiménez, L., y Lorence, B. (en revisión de pares). Effectiveness of Scene-Based Psychodramatic Family Therapy in adolescents with problematic behaviors.

La publicación completa puede consultarse en el **ANEXO 3**. Solo disponible para el Tribunal evaluador de la Tesis Doctoral.

ABSTRACT

Scene-Based Psychodramatic Family Therapy is a multiple-family treatment for adolescents with problematic behaviors implemented by Child Welfare Services in Spain. This intervention is aimed at promoting adolescent wellbeing. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of Scene-Based Psychodramatic Family Therapy in 17 trials, measuring its impact on the emotional intelligence, parent attachment, peer attachment, and antisocial behavior of 216 adolescents (109 participating in the treatment and 107 in the control group). Repeated measures ANOVAs for pretest/posttest differences and long-term growth models were estimated. In the short term the treatment had a positive impact on emotional intelligence and had a stabilizing effect on parent attachment, whereas the long-term results showed significant logarithmic growth in emotional intelligence and exponential growth in parent attachment and a decrease in antisocial behavior. However, there were no changes in peer attachment showed. This study shows Scene-Based Psychodramatic Family Therapy to be a potentially effective intervention for adolescents with problematic behaviors and emphasizes the importance of fostering emotional intelligence.

Keywords: adolescence; emotional intelligence; parent attachment; antisocial behavior; effectiveness; Child Welfare Services

4.4. Artículo 3: The role of psychosocial stress on a family-based treatment for adolescents with problematic behaviors.

Referencia:

Maya, J., Lorence, B., Hidalgo, V., y Jiménez, L. (2018). The role of psychosocial stress on a family-based treatment for adolescents with problematic behaviors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9): 1867. doi: 10.3390/ijerph15091867

Consulta online:

<https://www.mdpi.com/1660-4601/15/9/1867>

La publicación completa puede consultarse en el **ANEXO 4**. Solo disponible para el Tribunal evaluador de la Tesis Doctoral.

ABSTRACT

The stressful life events experienced by adolescents with problematic behaviors, should be considered for implementing effective interventions. This study aimed to examine the adjustment of adolescents with problematic behaviors, and to assess the effectiveness of a family-based treatment, namely Scene-Based Psychodramatic Family Therapy (SB-PFT), according to different stress profiles. Ten SB-PFT sessions, over 17 trials were implemented. Stressful life events and adolescent adjustment were evaluated at pretest and posttest, for the SB-PFT participants (n = 104 adolescents) and a control group (n = 106). The adolescents were categorized into three profiles depending on the nature of the stressors: family stress profile, individual and family stress profile, and low stress profile. The individual and family stress group showed worse adjustment. Effectiveness analyses revealed improvements in SB-PFT participants' emotional intelligence, but not in anger and hostility. Furthermore, adolescents with low and family-related stress profiles showed enhancements in parent attachment. In conclusion, interventions involving adolescents with problematic behaviors must be tailored to the stressful life events experienced. Specific treatments should be used alongside SB-PFT, when adolescents are met with individual-related stress. Nevertheless, SB-PFT seemed to promote emotional intelligence and parent attachment, particularly in adolescents with problematic behaviors that experienced only family stressors.

Keywords: adolescence; behavior problems; stressful life events; emotional intelligence; parent attachment; effectiveness; family therapy

4.5. Resumen de los principales resultados

Entendemos que llegados a este apartado para el lector resultará clarificador mostrar gráficamente los principales resultados de esta disertación. En primer lugar, en la Tabla 2 recopilamos los principales criterios de calidad que el Manual Técnico de la SB-PFT ha incorporado. En segunda instancia, presentamos la Tabla 3 con la intención de ofrecer un resumen global de los resultados más significativos hallados en relación con la eficacia y eficiencia de la SB-PFT.

Tabla 2. Criterios de calidad incorporados por el Manual Técnico de la SB-PFT

CRITERIOS DE CALIDAD PARA LA MANUALIZACIÓN	MANUAL DE LA SB-PFT		
	Incorporado	Parcialmente	No incorporado
Explicitación de la fundamentación teórica	X		
Descripción del modelo de cambio	X		
Explicitación de los objetivos	X		
Descripción de los contenidos	X		
Presentación de actividades			X
Explicitación de la metodología	X		
Presentación de las condiciones de implementación	X		
Especificación de las técnicas	X		
Descripción de los mecanismos de cambio	X		
Explicitación de los costes asociados	X		
Recomendaciones para la implementación	X		
Explicitación de recursos necesarios para la implementación	X		
Identificación de los componentes clave	X		
Evaluación de necesidades y fortalezas		X	
Resultados de eficacia con grupo control	X		
Resultados de eficiencia		X	
Recomendaciones de propuesta de evaluación	X		
Herramientas para la evaluación y seguimiento	X		
Herramientas para la evaluación de los profesionales			X
Comparación con resultados de otras intervenciones			X
Descripción de la formación, asesoramiento y supervisión de los profesionales		X	
Requisitos competenciales de los profesionales			X
Definición de los criterios de adherencia			X
Herramientas para la formación de profesionales			X

Tabla 3. Resumen de los resultados de eficacia y eficiencia de la SB-PFT¹⁰

¹⁰ Los cambios especificados en la Tabla 3 precedidos de guion se refieren a categorías cualitativas. Los cambios especificados que no son precedidos de guion se refiere a dimensiones cuantitativas evaluadas. Cuando las dimensiones cuantitativas y cualitativas aluden a constructos similares (o parcialmente parecidos) se han considerado como unidad para resumir los datos de eficacia y eficiencia.

	Evaluación de Eficacia				Evaluación de Eficiencia							Impacto en función del perfil de riesgo (evaluación cuantitativa)		
	Cuantitativa (corto plazo)	Cualitativa (corto plazo)		Cuantitativa (largo plazo)	Metodología y técnicas como facilitadores del cambio (evaluación cualitativa)									
	Adolescentes	Adolescentes	Progenitores	Adolescentes	Metodología grupal	Role-playing	Espejo	Roles invertidos	Interpolación resistencias emocionales	Doble	Escena	Bajo riesgo	Riesgo familiar	Riesgo familiar e individual
Cambios individuales														
<i>Inteligencia emocional</i>														
Inteligencia interpersonal - Empatía	X	X	X	X				X			X	X		
Estado de ánimo - Bienestar emocional	X	X	X	X										X
Inteligencia intrapersonal - Expresión emociones - Autocontrol emocional		X	X		X	X				X				
Adaptabilidad - Estrategias resolución problemas		X	X	X			X		X	X			X	
<i>Conductas problemáticas</i>														
Conducta antisocial - Conductas prosociales - Autocontrol agresividad física - Autocontrol agresividad verbal		X		X										

	Adolescentes cuantitativo (corto plazo)	Adolescentes cualitativo (corto plazo)	Progenitores cualitativo (corto plazo)	Adolescentes (cuantitativo largo plazo)	Metodología grupal	Role- playing	Espejo	Roles invertidos	Interpolación resistencias emocionales	Doble	Escena	Bajo riesgo	Riesgo familiar	Riesgo familiar e individual
<i>Contenidos cognitivos</i>														
- Autocon. sí mismo		X	X			X	X	X			X			
- Reflexión														
-Relativización problema			X		X									
Cambios familiares														
<i>Vinculación parental</i>														
Comunicación parental	X	X	X	X									X	
-Comunicación intrafamiliar														
Confianza parental	X			X									X	
Alienación parental												X		
- Proximidad emocional		X												
<i>Prácticas educativas</i>														
- Autocontrol reacciones														
- Establec.. límites			X		X	X	X							
- Promoción autonomía														
- Afectividad														
<i>Contenidos cognitivos</i>														
- Conocim. miembros familia		X	X					X			X			
Cambios sociales														
- Apoyo social		X	X		X	X	X							
- Adaptación escolar		X												

III. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN

El compendio de publicaciones presentado como resultados de esta Tesis Doctoral permite dar respuesta a los diferentes objetivos planteados en este trabajo. Se persigue, por un lado, la finalidad de sistematizar y estructurar la SB-PFT, y, por otro lado, se pretende evaluar la eficacia y eficiencia de la intervención basada en la SB-PFT con adolescentes que presentan comportamientos problemáticos y sus familias.

A continuación, serán integrados y discutidos los diferentes resultados obtenidos con especial énfasis en la relación entre estos resultados y la literatura relacionada con la temática objeto de estudio de esta Tesis Doctoral. En primer lugar, se presentan las principales implicaciones de la manualización de una propuesta de intervención específica siguiendo el modelo de la SB-PFT. En segundo lugar, se discuten las principales evidencias empíricas sobre la eficacia y eficiencia de la SB-PFT obtenidas en los artículos publicados. En tercer lugar, teniendo en cuenta la manualización de la SB-PFT y las implicaciones de la evaluación, se discute sobre la SB-PFT como una intervención prometedora para adolescentes con comportamientos problemáticos. En cuarto lugar, se presentan las limitaciones y fortalezas de este trabajo, así como futuras líneas de investigación. Finalmente, se cierra la Tesis Doctoral con una enumeración de las principales conclusiones e implicaciones prácticas.

5.1. Evidencias empíricas de la SB-PFT

Las estadísticas oficiales de Andalucía muestran un incremento en los últimos años del número de adolescentes con medidas judiciales (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017). Estos datos reflejan una situación social preocupante y justifican la necesidad de intervenir con el colectivo de adolescentes con comportamientos problemáticos. (López-López y López-Soler, 2008). De hecho, los estudios demuestran que la ausencia de recursos específicos que atiendan eficazmente las necesidades de adolescentes con conductas problemáticas y sus progenitores, se relaciona con una peor trayectoria evolutiva durante la adolescencia y un peor ajuste en la adultez (APA, 2013). Además, aunque las conductas problemáticas de adolescentes puedan darse en cualquier contexto sociocultural, el crecimiento en zonas con altos índices de violencia o bajos niveles socioeconómicos se ha asociado con escenarios de mayor vulnerabilidad para chicos y chicas (Conger y Conger, 2008; Grant et al., 2004). Por tanto, el punto de partida que da sentido a esta Tesis Doctoral es el convencimiento de la necesidad de intervenir con adolescentes que presentan comportamientos problemáticos, especialmente los que viven en barrios y contextos socioculturales desfavorecidos, así como promover las competencias parentales con el objetivo último de garantizar el bienestar y el desarrollo positivo de estos chicos y chicas.

En un estudio previo a esta Tesis Doctoral –presentado como material adicional en este trabajo– se observó que la SB-PFT fue valorada positivamente por los profesionales de Servicios Sociales para intervenir con adolescentes con comportamientos problemáticos y antisociales en escenarios comunitarios de riesgo (Lorence et al., 2018). Esta primera valoración positiva realizada por profesionales supuso un apoyo para el desarrollo de este trabajo más amplio, riguroso, y fiel a los estándares de calidad en materia de evaluación de intervenciones (Anguera, 2008; Gottfredson et al., 2015; Sexton et al., 2011).

En los próximos apartados se discuten los resultados en relación a los objetivos de esta Tesis Doctoral: manualización, evaluación de eficacia y evaluación eficiencia de la SB-PFT.

5.1.1. Manualización de la SB-PFT

Como hemos detallado en la introducción de esta Tesis Doctoral, las intervenciones basadas en evidencias deben estar sistematizadas y contar con un manual técnico para su implementación. Concretamente, intervenciones familiares basadas en evidencias como la FFT y la MST, que son referentes en el trabajo con adolescentes con comportamientos problemáticos y sus progenitores, cuentan con manuales técnicos de intervención (Henggeler et al., 2009; Sexton, 2011). Por tanto, dada la necesidad de estructurar la intervención que se estaba realizando en Andalucía Occidental, durante esta disertación se ha sistematizado y estructurado el proceso de intervención de la SB-PFT.

Siguiendo los estándares de calidad en relación con la manualización de las intervenciones, se considera que la principal finalidad de disponer de manuales técnicos es facilitar la replicabilidad de las intervenciones y garantizar la fidelidad de los y las profesionales a los principios teóricos-metodológicos de la intervención (Gottfredson et al., 2015). Esta fidelidad de los profesionales a los principios teóricos-prácticos eficaces de la intervención se relaciona con un mayor impacto de la intervención en sucesivas aplicaciones (Jiménez e Hidalgo, 2016). Asimismo, la existencia de un manual favorece la diseminación de la intervención (Flay et al., 2005; Jiménez e Hidalgo, 2016). Autores como Flay y colaboradores (2005) establecen que uno de los principales requisitos para que una intervención alcance el máximo nivel de evidencia es la diseminación de la misma. Por tanto, dada la pretensión de obtener el máximo nivel de evidencias de la SB-PFT, se considera como requisito imprescindible la elaboración de un manual técnico que defina el proceso de implementación de la SB-PFT, estructure su intervención y suponga una guía para que las y los profesionales puedan replicar la SB-PFT atendiendo a los componentes que han mostrado mayor eficacia.

En un primer nivel, atendiendo a la función más básica que cumple la manualización de una intervención, existe un acuerdo general en que las intervenciones deben ser descritas (Gottfredson et al., 2015; Sexton et al., 2011). Los manuales tienen la finalidad de presentar una descripción pormenorizada de cómo llevar a cabo la intervención (Carroll y Rounsaville, 2008; Gottfredson et al., 2015). A nivel general, en esta descripción se considera importante que los manuales especifiquen el perfil de la población destinataria de la intervención, el enfoque teórico, el modelo de cambio, los objetivos y contenidos de la intervención, la metodología empleada, las técnicas y

actividades que se pueden desarrollar, los recursos y materiales necesarios, las condiciones en las que debe realizarse la implementación, orientaciones para la implementación y los costes asociados (Carroll y Rounsaville, 2008; Sexton et al., 2011). El Manual Técnico de la SB-PFT ha cumplido con las principales recomendaciones para la descripción de la intervención: detalla la población destinataria, el marco teórico, el modelo de cambio, los objetivos y contenidos, la metodología y técnicas empleadas, los recursos y materiales necesarios, los costes asociados y los componentes clave de la intervención. De hecho, el manual de la SB-PFT presenta la misma estructura que intervenciones manualizadas y basadas en evidencias (la FFT y la MST) para el trabajo con adolescentes con comportamientos problemáticos y sus familias (Sexton, 2011; Henggeler et al., 2009). No obstante, en relación con la implementación de la SB-PFT existe un elemento que habitualmente se recomienda incorporar en los manuales que en este caso no se ha añadido: la especificación de actividades a realizar durante el proceso de implementación.

Esta ausencia de actividades estructuradas puede ser cuestionada como una de las debilidades del manual de la SB-PFT. Sin embargo, el encuadre metodológico psicodramático de la SB-PFT dificulta la estructuración de actividades. De hecho, históricamente una de las principales dificultades de la evaluación de las intervenciones psicodramáticas ha sido la flexibilidad propia de este enfoque (Kipper y Ritchie, 2000). A pesar de no contar con actividades estructuradas, consideramos que la descripción de las técnicas psicodramáticas y sistémicas y la elaboración de la estructura de la sesión – además de un marco teórico detallado– fortalece la estructuración de la SB-PFT. Esta sistematización del proceso de implementación facilita que las y los diferentes profesionales repliquen el mismo modelo de intervención y de sesión. Por tanto, esta estructuración apoya que la evaluación realizada de cada aplicación mida el impacto de intervenciones con componentes similares en distintos participantes. Así, en la línea del manual de la SB-PFT, autores como Weisz, Weersing, y Henggeler (2005) consideran importante que no exista una manualización rígida de las intervenciones, sino que el profesional –dentro de unos límites indicados en el manual y respetando los componentes clave del mismo– pueda adaptarse a las necesidades individuales, a otros problemas surgidos durante el proceso de intervención o pueda usar su juicio clínico en lugar de ser un mero guía que propone actividades durante la intervención. De hecho, la descripción de los componentes clave, que son incorporados en el Manual Técnico de la SB-PFT,

refuerza la fidelidad de los profesionales en el desarrollo de la implementación a la vez que recoge la flexibilidad propia de cualquier proceso de intervención en el que pueden emerger diversas dificultades.

En un segundo nivel, se estima que los manuales técnicos de intervención deben presentar los resultados de eficacia y eficiencia describiendo las características de la población concreta y detallando el contexto ecológico de la intervención (Jiménez e Hidalgo, 2016). Asimismo, además de presentar los resultados de evaluación se considera como un importante criterio de calidad que el manual incorpore herramientas que faciliten la evaluación de posteriores aplicaciones (Carroll y Rounsaville, 2008). Por un lado, en el Manual Técnico de la SB-PFT se presentaron los principales resultados de eficacia coincidentes con los resultados presentados en los tres artículos que compendian esta disertación. Sin embargo, como debilidad del Manual presentado se puede considerar que los resultados de eficiencia descritos evidenciaron la utilidad de las técnicas psicodramáticas pero obviaron diferentes características sociodemográficas o psicológicas de los participantes, de los profesionales y de la intervención que podrían haber ayudado a discernir diferentes niveles de impacto de la SB-PFT. Por otro lado, siguiendo a Carroll y Rounsaville (2008) uno de los componentes que otorga mayor calidad al Manual de la SB-PFT es la propuesta especificada de evaluación de eficacia, las orientaciones para la evaluación y el diseño de evaluación explicitado. De hecho, esta propuesta de evaluación complementada con la presentación de instrumentos de evaluación ayuda a sistematizar el proceso de evaluación de la SB-PFT y supone una herramienta para que los profesionales –que a veces pueden ser expertos en la implementación pero no tener competencias en evaluación de intervenciones– incorporen la evaluación de modo riguroso durante la implementación.

Finalmente, en un tercer nivel, se considera que los manuales deben describir la formación y competencias de las y los profesionales, deben suponer en sí una herramienta para la orientación, formación y guía de los profesionales y deben recoger la evaluación necesaria para garantizar las competencias de los profesionales y su adherencia a las componentes clave de la intervención (Carroll y Rounsaville, 2008; Jiménez e Hidalgo, 2016). Posiblemente, sea en este punto donde el Manual de la SB-PFT presente una mayor debilidad. Aunque sí se ofrecieron orientaciones generales sobre la formación y competencias de la SB-PFT, consideramos que teniendo en cuenta la idiosincrasia y complejidad del proceso de la SB-PFT en el que intervienen dos profesionales: el director

(psicoterapeuta) y el yo-auxiliar, debe existir una mayor especificidad en la descripción del perfil profesional y de las competencias correspondientes para cada perfil. Con respecto a la orientación, formación y supervisión y a la evaluación de las competencias de los profesionales, aunque a nivel general el Manual de la SB-PFT constituye una herramienta de indudable valor de orientación, guía e incluso supervisión del trabajo profesional, no apareció explícito en el Manual de la SB-PFT aspectos relacionados con la evaluación de las competencias y adherencia del profesional, ni cómo debe ser el proceso de formación y supervisión. En consecuencia, siguiendo a Carroll y Rounsaville (2008) que señalan la relevancia de estos elementos para garantizar que las sucesivas aplicaciones de la intervención sean similares y que se implementen con fidelidad al modelo teórico-práctico que ha mostrado eficacia, consideramos que una nueva edición del Manual de la SB-PFT debería incorporar estos elementos.

En conclusión, el Manual Técnico de la SB-PFT supone un indudable avance en la sistematización de la intervención. Especialmente, la descripción pormenorizada de los principios teóricos, metodológicos, de las técnicas de intervención e incluso la estructuración de la sesión favorece la consistencia entre diferentes profesionales en la implementación de la SB-PFT. Además, este Manual Técnico constituye una guía para las y los profesionales que incluso pueden ser supervisados según las técnicas descritas en el manual. En esta línea, que los profesionales dispongan de un manual técnico de intervención facilita que sus decisiones sean tomadas basadas en un juicio objetivo alejado de intuiciones (Wilson, 1998). En este sentido, este Manual Técnico de la SB-PFT no cumple solo el objetivo de estructurar el proceso de intervención, sino que de modo paralelo sistematiza una evaluación específica en función de los objetivos planteados en el proceso de intervención y en función de las características idiosincrásicas de los participantes. En consecuencia, el Manual Técnico de la SB-PFT supone una herramienta de utilidad en sí misma y un progreso para facilitar la diseminación de la SB-PFT que viene reforzado por la descripción de los componentes clave.

5.1.2. Impacto de la SB-PFT en las familias participantes

Con la finalidad de realizar una discusión integrativa de los principales resultados de eficacia, estos datos se acompañarán de la explicación de aquellos componentes del proceso de intervención de la SB-PFT –metodología grupal y técnicas psicodramáticas–

que según la percepción de los y las participantes fueron fundamentales para la consecución de cambios positivos. Por tanto, y de cara a enriquecer la obtención de implicaciones prácticas de este trabajo, la discusión de eficacia de la SB-PFT será complementada con la reflexión sobre los resultados de eficiencia relacionados con el proceso de implementación.

En la evaluación de eficacia de la SB-PFT, siguiendo las recomendaciones de Sexton y colaboradores (2011), hemos empleado un diseño mixto que ha conjugado una evaluación cuantitativa (con pretest, postest y seguimiento y grupo control) y una evaluación cualitativa siguiendo un método multi-informante. Como señalan Clark y Anderson (2004), el uso de una evaluación cualitativa que complemente a la evaluación cuantitativa ha permitido identificar una mayor variedad de cambios producidos. En consonancia, el uso de la metodología cualitativa refuerza que los posibles cambios revelados por los participantes no se limiten exclusivamente a las dimensiones evaluadas cuantitativamente. En definitiva, combinar la perspectiva cuantitativa y cualitativa ha permitido humanizar los datos estadísticos poniéndole la voz de padres, madres y adolescentes participantes en la SB-PFT.

Los diferentes cambios observados en las evaluaciones cuantitativas y cualitativas de la SB-PFT son ordenados para favorecer una lectura comprensiva sobre el impacto de la intervención. En concreto, al comienzo se discuten los cambios familiares, se continúa con los cambios individuales, tanto de adolescentes como de progenitores, y se finaliza con los cambios sociales.

5.1.2.1. Cambios familiares

La SB-PFT es una intervención de naturaleza familiar. En concreto, a las sesiones acuden diferentes miembros del sistema familiar: adolescentes, padres y madres (o cuidadores), e incluso, hermanos mayores de edad o que también son adolescentes. A nivel general, las intervenciones familiares cuentan con importantes evidencias (Sexton, 2011; Sexton y Datchi, 2014). Así, en los últimos años se ha incrementado la evaluación de intervenciones familiares dirigidas a adolescentes que exhiben comportamientos conflictivos, agresivos, violentos e incluso delictivos. Como vimos en el Capítulo 2, tratamientos sistémicos como la FFT, la MST o la MDST mejoran las dinámicas familiares y alcanzan la máxima consideración de evidencias para el trabajo con esta

población (Henggeler et al., 2009; Liddle, 1999; Sexton, 2011). De este modo, al igual que ocurre en la evaluación de las intervenciones previamente señaladas, resulta necesario presentar y discutir los cambios familiares promovidos por la SB-PFT.

Conocimientos sobre los otros miembros de la familia

En primer término, los cambios en las dinámicas y en las relaciones familiares son uno de los principales objetivos de la SB-PFT. A nivel sistémico, alcanzar cambios tipo II con una reorganización cualitativa del sistema y de las funciones familiares supone uno de los principales retos de las intervenciones sistémicas para que los cambios sean mantenidos a lo largo del tiempo (Papp, 1994; Sexton, 2011; Walsh, 2012). Las evidencias halladas en la literatura apuntan a la importancia de promover en las intervenciones diversos factores terapéuticos como el insight cognitivo, es decir, ser conscientes de los pensamientos, sentimientos y conductas, así como de los motivos que explican el comportamiento (Kellermann, 1985). En la evaluación cualitativa de la SB-PFT destaca cómo este factor terapéutico adquiere un componente sistémico. En concreto, progenitores y adolescentes manifestaron un mayor *conocimiento sobre los otros miembros de la familia* como consecuencia de la intervención, es decir, la SB-PFT propicia que los participantes tengan acceso a los pensamientos y emociones de los otros miembros de la familia, así como a los motivos de sus conductas. De este modo, este insight cognitivo de carácter circular supone uno de los principales cambios percibidos como consecuencia de la SB-PFT, y puede constituir un elemento familiar y sistémico que puede movilizar cambios en las relaciones y en las dinámicas familiares.

Profundizando en este resultado, y teniendo en cuenta el enfoque teórico-metodológico de la SB-PFT y los resultados de eficiencia sobre la utilidad percibida por los participantes acerca de las técnicas, podemos plantearnos la siguiente pregunta: *¿qué componentes de la SB-PFT pueden estar facilitando que los participantes logren un mayor conocimiento sobre los otros miembros de la familia?*

En primer lugar, el mayor conocimiento sobre los otros miembros de la familia es un resultado consistente con los planteamientos sistémicos y psicodramáticos de la SB-PFT. Desde aproximaciones sistémicas, cuando se interviene con los miembros de la familia se considera imprescindible que el terapeuta propicie un contexto de seguridad familiar en el que cada miembro de la familia pueda exponer e investigar las causas de sus emociones, sentimientos y percepciones ante los demás (Escudero, 2011). Este

contexto de seguridad pretende que cada persona –con la ayuda del terapeuta– otorgue un significado funcional a la narrativa de los demás, y que así se favorezca el conocimiento de las causas de los comportamientos de los distintos miembros de la familia (de Shazer, 1985; Ugazio, 2001). A su vez, este conocimiento sobre el otro –debido a la circularidad de los sistemas familiares– es considerado como un mecanismo para el cambio en las relaciones familiares (Satir, 2000; von Bertalanffy, 1976). Desde el enfoque psicodramático, este resultado es consistente con la propuesta de Kellermann (1985). Este autor comprobó que uno de los principales factores terapéuticos percibidos por participantes en intervenciones grupales psicodramáticas era la consecución de una mayor conciencia sobre los motivos de sus pensamientos, emociones y conductas. En concreto, en los grupos focales, padres, madres y adolescentes participantes en la SB-PFT destacaron la importancia de los roles invertidos y la escena para conocer mejor a los otros miembros de su familia. En este sentido, es destacable la doble vía que señalan los participantes para la consecución de este hito: una técnica que implica una participación activa como es la inversión de roles, y otra técnica mediatizada por la observación externa como es la escena –técnica propuesta y aplicada en la SB-PFT–, de la que existen diferentes variantes de aplicación como queda recogido en el Manual Técnico.

Vinculación parental

Otro resultado destacado que evidencia el impacto a nivel familiar de la SB-PFT tiene que ver con la mejora encontrada en la *vinculación parental*. La teoría del apego (Bowlby, 1982) resalta la importancia del establecimiento de los vínculos de apego en la infancia, no obstante, el papel predictor que tiene la vinculación de apego segura entre progenitores y menores trasciende al ámbito de la adolescencia (Allen et al., 2007). La adolescencia es una etapa evolutiva marcada por cambios normativos de diversa naturaleza, así como no normativos, que chicos y chicas deben afrontar. Presentar buenos niveles de vinculación parental se considera como un factor de protección del desarrollo adolescente (Allen et al., 2007; Pinquart, 2017; Wilson y Wilkinson, 2012). Por tanto, la relevancia de la vinculación con las figuras parentales justificó la necesidad de introducir la vinculación parental percibida por los y las adolescentes en la evaluación cuantitativa de la SB-PFT. A nivel general, los resultados de eficacia de la SB-PFT pusieron de manifiesto un impacto positivo de la intervención en la comunicación y en la confianza parental.

En primer lugar y respecto a la *comunicación parental* entre progenitores y adolescentes, los datos cuantitativos revelaron importantes efectos de la SB-PFT a corto y largo plazo. En concreto, los análisis de interacción mostraron a corto plazo un efecto estabilizador de la SB-PFT para la comunicación parental, existiendo un decremento significativo con un tamaño del efecto medio de la comunicación percibida por los y las adolescentes del grupo control. A largo plazo, en la estimación de las curvas de crecimiento, se obtuvo un incremento significativo de la comunicación parental percibida por los adolescentes participantes en la SB-PFT. Específicamente, el modelo exponencial presentó los mejores índices de ajuste, es decir, un crecimiento lento entre pretest y posttest que se acentúa en la medida de seguimiento. La evaluación cualitativa confirmó estos datos. Existió un acuerdo total entre progenitores y adolescentes al señalar que uno de los principales efectos de la SB-PFT fue la mejora de la *comunicación intrafamiliar*, esto es, más interacciones comunicativas funcionales en la familia. Por tanto, los cambios observados tanto en los estudios cuantitativos como en el estudio cualitativo confirman la mejora de la comunicación intrafamiliar como uno de los principales hitos sistémicos logrados por la SB-PFT.

Recordemos que uno de los motivos de derivación a la intervención de los adolescentes y sus progenitores fue la alta conflictividad presente en el hogar. Esta conflictividad familiar se visibiliza en una alta presencia de discusiones y agresiones verbales entre progenitores y adolescentes. En la Teoría de la Comunicación Humana propuesta por Watzlawick, Weakland y Fish (1974) se explícita la importancia de trabajar sobre los patrones comunicativos disfuncionales en la familia. De hecho, en los resultados de nuestro estudio, adolescentes del grupo control –que manifiestan comportamientos conflictivos, pero no reciben ninguna intervención– evidenciaron un decremento significativo de la comunicación parental percibida durante los tres meses que separan los dos momentos de evaluación. Estos resultados confirman la necesidad de intervenir con el sistema familiar –y sobre la comunicación intrafamiliar– cuando comiencen a aparecer en los y las adolescentes actitudes de conflictividad (como la escala agresiva en la comunicación familiar) que posiblemente se encuentren visibilizando una situación de crisis familiar (Minuchin y Fishman, 1981; Watzlawick et al., 1974). Asimismo, numerosos estudios han demostrado que una buena comunicación entre adolescentes y progenitores supone un factor de protección para el ajuste adolescente. En concreto, una comunicación funcional permite a los progenitores conocer más sobre los hábitos de sus

hijos e hijas adolescentes, promover los procesos de autorregulación emocional, conocer si sus hijos e hijas están sufriendo alguna situación de victimización y fomentar su madurez psicosocial (Antolín, 2011; Branje et al., 2012; Keijsers y Poulin, 2013). Por tanto, que la SB-PFT haya conseguido promover interacciones comunicativas funcionales entre progenitores y adolescentes supone un indicador de ajuste muy positivo tanto para el bienestar de la familia como para el desarrollo adolescente.

En segundo lugar, la *confianza parental* percibida por los y las adolescentes siguió un patrón similar en los estudios cuantitativos a los hallazgos relacionados con la comunicación. Concretamente, en la evaluación pretest/postest se observó que la SB-PFT tuvo un efecto estabilizador sobre la confianza parental, es decir, mientras que el grupo de adolescentes participantes en la SB-PFT mantuvo estable el nivel de confianza parental tras la intervención, en el grupo control el paso del tiempo conllevó un empeoramiento en la confianza que depositaban los y las adolescentes en sus padres y madres. Además, en la evaluación a largo plazo se obtuvo un crecimiento significativo de la confianza parental en el grupo de intervención. El modelo de crecimiento exponencial logró los mejores resultados de bondad de ajuste. Por tanto, la SB-PFT parece en un primer momento estabilizar los niveles de confianza para que posteriormente, cinco meses después de la intervención, se produzca un incremento significativo en este importante aspecto.

Indudablemente, la confianza percibida y recíproca entre adolescentes y progenitores es una variable fundamental para el desarrollo adolescente. Que los adolescentes se sientan comprendidos y respetados por sus padres y madres, a la vez que los perciban como disponibles durante esta etapa evolutiva, supone un factor de protección para el desarrollo y bienestar de chicos y chicas (Armsdem y Greenberg; 1987; Delgado et al., 2016). Los estudios apuntan que la exhibición de comportamientos problemáticos de adolescentes tanto en el ámbito social como familiar se relaciona con bajos niveles de confianza en el hogar (Borawski, et al., 2003; Dykas, et al., 2008). Incluso cuando existen situaciones de tensión, como es el caso de las familias participantes en la SB-PFT, el mantenimiento de la confianza recíproca entre adolescentes y progenitores es un buen indicador de ajuste para el desarrollo positivo durante la adolescencia (Moretti y Peled, 2004; Ying et al., 2015). Por tanto, que la SB-PFT haya conseguido mantener estables en un primer momento los niveles de confianza e incluso

incrementar estos niveles a largo plazo, constituye uno de los resultados de eficacia más prometedores de esta intervención.

En relación con la mejora de la vinculación familiar, en el análisis cualitativo del discurso de los adolescentes emergió una categoría relativa a la *proximidad emocional con los progenitores*. Así, algunos adolescentes verbalizaron que se encontraban más vinculados a sus progenitores. A nivel evolutivo, a pesar de que durante la adolescencia se busca la progresiva diferenciación con respecto a los progenitores, chicos y chicas necesitan sentirse parte de su sistema familiar, y ser reconocidos y aceptados por sus progenitores para elaborar ajustadamente su proceso de individualización (Moretti y Peled, 2004; Ying et al., 2015).

Resulta relevante entender qué elementos de la SB-PF podrían estar incidiendo en la consecución de estos cambios. De tal modo, teniendo en cuenta los fundamentos teóricos y metodológicos de la SB-PFT, y los resultados relacionados con la utilidad percibida de la metodología y técnicas empleadas en la aplicación de la SB-PFT, podemos plantearnos la siguiente cuestión: *¿qué podría estar explicando estos cambios en la vinculación parental?*

A pesar de que los participantes no explicitaron técnicas concretas para la consecución de estos cambios en la vinculación parento-filial, el encuadre teórico y metodológico de la SB-PFT permite esbozar una posible explicación de la presencia de tales efectos. Como se ha mencionado anteriormente, uno de los principales objetivos de la SB-PFT es la mejora de las relaciones familiares mediante el desarrollo de grupos multifamiliares. En estudios previos que evalúan grupos multifamiliares se ha demostrado la importancia de este formato para mejorar, especialmente, la comunicación y la cercanía entre los integrantes del sistema familiar (Keiley, 2007; Liu et al., 2015). El proceso terapéutico de los grupos familiares facilita que los diferentes miembros de la familia se escuchen entre sí y sientan que son importantes para las otras personas de la familia que participan en la intervención. Asimismo, durante las sesiones familiares se considera fundamental que el profesional externo propicie los movimientos necesarios para favorecer la unión entre los integrantes de la familia y elimine las posibles resistencias que obstaculizan los procesos vinculares entre progenitores y adolescentes (Sydow et al., 2013). En relación con este aspecto, la SB-PFT sigue el enfoque psicodramático, en el que director y yo auxiliar usan las técnicas y las acciones psicodramáticas para derribar mecanismos de defensa como las posibles negaciones de la asunción de responsabilidad

en el conflicto. Así, aceptar parte de responsabilidad en el conflicto familiar permite acercar posturas entre los miembros de la familia. En este sentido, la dramatización posibilita la resolución del conflicto y favorece el rol vinculante entre adolescente y progenitor (Moreno, 1964, Rojas-Bermúdez, 2000). Consideramos que la vinculación familiar es promovida en este proceso de acción psicodramática, dando la oportunidad de que las familias tengan una experiencia emocional correctiva del conflicto y de la situación de tensión en el hogar, así como la oportunidad de generar un espacio terapéutico de seguridad para tratar la situación problemática en un contexto supervisado por profesionales que dinamizan los procesos de comunicación intrafamiliar (Hartman y Zimberoff, 2004).

Prácticas educativas

Finalmente, las *prácticas educativas* que padres y madres exhiben en la relación con sus hijos e hijas es otra de las dimensiones relevantes abordadas en este trabajo. Tanto adolescentes como progenitores revelaron en el grupo de discusión que, como resultado de su participación en la intervención, padres y madres habían mejorado en el control de sus reacciones ante determinados comportamientos de sus hijos e hijas, promovían más la autonomía de los y las adolescentes sin descuidar el establecimiento de límites de modo consistente, se mostraban más afectuosos, y a nivel general, tenían mejores conocimientos sobre las prácticas educativas. De forma complementaria a la evaluación cualitativa, la evaluación cuantitativa de los progenitores –que hasta el momento solo cuenta con análisis exploratorios incluidos en el Manual Técnico de intervención de la SB-PFT– evidenció un decremento significativo de la hiper-reactividad parental ante los comportamientos de los y las adolescentes, una reducción de las conductas parentales hostiles, así como de las prácticas parentales permisivas. Por ende, la SB-PFT parece confirmarse como una intervención que aminora ciertas prácticas parentales conflictivas, y a su vez, promueve un ejercicio positivo de la parentalidad.

El desarrollo de una parentalidad positiva se ha confirmado como una dimensión relevante en la promoción del ajuste adolescente (Rodrigo, 2015; Rodrigo et al., 2015). Históricamente, los programas de formación para padres y madres –véase *GenerationPMTO* o *Turning in to kids*– han obtenido buenos resultados en la intervención con adolescentes que manifiestan o tienen riesgo de presentar comportamientos problemáticos (Forgatch y Patterson, 2010; Havighurst y Harley, 2007). Desde el enfoque

sistémico familiar, se ha considerado la intervención en las respuestas educativas que los padres y madres exhiben ante las demandas de los adolescentes como un mecanismo que media el cambio de los comportamientos problemáticos de adolescentes (Sexton, 2011). De hecho, que los progenitores manifiesten prácticas parentales ajustadas al momento evolutivo concreto de la adolescencia –promoviendo la autonomía y diferenciación del adolescente, a la vez que se involucran y supervisan su educación, establecen límites y mantienen buenos niveles de afecto–, se ha considerado como un factor de protección del ajuste adolescente (Carr, 2016; Hawk et al., 2008; Ying et al., 2015). En este sentido, las familias que llegan a la SB-PFT se caracterizan porque los comportamientos de los y las adolescentes exceden los recursos parentales. Alexander y colaboradores (2013) señalan la importancia de intervenir con padres y madres que perciben que sus recursos parentales son insuficientes para afrontar los comportamientos de sus hijos e hijas adolescentes. Por tanto, que la SB-PFT haya conseguido reducir las prácticas parentales negativas y que haya promocionado la adquisición de prácticas adecuadas supone un indicador de su eficacia para promover un ejercicio positivo de la parentalidad.

Así, de acuerdo a la sistematización realizada de la SB-PFT y a la utilidad percibida de las técnicas, podemos plantearnos, *¿qué podría estar explicando el cambio en las prácticas parentales de los progenitores?*

Aunque la SB-PFT no se considera un programa de formación para padres y madres entendido desde una perspectiva clásica psicoeducativa, la mejora del funcionamiento familiar está supeditada a cambios en el contexto de socialización y al uso de estrategias educativas funcionales y adaptadas a las características de chicos y chicas adolescentes. El trabajo sobre el conflicto entre progenitores y adolescentes mediante técnicas psicodramáticas posibilita el entrenamiento y la adquisición de prácticas parentales adecuadas. De hecho, padres y madres participantes en la SB-PFT informaron en los grupos de discusión, por un lado, de la importancia de técnicas como el role-playing para dramatizar el conflicto y adquirir estrategias parentales alternativas, y por otro lado, de la importancia de la técnica del espejo para ser conscientes de sus propias prácticas parentales mediante la observación externa de la representación por parte de otros de sus propias acciones educativas. Además, el contacto con otros padres y otras madres con las mismas dificultades favorece el aprendizaje interpersonal entre los miembros del grupo y la imitación de prácticas que resulten eficaces (Kellermann, 1985; Tracy y Wallace, 2016; Yalom y Leszcz, 2005). Asimismo, no hay que olvidar el

componente sistémico, bidireccional y circular entre progenitores y adolescentes (Bronfenbrenner, 2000; Papp, 1994). Por tanto, que los y las adolescentes se encuentren presenten en las sesiones y desarrollen dramatizaciones conjuntas con sus padres y madres facilita la retroalimentación entre los miembros de la familia, que cada miembro asuma responsabilidades de sus actos, y que, por tanto, exista un análisis y modificación de las prácticas educativas parentales.

Una vez recopilados y discutidos los principales resultados de eficacia en relación con las variables familiares, nos centraremos a continuación en el análisis de los cambios individuales experimentados por adolescentes y progenitores.

5.1.2.2. Cambios individuales en adolescentes y progenitores

Los cambios familiares ligados a la propia naturaleza sistémica de la SB-PFT se complementan con cambios personales experimentados tanto por adolescentes como por padres y madres. La constatación de estos cambios es importante dado que, como se recordará, uno de los objetivos de la SB-PFT tiene que ver con la mejora del desarrollo adolescente.

Cambios en la inteligencia emocional

En primer lugar, en los resultados cuantitativos de eficacia presentados en esta Tesis Doctoral se pone especial énfasis en el impacto de la SB-PFT sobre la *inteligencia emocional* de los chicos y las chicas participantes. Recordemos que para evaluar esta dimensión se empleó un cuestionario que asumía el modelo mixto de la inteligencia emocional de Bar-On (2000). Desde este modelo mixto se considera que la comprensión de las propias emociones y las de los demás, el manejo del estrés, la capacidad de adaptación y el estado de ánimo, se asocian al éxito social adolescente (Ba-On, 2006; Bar-On y Parker, 2000). La población objeto de la intervención evaluada es antagónica a dicho éxito social, presentando diversos comportamientos problemáticos que se han relacionado en la literatura con una pobre inteligencia emocional (Cobos et al., 2017; Fite et al., 2012). En esta línea, el enfoque psicodramático de la SB-PFT trata de favorecer el cambio emocional que necesitan estos chicos y chicas. Kellermann (1984) propone que los procesos grupales psicodramáticos se encuentran ligados a procesos catárticos de liberación emocional. Asimismo, Yalom y Leszcz (2005) también informan de la

importancia de la expresión y liberación emocional como factor terapéutico de los grupos de intervención. Por todo ello, la inclusión de la inteligencia emocional como dimensión objeto de evaluación de la SB-PFT se encuentra ampliamente justificada.

El primer gran cambio en la inteligencia emocional está relacionado con la *inteligencia interpersonal* de las y los adolescentes. Este cambio ha sido contrastado mediante la evaluación cuantitativa y la evaluación cualitativa. Según el modelo de Bar-On (2000), la inteligencia interpersonal puede ser entendida como la capacidad de los individuos para identificar y comprender las emociones de los demás. A nivel cuantitativo, se observó un incremento significativo a corto plazo de la inteligencia interpersonal de los y las adolescentes participantes en la SB-PFT. Estos datos se vieron confirmados en la evaluación cualitativa. En concreto, padres y madres informaron de una creciente capacidad *empática* de los y las adolescentes tras la SB-PFT. Por tanto, un resultado positivo de la eficacia de la SB-PFT es la mejora de la inteligencia interpersonal a corto plazo. Asimismo, en relación con los cambios a largo plazo, en la estimación de la pendiente mediante el método de máxima verosimilitud, se observó un crecimiento significativo de la inteligencia interpersonal de los adolescentes. En síntesis, podemos decir que no solo existe un incremento significativo de la inteligencia interpersonal a corto plazo, sino que vuelve a producirse otro crecimiento a largo plazo.

La mejora de componentes de la inteligencia interpersonal como la empatía, la adopción de perspectivas, y la capacidad para identificar y comprender las emociones de los otros, son resultados en consonancia con los obtenidos en programas de intervención destinados a adolescentes y focalizados en el aprendizaje socio-emocional como el programa Intemo (Castillo, Salguero, Fernández-Berrocal y Balluerka, 2013). Estos componentes se consideran factores de protección para evitar la aparición de comportamientos problemáticos en adolescentes (Cobos et al., 2017; Moreno y Fernández, 2011). Por tanto, la presencia de estos cambios avala de nuevo a la SB-PFT como una intervención adecuada para promover competencias interpersonales en adolescentes con problemas de conducta.

El segundo gran cambio contrastado en la SB-PFT –y que es confirmado tanto en la evaluación cuantitativa como en la evaluación cualitativa– es la mejora del *estado de ánimo* de las y los adolescentes. A nivel estadístico existió a corto plazo un incremento significativo con un tamaño del efecto medio del estado de ánimo de chicos y chicas tras su participación en la SB-PFT. Este hecho fue confirmado tanto por los adolescentes

como por los progenitores cuando señalaron en el grupo de discusión que uno de los principales cambios fue el incremento del *bienestar emocional* adolescente tras la intervención. Asimismo, a largo plazo siguió existiendo un incremento significativo del estado de ánimo. En concreto, se confirmó con buenos valores de bondad de ajuste el crecimiento logarítmico del estado de ánimo, es decir, a corto plazo existió una curva más acentuada de crecimiento que se mantuvo y creció levemente a largo plazo. Estos resultados confirman que la SB-PFT es una intervención facilitadora de la transformación emocional del adolescente.

Bar-On (2000) relaciona el estado de ánimo con la felicidad, el optimismo, el sentirse satisfecho con uno mismo, y con la creencia de tener un futuro positivo. Los comportamientos problemáticos se asocian habitualmente a la ira y a la hostilidad adolescente con respecto al contexto familiar o social (Fosco et al., 2014). Por tanto, que la SB-PFT sea capaz de transformar estos estados emocionales negativos en un estado emocional más positivo es indudablemente uno de los principales indicadores de la eficacia de la intervención. De hecho, si los y las adolescentes alcanzan un estado emocional estable caracterizado por el optimismo y una esperanza positiva de cara al futuro, es más improbable que desarrollen ciertas conductas problemáticas que puedan desequilibrar su estado emocional (Cobos et al., 2017; Piqueras et al., 2009).

En tercer lugar, con respecto a la *inteligencia intrapersonal*, no se observaron diferencias significativas en la evaluación cuantitativa. Sin embargo, en la evaluación cualitativa tanto los padres y las madres como las y los adolescentes informaron de un cambio en la *expresión de emociones y sentimientos* en los adolescentes tras su participación en la SB-PFT. Posiblemente, la discrepancia existente entre los resultados obtenidos por las dos aproximaciones metodológicas pueda ser debida a la validez de constructo medido por el instrumento EQ-YV en relación con la inteligencia intrapersonal. En concreto, Bar-On y Parker (2000) define la inteligencia intrapersonal como la capacidad para comprender y manejar las propias emociones. Bar-On y Parker (2000), en esta definición, sitúan el foco en el componente cognitivo de la inteligencia intrapersonal, mientras que lo reportado en la evaluación cualitativa tanto por adolescentes como por sus progenitores se relaciona con una mayor apertura emocional. Podemos entender el componente de apertura emocional como una acción encaminada hacia un doble sentido. Por un lado, la apertura emocional de los individuos se relaciona con la liberación de las emociones y de los elementos de tensión (Kellermann, 1984), y,

por otro lado, en los y las adolescentes esta apertura emocional supone compartir su intimidad con los demás. De hecho, este proceso de compartir con los otros, en especial con los iguales, es uno de los elementos más característicos de la socialización durante la adolescencia (Gorrese y Ruggieri, 2012). Que la SB-PFT consiga superar las posibles resistencias del adolescente para que pueda expresar sus pensamientos, sus miedos y sus sentimientos, supone un resultado de relevancia de esta intervención.

En cuarto lugar, destacan los cambios encontrados en la *adaptabilidad* de los y las adolescentes. Aunque en la evaluación de posttest solo se observó una significación residual en el análisis de interacción entre el grupo de intervención y el grupo control, en la evaluación a largo plazo se obtuvo una pendiente significativa. En concreto, el modelo estimado de crecimiento logarítmico obtuvo los mejores índices de ajuste. Por tanto, con respecto a la adaptabilidad parece que la tendencia a mejorar a corto plazo se confirmó a largo plazo cuando esta tendencia se acentúa levemente. Para entender estos resultados es importante comprender cómo define Bar-On (2000) el constructo de adaptabilidad. Para este autor la estabilidad es entendida como la capacidad del individuo para resolver problemas buscando alternativas de solución eficaces, objetivas y reales, así como la flexibilidad del individual para adoptar diferentes estrategias en función de la situación. Siguiendo esta definición, se confirmó que este resultado cuantitativo fue avalado por la evaluación cualitativa de la SB-PFT. En concreto, el tercer cambio más informado por los adolescentes fue la adquisición de *estrategias de resolución de problemas* que permite a los adolescentes afrontar de modo eficaz y flexible las demandas cotidianas. Por tanto, la confirmación tanto cuantitativa como cualitativa de la adquisición de estrategias para solucionar dificultades y, por consiguiente, una mayor adaptabilidad, destaca como uno de los principales resultados de eficacia de la SB-PFT.

En relación con los resultados obtenidos en la dimensión de adaptabilidad, es importante entender que, a nivel general, diferentes teorías como la GST, la I³ o la teoría de frustración-agresión enfatizan la relevancia para los y las adolescentes de contar con recursos para afrontar diferentes situaciones potencialmente estresantes que puedan conllevar el incremento de su nivel de tensión. La disposición de estrategias adecuadas evita que el afrontamiento de estas situaciones incluya la manifestación de comportamientos problemáticos como vía de escape para eliminar las emociones negativas (Agnew, 2012; Berkowitz, 1989; Finkel et al., 2012; Slotter y Finkel, 2011). De este modo, que la SB-PFT consiga que adolescentes puedan desarrollar un repertorio

conductual diferente a la manifestación de conductas agresivas, violentas o problemáticas como adaptabilidad a las dificultades sobrevenidas supone un logro de eficacia muy relevante.

Finalmente, el quinto componente de la inteligencia emocional evaluado en la SB-PFT ha sido el *manejo del estrés*. El manejo del estrés desde el modelo de Bar-On (2000) es entendido como el control de impulsos percibido por los y las adolescentes, y por tanto, se encuentra relacionado con el autocontrol emocional. Aunque no se observaron cambios en esta dimensión cuando fue evaluada cuantitativamente mediante el instrumento EQ-YV (Bar-On y Parker, 2000), tanto adolescentes como progenitores sí informaron en los grupos focales de un mayor *autocontrol emocional* en chicos y chicas. Los cambios en esta dimensión parecen especialmente relevantes debido a que hay estudios que señalan al manejo del estrés como una de las principales dimensiones predictivas para la exhibición de comportamientos problemáticos adolescentes (Davis y Wilgesworth, 2018). De hecho, desde la Teoría I³ se establece que existen factores instigadores que consumen los recursos de los individuos inhibiendo su capacidad de controlar impulsos (Finkel, 2014). Por tanto, que se haya percibido un mayor control de los impulsos en chicos y chicas, puede ser considerado como uno de los principales resultados de la SB-PFT.

Dado el componente sistémico de la SB-PFT, los cambios en la inteligencia emocional de los adolescentes deben complementarse con el análisis de los cambios en la inteligencia emocional de los progenitores. En relación con esta cuestión, la evaluación cualitativa también desveló cambios en las competencias emocionales de padres y madres.

En relación con la *inteligencia interpersonal*, padres y madres percibieron cambios en su capacidad *empática*, resultado también destacado por sus hijos e hijas. La mayor atención y comprensión (cognitiva y emocionalmente) de los progenitores para atender las necesidades propias de la adolescencia, sin duda, facilita la supervisión y regulación parental de las conductas de los adolescentes. De hecho, programas como *Tuning in to Teens* (Havighurst et al., 2012), con evidencias informadas desde la CEBC, obtiene entre sus resultados principales la mejora del reconocimiento, de la comprensión y de la regulación de las emociones propias y las de sus hijos por parte de los progenitores. Al igual que este programa, la SB-PFT se confirma como una intervención

potencialmente eficaz para promover la inteligencia interpersonal de las figuras parentales.

De modo similar a los adolescentes, uno de los principales cambios reportados por padres y madres ha sido un mayor *bienestar emocional* tras haber participado en la SB-PFT. Siguiendo el Modelo Doble ABC-X de estrés familiar (McCubbin y Patterson, 1983), la presencia de comportamientos conflictivos de los adolescentes puede conllevar una evaluación de los progenitores de sus recursos para afrontar las situaciones conflictivas. Que padres y madres durante el proceso de intervención hayan incrementado sus niveles de bienestar emocional puede propiciarles una tranquilidad emocional favorable para afrontar la situación de dificultad familiar. Asimismo, los progenitores también han informado de un mayor *autocontrol emocional* tras la SB-PFT. Existen evidencias que apuntan que un nivel alto de estrés familiar se relaciona con prácticas educativas inconsistentes (García-Linares, de la Torre, de la Villa, Cerezo y Casanova, 2014; Pérez-Padilla, 2014). Por tanto, es un indicador de eficacia positivo de la SB-PFT haber promovido respuestas antagónicas al estrés percibido, es decir, mayor autocontrol y bienestar emocional.

Finalmente, en relación con la inteligencia emocional, en la narrativa de padres y madres han aparecido categorías relacionadas con cambios percibidos en la *inteligencia intrapersonal* y en la *adaptabilidad*. En concreto, los progenitores –al igual que los adolescentes– han informado una mayor capacidad para *expresar emociones* y más *estrategias de afrontamiento* para resolver los problemas cotidianos. Padres y madres han reportado estos cambios a nivel tanto familiar como social. Si nos centramos en el contexto familiar, indudablemente estos cambios propician una mayor capacidad de los progenitores para solucionar las situaciones de dificultad y conflictividad con sus hijos e hijas adolescentes. De este modo, que ante una situación de dificultad los padres y las madres sean capaces de expresar y manejar sus emociones, así como de adoptar diferentes estrategias funcionales en la resolución de conflictos, puede favorecer la resolución de conflictos familiares y a la vez, suponer un modelo de aprendizaje –mediante la imitación conductual– para sus hijos e hijas adolescentes. De hecho, desde la teoría del aprendizaje social-cognitivo (Bandura, 1973) se considera que la imitación es una herramienta muy utilizada como mecanismo de aprendizaje. Incluso existen estudios que avalan que la presencia de comportamientos problemáticos y violentos de los padres y las madres se repiten generacionalmente en adolescentes, siendo la transmisión intrafamiliar y

generacional uno de los posibles motivos explicativos de la exhibición de conductas conflictivas (Moffitt y Scott, 2008; Taylor y Rogers, 2005). Por tanto, que la SB-PFT haya conseguido producir cambios en la expresión y el manejo de emociones de los progenitores y en sus estrategias de afrontamiento, puede significar un factor de protección familiar ante la presencia de comportamientos problemáticos de los y las adolescentes.

Una vez reportados los cambios en relación con la inteligencia emocional, y teniendo en cuenta los componentes metodológicos y teóricos de la SB-PFT presentados en el Manual Técnico, así como los resultados obtenidos sobre la utilidad percibida de las técnicas, nos planteamos la siguiente cuestión: *¿qué componentes de la SB-PFT han podido contribuir a explicar la mejora de la inteligencia emocional de los participantes?*

En primer lugar, y en relación con los principios teóricos de la SB-PFT, que tanto adolescentes como progenitores reconocieran cambios emocionales en el otro miembro de la familia supone un refuerzo a la circularidad de los cambios y al componente sistémico de la SB-PFT. Así, desde posiciones sistémicas se asume que un cambio individual de uno de los miembros de la familia produce una modificación del sistema familiar (Minuchin y Fishman, 1981). De hecho, la SB-PFT puede ser considerada como una intervención en la que el componente emocional juega un papel fundamental ya que, aunque no se trata de una intervención focalizada exclusivamente en las emociones, sí se trabajan las emociones asociadas a la conflictividad familiar. Además, desde la SB-PFT se promueve que los diferentes miembros de la familia perciban y comprendan las emociones ajenas. Esta percepción y comprensión de las emociones de los demás puede favorecer en uno mismo una respuesta conductual diferente o un análisis distinto de la situación de crisis de la familia (Satir, 2000). Así, esta respuesta conductual diferente o el nuevo análisis realizado de la situación familiar puede favorecer la mejora de las relaciones intrafamiliares.

En segundo lugar, y en relación con los componentes metodológicos de la SB-PFT y la información revelada en los grupos focales, el formato grupal en sí supone una herramienta facilitadora para la expresión de emociones si se consigue alcanzar una buena cohesión entre los integrantes del grupo y una buena vinculación entre el grupo con los terapeutas y los yoes auxiliares (Friedlander et al., 2011). La expresión de emociones facilitada por el grupo puede ser debida a la ruptura del yo único de los participantes al encontrar a otras personas (adolescentes y padres y madres) que están experimentando

una situación problemática similar (Yalom y Leszcz, 2005). Así, esta apertura emocional y la posibilidad de compartir con otros el conflicto, puede conllevar un alivio emocional y la percepción de mejora del bienestar tal y como es comentado por los participantes.

Finalmente, el componente psicodramático de la SB-PFT conlleva el aprendizaje de roles mediante el entrenamiento de los propios roles en los que los participantes presentan dificultades. En la SB-PFT –fruto de la integración de las aproximaciones sistémica y psicodramática– se trabajan las dificultades vinculares en el rol complementario progenitor-hijo con especial énfasis en el componente emocional del conflicto y en la relación entre las partes. Este entrenamiento de roles tiene como objetivo facilitar la adaptabilidad de los participantes y la resolución de sus conflictos, cambios observados en la evaluación (Moreno, 1964; Rojas-Bermúdez, 2000). Este entrenamiento y adquisición de roles adaptativos viene mediado por el uso de técnicas psicodramáticas. En concreto, en los grupos focales, adolescentes y progenitores informaron de la importancia del role-playing para la mejora de la expresión emocional; del espejo para adquirir estrategias de afrontamiento; de la interpolación de resistencias emocionales y del doble para promover la expresión de emociones y la adquisición de estrategias de afrontamiento; y de los roles invertidos y la escena para facilitar el desarrollo de la empatía.

Cambios en el conocimiento de sí mismos, en la capacidad de reflexión y en la relativización del problema

Siguiendo con el análisis de los cambios personales, destaca que en la evaluación cualitativa adolescentes y progenitores informaron de un mayor *conocimiento de sí mismos*. Adicionalmente, las y los adolescentes también destacaron la importancia de la SB-PFT para *reflexionar* sobre sus vidas. Por su parte, los progenitores explicitaron la relevancia de la SB-PFT para ser conscientes de la existencia de otras familias en su misma situación, lo que les ha permitido *relativizar su problemática*. Estos cambios de naturaleza más cognitiva se encuentran estrechamente relacionados con uno de los factores terapéuticos de las intervenciones psicodramáticas propuesto por Kellermann (1985): el insight cognitivo, es decir, la capacidad para que los participantes sean conscientes de las razones de sus pensamientos, conductas y emociones. Los factores terapéuticos son los agentes de cambio y los mecanismos de crecimiento que contribuyen, de forma conjunta, al logro de resultados positivos en las intervenciones (Kellermann,

1985). En esta línea, Yalom y Leszcz (2005) establecen como uno de los principales factores terapéuticos la importancia de conocer a otros individuos en su misma situación, tal y como informaron padres y madres participantes en la SB-PFT. Este conocimiento de otras personas en una situación de dificultad similar a la propia promueve la ruptura del yo único y la relativización de la situación problemática. Asimismo, también nos gustaría puntualizar que, en los adolescentes, la mejora en el autoconocimiento como resultado de su participación en la SB-PFT puede estar relacionada con los procesos de crecimiento personal y desarrollo de la identidad propuestos desde la teoría de Erikson (1968). Este autor establece que durante la adolescencia chicos y chicas deben solventar una crisis asociada a la búsqueda de la identidad. Por tanto, y consistentemente con la literatura previa, estos cambios relacionados con el conocimiento de uno mismo, con la promoción del insight cognitivo, y con la consciencia de la existencia de otras personas con la misma problemática son cambios percibidos por los participantes de la SB-PFT de gran valor terapéutico.

Ahora bien, teniendo en cuenta las características de la SB-PFT, y los resultados obtenidos en relación con la utilidad de las técnicas, *¿qué elementos de la SB-PFT pueden estar facilitando la mejora en el conocimiento de sí mismos, la reflexión y la relativización del problema?*

Kellermann (1984) establece la importancia de la catarsis integrativa de las intervenciones psicodramáticas. En este marco, en el constructo integrativo aparecen los cambios propios del insight cognitivo, es decir, la liberación y expresión emocional propia del psicodrama debe ser acompañada de una ordenación e integración de estas emociones que permite a los individuos, entre otros contenidos, adquirir un mayor conocimiento sobre sí mismos. El psicodrama facilita este proceso de autodescubrimiento una vez que el individuo ha sido consciente de su rol en el conflicto original y de los motivos de sus pensamientos, emociones y acciones (Alvarez-Valcarce, 2011). Este proceso psicodramático puede conllevar el mayor autoconocimiento de sí mismos tal y como es informado por los participantes en la SB-PFT.

En este contexto, la metodología grupal de la SB-PFT facilita el conocimiento de otras familias y adolescentes con comportamientos problemáticos, y por tanto, el problema pasa de tener una identidad individual idiosincrásica a una entidad compartida por los miembros del grupo (Yalom y Leszcz, 2005). De hecho, en los grupos focales los participantes destacaron la importancia de la metodología grupal para romper con el

aislamiento que genera la situación problemática familiar. Además, los participantes señalaron la importancia del role-playing para dramatizar los propios conflictos, pensamientos o sentimientos en un entorno psicoterapéutico de seguridad que promueve la reflexión y la toma de consciencia de los motivos de sus conductas mediante un trabajo de reflexión interna y racionalización de sus actos y de su persona. En suma, los participantes también valoraron la escena y el espejo como técnicas que promueven la reflexión personal a través de la observación externa de una situación conflictiva familiar.

Cambios en los comportamientos problemáticos

Finalmente, y tras los cambios reportados tanto en adolescentes como en progenitores en su inteligencia emocional y en otros contenidos como el conocimiento de sí mismos, debemos profundizar en los efectos de la SB-PFT para reducir los *comportamientos problemáticos* de los y las adolescentes. Recordemos que la reducción de estos comportamientos –junto a la mejora de las relaciones familiares– es el principal objetivo de la SB-PFT (Gutiérrez, 2015; Lorence et al., 2018). A este respecto, no se observaron cambios significativos en los análisis de eficacia a corto plazo del grupo de intervención en comparación con el grupo control, pero sí a largo plazo. Concretamente, se observó un descenso exponencial de los comportamientos problemáticos en los adolescentes que participaron en la SB-PFT, es decir, a corto plazo no se apreciaron cambios pero a largo plazo existió un decremento significativo del número de comportamientos problemáticos de los adolescentes.

A pesar de que en la evaluación cuantitativa solo se observaron cambios en la conducta antisocial a largo plazo, en la evaluación cualitativa progenitores y adolescentes informaron de cambios en dimensiones relacionadas con comportamientos conflictivos. En términos generales, los participantes revelaron un decremento de la *agresividad física y verbal* de los adolescentes y un incremento de sus *actitudes prosociales*. Por un lado, la disminución de la agresividad física y verbal supone un resultado consistente con los objetivos de intervención de la SB-PFT (Lorence et al., 2018). Las frecuentes discusiones con actitudes verbales agresivas de los adolescentes hacia sus progenitores y su participación en peleas con los iguales se encontraban entre los motivos principales de derivación de los adolescentes a la SB-PFT. De este modo, que los adolescentes verbalizaran la reducción de estos comportamientos supone implícitamente una toma de consciencia del daño ligado a la manifestación de estas conductas (Vazsonyi et al., 2017).

En consecuencia, la SB-PFT parece tener un impacto positivo en la disminución de los niveles de agresividad de los y las adolescentes. Este resultado es consistente con otras intervenciones basadas en la evidencia con adolescentes con comportamientos problemáticos como la FFT, la MST y la MDST (Celinska et al., 2015; Ogden y Hagen, 2006; Schaub et al., 2014).

Por otra parte, en relación con las conductas prosociales, los participantes coincidieron en la percepción de que los y las adolescentes exhibían más conductas basadas en el respeto, aceptaban mejor las normas sociales y familiares, colaboraban más en el contexto familiar y social, mostraban una mayor preocupación y actitud de ayuda ante las necesidades de los demás e incluso manifestaban más signos de afecto hacia sus padres y madres. Por tanto, que los adolescentes y los progenitores informaran de estos cambios constituye un apoyo riguroso al impacto positivo de la SB-PFT con respecto a su objetivo inicial. Una implicación directa de este resultado es la potencial eficacia de la SB-PFT para desarrollar en adolescentes conductas alternativas y diferenciales a la conducta problemática. Así, este resultado es consistente con lo hallado en las evaluaciones de eficacia de otras intervenciones con adolescentes con conductas conflictivas. Intervenciones familiares como la FFT, tratamientos cognitivos-conductuales o los grupos multifamiliares muestran la importancia de promover las actitudes prosociales en los y las adolescentes que exhiben comportamientos problemáticos (Datchi y Sexton, 2013; Kumpfer y Magalhães, 2018; Paz y Carrasco, 2006).

El desarrollo de comportamientos prosociales es considerado uno de los mejores indicadores del ajuste adolescente según diferentes disciplinas como la Psicología Evolutiva y la Psicología Clínica (APA, 2013; Moreno y Fernández, 2011). Desde el enfoque del desarrollo positivo se considera a chicos y chicas como individuos con múltiples fortalezas para alcanzar un desarrollo exitoso y saludable (Lerner, 2002). Además, se afirma que estas fortalezas pueden ser trabajadas para promover los recursos adaptativos de los y las adolescentes. Pues bien, que los y las adolescentes –con ayuda tanto de los profesionales, de su grupo de iguales y de sus familias– consigan desarrollar una serie de comportamientos prosociales muestra que son agentes activos de su desarrollo y que, a su vez, es necesario y posible intervenir en sus trayectorias negativas para propiciar una variación de las mismas (Comeche y Vallejo, 2016). De hecho, desde múltiples teorías se considera que esta intervención se debe realizar, tal y como ocurren

en la SB-PFT, teniendo en cuenta los principales contextos de desarrollo del adolescente (Dishion et al., 1995; Henggeler y Schaeffer, 2016). Concretamente, en intervenciones familiares como la FFT se dedica una fase del tratamiento exclusivamente a la generalización de las conductas y emociones prosociales en los diferentes contextos de desarrollo del adolescente (Datchi y Sexton, 2013; Sexton, 2009). Por tanto, que la manifestación de comportamientos prosociales en el ámbito familiar y social sea uno de los principales cambios percibidos por adolescentes y progenitores, supone uno de los resultados más esperanzadores sobre la eficacia de SB-PFT, y a su vez, supone la consecución de uno de los principales objetivos de la intervención (Lorence et al., 2018).

En definitiva, los y las adolescentes informan de dos cambios estrechamente relacionados: (a) el decremento de sus conductas agresivas y (b) la aparición de actitudes prosociales. De hecho, parece que ambos aspectos son antagónicos y que, por tanto, son conductas polarizadas que difícilmente pueden mostrar los adolescentes de modo simultáneo (Achenbach, 1993). En consecuencia, podemos concretar que la SB-PFT presenta un impacto muy positivo con respecto a los comportamientos problemáticos de adolescentes con una doble implicación: reduce estos comportamientos a la vez que fomenta las conductas prosociales.

Tras este resultado, y con los conocimientos teóricos y metodológicos de la SB-PFT, y los resultados relacionados con la utilidad de las técnicas, nos planteamos: *¿qué posibles explicaciones pueden ser planteadas para comprender cómo los componentes SB-PFT han conseguido reducir los comportamientos problemáticos de los adolescentes y aumentar sus conductas prosociales?*

Inicialmente, es riguroso señalar que los participantes no explicitaron técnicas concretas para explicar los cambios comportamentales. No obstante, haciendo una lectura holística podemos conceptualizar que las técnicas ligadas a cambios específicos (cambios en la inteligencia emocional, en las prácticas parentales o en el conocimiento de sí mismos, entre otros) pueden estar influyendo indirectamente en la reducción de los comportamientos problemáticos. Dada la relación evidenciada en la literatura entre las diferentes dimensiones estudiadas y las conductas conflictivas, detallamos una explicación de los cambios en las conductas problemáticas como consecuencia de los cambios promovidos por la SB-PFT en diversos componentes familiares y personales.

Por un lado, la reducción de los comportamientos problemáticos de los adolescentes (como la disminución de la agresividad física o verbal) puede ser parcialmente explicada en base al impacto familiar de la SB-PFT. A nivel familiar, la presencia de conflictos con las figuras parentales se encuentra estrechamente relacionada con la presencia de respuestas de ira en el sistema familiar (Fosco et al., 2014). Desde aproximaciones como la hipótesis de frustración-agresión o la Teoría I³, la presencia de estados emocionales negativos como la ira se asocia con la manifestación de conductas agresivas (Berkowitz, 1989; Slotter y Finkel, 2011). Farrington (1995) expuso un enfoque integrativo –basado en la interacción entre el individuo y su entorno familiar y social mediado por dinamizadores como las emociones de ira y frustración– para explicar la exhibición de comportamientos problemáticos. Como hemos visto previamente, los y las adolescentes han informado de un mayor bienestar emocional tras participar en la SB-PFT incrementando su capacidad para expresar emociones y comprender las emociones de los demás, así como adquiriendo nuevas estrategias de afrontamiento. Por tanto, parece que los y las adolescentes han disminuido su malestar emocional y han adquirido durante la intervención una serie de competencias emocionales y conductuales que se encuentran negativamente relacionadas con la presencia de comportamientos problemáticos (Cejudo et al., 2018; Fernández-Berrocal y Ruiz-Aranda, 2008). Asimismo, como muestran los resultados de vinculación parental, las relaciones entre los adolescentes y sus padres y madres había mejorado, especialmente, la confianza y la comunicación. En consecuencia, la promoción de una comunicación intrafamiliar efectiva puede estar implicando que adolescentes abandonen las conductas agresivas como estrategia para resolver conflictos.

Por otro lado, los cambios en la inteligencia interpersonal, en la capacidad de expresar emociones o en la estrategia de afrontamiento se encuentran íntimamente ligados a la promoción de comportamientos prosociales (Moreno y Fernández, 2001). Asimismo, cuando el escenario en el que se desarrolla el adolescente se caracteriza por un ambiente de seguridad familiar es más probable que el adolescente desarrolle estos comportamientos (Andretta et al., 2015). Por tanto, es indudable que los cambios personales y familiares que se van produciendo durante el proceso de intervención de la SB-PFT reviertan en el comportamiento del adolescente y promuevan el desarrollo de actitudes prosociales. De hecho, no nos podemos olvidar que la SB-PFT se sustenta en un enfoque sistémico de intervención (Lorence et al., 2018). Como hemos informado, padres y madres también mostraron un desempeño más positivo de su parentalidad, lo

que supone un cambio tanto en sus actitudes (que pueden ser repetidas e imitadas por sus hijos e hijas adolescentes) como en las dinámicas familiares. Estos cambios favorecen la vinculación y las relaciones entre progenitores y adolescentes, así como la manifestación por parte chicos y chicas de actitudes de respeto, preocupación y disposición ante las necesidades familiares (Bandura, 1973; O'Connor y Scott, 2006; Rasalingam et al., 2017).

Aunando tanto la reducción de comportamientos agresivos como la aparición de actitudes prosociales en los y las adolescentes, podemos considerar que trabajar con el sistema familiar ayuda a no estigmatizar al adolescente, a poner el foco en las relaciones familiares en vez de en los individuos, y a movilizar los recursos de cada miembro de la familia como agente activo que tiene responsabilidad, sufre, y tiene recursos para afrontar la solución de la situación (Papp, 1994; Sydow et al., 2013). Recordemos que desde la postura sistémica que fundamenta la SB-PFT, las conductas problemáticas pueden ser percibidas como un síntoma que indica la disfuncionalidad del sistema familiar (Minuchin y Fishman, 1981). Por tanto, si atendemos a esa disfuncionalidad familiar, cambiamos la narrativa familiar y mejoramos las dinámicas y procesos familiares (como, por ejemplo, han revelado los y las participantes con la mejora percibida en las prácticas educativas y en los procesos vinculantes), estamos facilitando la modificación de las conductas problemáticas adolescentes. Además, la promoción de competencias emocionales puede estar facilitando ir un paso más allá, y que no solo los y las adolescentes reduzcan los comportamientos problemáticos, sino que también aparezcan actitudes prosociales como más conductas de respeto o atención ante las necesidades de los demás.

Finalmente, para explicar que una intervención centrada en la dinámica familiar haya conseguido cambios en los comportamientos de las y los adolescentes, debemos recordar que la SB-PFT integra componentes sistémicos con elementos psicodramáticos. Aunque los participantes no explicitaron técnicas psicodramáticas específicas como factores explicativos de la reducción de los comportamientos agresivos o la mejora en actitudes prosociales, los participantes sí verbalizaron la utilidad de estas técnicas en referencia a otros cambios familiares y personales que pueden favorecer la reducción de la conflictividad adolescente. Además, la estructura de las sesiones de la SB-PFT puede estar explicando la consecución de estos cambios. Desde la presentación de la SB-PFT en la primera escena de la primera sesión, se explicita, visibiliza y muestra el conflicto

familiar con diferentes elementos y contenidos que promueven directamente la reflexión sobre los factores del sistema familiar que están influyendo su mantenimiento. Estas escenas –informadas por los participantes como facilitadoras de la reflexión, la empatía y el conocimiento de los otros miembros de la familia– promueven que los progenitores y los adolescentes hablen del conflicto en un contexto de seguridad. Por tanto, de algún modo, esta aproximación metodológica favorece que la resolución del conflicto no se haga en base a conductas verbales agresivas. En esta línea, el uso de técnicas psicodramáticas durante la dramatización facilita tener otras perspectivas del conflicto y buscar alternativas de solución al mismo a través, por ejemplo, de la expresión de emociones o de la mejora de la comunicación intrafamiliar, por nombrar algunos de los principales resultados de eficacia de la SB-PFT. De hecho, la expresión de emociones se relaciona con la manifestación de conductas prosociales, por lo que resulta relevante el uso de técnicas como el role-playing como facilitadoras de este proceso (Moreno y Fernández, 2001). Por tanto, a pesar de que en los grupos focales los participantes no asociaron técnicas específicas con la reducción de los comportamientos problemáticos o a la adquisición de actitudes prosociales, consideramos que los cambios concretos percibidos (en las interacciones familiares y en las competencias emocionales) y asociados a las diferentes técnicas, reflejan la equifinalidad del uso de estas técnicas para reducir los comportamientos agresivos y promover la conducta prosocial.

Como vemos, los procesos de cambio para conseguir modificar las relaciones familiares y las conductas problemáticas de los adolescentes son complejos. Una vez presentados los principales resultados de eficacia de la SB-PFT en relación con el impacto familiar y personal de la intervención, exponemos otros cambios sociales hallados en la evaluación de la SB-PFT.

5.1.2.3. Cambios sociales en adolescentes y progenitores

Para finalizar con la discusión del impacto de la SB-PFT, en la evaluación cualitativa se encontraron resultados de naturaleza social no previstos inicialmente en la evaluación cuantitativa, como es el apoyo social percibido y la adaptación escolar.

Apoyo social y adaptación escolar

Tanto adolescentes como padres y madres informaron de un cambio en la composición y calidad de sus redes de *apoyo social*. Los y las participantes se refirieron

a dos tipos de cambios: por un lado, la percepción de apoyo sus compañeros de grupo y, por otro lado, el incremento de tamaño de sus redes sociales por la incorporación de nuevas personas del grupo con las que se relacionaban no solo en las sesiones, sino con las que también compartían actividades de ocio.

Con respecto al apoyo social de padres y madres, los cambios percibidos avalan la eficacia potencial de la SB-PFT para la mejora en esta dimensión. El incremento del apoyo social percibido por padres y madres tiene importantes implicaciones prácticas. De hecho, en situaciones de dificultad familiar la percepción de apoyo social de los progenitores es considerada como una variable protectora del ajuste familiar (Rodrigo, Byrne, y Rodríguez 2014). Actualmente, en los programas de formación para padres y madres se pretenden promover tanto las competencias parentales como el apoyo social comunitario para favorecer el ajuste tanto de los adultos como de los menores (Martín-Quintana et al., 2009). En concreto, una buena red de apoyo social que disminuya el estrés parental de padres y madres puede conllevar mejores prácticas parentales y la prevención de comportamientos problemáticos adolescentes (Cabrera, González y Guevara, 2012).

En relación con el apoyo social durante la adolescencia, es bien conocido que las relaciones con los iguales adquieren gran protagonismo en esta etapa evolutiva. Que los adolescentes sientan el apoyo de sus iguales y a la vez se sientan integrados en un grupo social en el que compartir actividades de ocio se ha relacionado con buenos indicadores de desarrollo positivo (Santrock, 2003; Wilson y Wilkinson, 2012). En la evaluación cuantitativa de la SB-PFT, a diferencia de los resultados cualitativos, se obtuvo una ausencia de cambio en la vinculación con los iguales como consecuencia de la SB-PFT. Es importante puntualizar que, en la búsqueda de evidencias sobre las intervenciones, las evaluaciones de eficacia deben reportar aquellos contenidos evaluados en los que no han existido cambios o bien se han ocasionado efectos iatrogénicos (Gottfredson et al., 2015; Sexton et al., 2011). Aunque en la SB-PFT no se obtiene ningún efecto iatrogénico, sí se da una ausencia de cambio en la vinculación con los iguales. Sin embargo, como hemos descrito, en la evaluación cualitativa los y las adolescentes sí expresan como principal cambio el apoyo social percibido y la creación de nuevas amistades. Por tanto, es importante limitar el concepto medido de vinculación con los iguales mediante el instrumento IPPA (Armsdem y Greenberg; 1987). Concretamente, en este cuestionario se pregunta a las y los adolescentes por la comunicación, confianza y alienación percibida en sus relaciones con los iguales. No obstante, las relaciones con los iguales pueden

abarcar diferentes tipos de relaciones: amigas o amigos íntimos, amigos más relacionados con las actividades de ocio, amigas o amigos del centro escolar, etcétera. Posiblemente hubiese sido necesario especificar el tipo de relación con los iguales sobre el que se preguntaba en el cuestionario. Por lo que muestra la literatura disponible, las y los adolescentes con comportamientos problemáticos no tienen por qué presentar un déficit en las relaciones sociales, lo que sí preocupa es que pueden mostrar una mayor tendencia a relacionarse con iguales con comportamientos disruptivos o conflictivos (Gini, 2006).

Finalmente, en relación a otros cambios surgidos en otros contextos de desarrollo, las y los adolescentes expresaron cambios en su *adaptación escolar*. Específicamente, informaron de menos peleas en la escuela con sus iguales y sus profesores y profesoras, más asistencia regular al centro escolar y un mejor rendimiento académico. Si bien estos cambios continúan la línea presentada sobre la disminución de los comportamientos problemáticos y el incremento de las conductas prosociales, nos parece relevante señalarlos específicamente por dos motivos: el primero por la generalización de los cambios producidos con la participación en la SB-PFT más allá del contexto familiar y, en segundo, porque la escuela ha tenido un papel decisivo en la derivación de estos adolescentes a la SB-PFT. Así, este resultado muestra que, aunque no se intervenga directamente con el contexto escolar, la escuela sigue siendo un contexto de relevancia para estos adolescentes. En la SB-PFT, el papel del contexto escolar se limita a su participación activa en los procesos de derivación de adolescentes y a la posible dramatización de conflictos que surgen en el contexto escolar. Intervenciones basadas en la evidencia siguiendo al modelo ecológico como la MST (Henggeler et al., 2009), incluyen al contexto escolar como objetivo de cambio en los procesos de intervención con adolescentes que exhiben comportamientos problemáticos. Por tanto, la SB-PFT cuenta con modelos de intervención entre sus antecedentes que apoyan los resultados positivos sobre el ajuste escolar, y ponen en relieve la importancia de incluir en la intervención objetivos relacionados con el ajuste en este contexto.

Por tanto, teniendo en cuenta los componentes teóricos y metodológicos de la SB-PFT, y lo informado por los participantes en los grupos focales, *¿qué condiciones de la SB-PFT pueden estar explicando este cambio social de las familias y de los y las adolescentes?*

Siguiendo a Burlingame y colaboradores (2013), la metodología grupal en sí misma y los procesos de derivación basados en criterios y problemática similar facilitan

encontrar a otras familias y adolescentes en una situación parecida. A su vez, encontrar a otras familias y adolescentes en una situación similar con los que sentirse identificados – y la unión surgida al compartir contenidos personales durante las sesiones de la SB-PFT– puede promover la creación de un clima e identidad grupal en el que los miembros del grupo presentan una meta específica consensuada y compartida durante la intervención (Andrade, 2011). Esta identidad grupal idiosincrásica puede generalizarse más allá del momento de la intervención, estableciéndose, como en este caso, redes sociales e informales de apoyo. Los participantes destacan el apoyo social como uno de los principales resultados terapéuticos de la intervención, atribuyendo el cambio percibido al componente grupal de la SB-PFT. Kellermann (1985) establece como uno de los principales factores terapéuticos del psicodrama las relaciones interpersonales generadas en el grupo. En este trabajo, los participantes verbalizaron la relevancia, en concreto, del role-playing y el espejo para promover el apoyo social. Así, durante la dramatización es importante la disposición de los miembros del grupo a ayudar al protagonista. En el caso del role-playing, la percepción de apoyo puede ocurrir cuando otro integrante del grupo representa un papel de algún miembro de la familia del protagonista para que la dramatización puede realizarse, y así, el protagonista pueda recrear su conflicto. Mientras que en el caso del espejo, que otra persona del grupo asuma el rol del protagonista en un conflicto para que el protagonista pueda visualizar externamente sus conductas, es recibido como un acto de altruismo. Además, en estos casos el protagonista puede aprender de la observación externa –ligada generalmente a cambios cognitivos– de su rol en la situación de conflicto.

Una vez conocidos los principales resultados de eficacia con respecto a los cambios familiares, personales y sociales de adolescentes y de progenitores, discutiremos en el siguiente apartado si el impacto de la SB-PFT es similar en función de los perfiles de riesgo de los y las adolescentes.

5.1.3. Impacto diferencial de la SB-PFT en función de las trayectorias de riesgo de los y las adolescentes

El desarrollo evolutivo no es similar en todos los adolescentes, es decir, no existe homogeneidad en la trayectoria evolutiva (Parra, 2005). Como hemos visto desde la teoría bioecológica (Bronfenbrenner, 2000) o desde el modelo ecológico propuesto por Dishion

y colaboradores (1995) en el desarrollo evolutivo adolescente influyen numerosos factores contextuales que pueden actuar como escenarios de protección o de riesgo. La influencia bidireccional entre el adolescente y sus diferentes contextos, sumado a las características idiosincráticas del adolescente, son los principales determinantes que permiten comprender el desarrollo y trayectoria evolutiva de cada persona. Por tanto, cuando intervenimos con un o una adolescente que manifiesta conductas agresivas, violentas o problemáticas no podemos intervenir considerando al adolescente como un sujeto aislado –y con características similares a otros adolescentes con comportamientos problemáticos–, sino que debemos comprender las causas y motivos que han facilitado la exhibición de estos comportamientos problemáticos, así como su mantenimiento a lo largo del tiempo (Henggeler y Schaeffer, 2016; Sexton, 2011). Compas y colaboradores (1995) describen potenciales trayectorias de desarrollo durante la infancia y la adolescencia. Entre las posibles trayectorias de riesgo, existe la posibilidad de que el adolescente presente una trayectoria de riesgo durante toda la infancia y la propia adolescencia, o que puntualmente –debido a la emergencia de factores de riesgo en distintos contextos– aparezca una trayectoria negativa asociada a problemas de ajuste (Compas et al., 1995).

En consonancia con estas reflexiones, en los resultados de este trabajo hemos encontrado diferentes grados de ajuste adolescente según las trayectorias de riesgo identificadas. En este sentido, siguiendo el enfoque de Grant y colaboradores (2004), hemos clasificado en tres grupos a los y las adolescentes participantes en este trabajo en función de la naturaleza de los estresores experimentados en los últimos cinco años: adolescentes con bajo perfil de riesgo, adolescente con riesgo familiar y adolescentes con riesgo familiar e individual. Los estresores individuales incorporados en este estudio se referían a situaciones de violencia directa hacia el adolescente: víctimas de violencia intrafamiliar, acoso escolar y/o acoso sexual; mientras que los estresores familiares incorporados en este estudio aludían a situaciones de estrés en las cuáles el adolescente era expuesto en el sistema familiar a eventos estresantes, por ejemplo, la separación de sus progenitores, los conflictos maritales o la enfermedad de alguno de sus padres, entre otros. Los resultados revelaron que, a nivel general, a pesar de que los Servicios Sociales y los centros escolares identificaron a todos los adolescentes del estudio como chicos y chicas con comportamientos conflictivos, aquellos que en los últimos cinco años habían experimentado tanto sucesos vitales estresantes individuales como familiares mostraban

una peor inteligencia emocional, un peor vínculo parental, y más ira y hostilidad que los adolescentes que solo habían experimentado estresores familiares, o que aquellos que no habían experimentado tales situaciones a pesar de vivir en barrios con necesidades de transformación social. El hecho de que los eventos estresantes, sobre todo aquellos que implican una violencia directa hacia el adolescente, afecten significativamente a diferentes dimensiones psicosociales del adolescente, supone un apoyo a teorías como la I³ o la GST. Estas teorías argumentan que las situaciones estresantes incrementan la tensión y emociones negativas de los individuos y, por tanto, limitan sus recursos – relacionados con la inteligencia emocional– para afrontar dichos eventos (Agnew, 1992; Slotter y Finkel, 2011). También, desde otros enfoques como la hipótesis de frustración-agresión se entiende que la exhibición de conductas agresivas puede ser una respuesta para eliminar las emociones negativas asociadas a situaciones de estrés (Berkowitz, 1989).

Que los y las adolescentes evaluados manifiesten un peor ajuste cuando aparecen estresores familiares e individuales es consistente con los presupuestos principales de las diferentes teorías, y confirma que los sucesos vitales estresantes inciden negativamente en el desarrollo adolescente (Grant et al., 2003; Grant et al., 2004) Por tanto, siguiendo estos resultados y el principio sistémico de equifinalidad (von Bertalanffy, 1976), diferentes adolescentes pueden mostrar similares conductas problemáticas en su contexto familiar, escolar o social, si bien no podemos identificar en todos los adolescentes con comportamientos conflictivos un origen y desarrollo similar de la situación conflictiva. Así, la heterogeneidad de colectivo de adolescentes con problemas de conducta demostrada en este estudio favorece el cuestionamiento sobre si los resultados de eficacia de la SB-PFT serían los mismos en todos los casos. De hecho, no es equiparable un adolescente que exhibe comportamientos problemáticos de modo puntual sin que haya existido una trayectoria previa de riesgo, que un adolescente que desde la infancia se encuentra expuesto a diferentes situaciones de riesgo, ni que estas situaciones sean estresores familiares o en cambio, impliquen una violencia directa hacia ellos.

En este marco y en relación con la eficiencia de la SB-PFT, nos planteamos en este trabajo conocer los efectos diferenciales de la intervención en función de los diferentes perfiles de riesgo de los y las adolescentes. Esta evaluación de eficiencia de la intervención se ha realizado para optimizar los recursos invertidos en la SB-PFT, intentando conocer el perfil de destinatario que se benefician en mayor grado de la

intervención (Gottfredson et al., 2015; Jiménez e Hidalgo, 2016). A continuación, discutimos los resultados relativos al impacto de la SB-PFT en los grupos de adolescentes identificados: adolescentes con bajo perfil de riesgo, adolescentes con perfil de riesgo familiar y adolescentes con perfil de riesgo familiar e individual.

En términos generales, si atendemos al número de dimensiones que cambian significativamente y positivamente entre el pretest y el posttest, la SB-PFT resultó más eficaz en aquellos y aquellas adolescentes del perfil de riesgo familiar, seguido del grupo de perfil de riesgo bajo, y obteniéndose solo un efecto significativo en el grupo de perfil de riesgo familiar e individual. Destaca que la SB-PFT impactó en diferentes dimensiones en cada perfil de riesgo. A continuación, discutimos específicamente los principales hallazgos para cada perfil comenzando por el grupo de riesgo familiar dado que la SB-PFT muestra un mayor impacto en este grupo.

En los y las adolescentes con un perfil de riesgo familiar, la SB-PFT mostró un impacto positivo en la vinculación paterno-filial al mejorar la comunicación parental y la confianza parental tras la intervención. Concretamente, se observó que las y los adolescentes participantes con estresores familiares tendían a aumentar su comunicación y confianza parental, mientras que adolescentes con el mismo perfil, pero no participantes en la intervención, empeoraban en ambos aspectos. Asimismo, que la SB-PFT alcanzase sus mejores resultados sobre las dimensiones familiares en el grupo donde existían estresores solo familiares es consistente con los planteamientos sistémicos de la intervención. Estos planteamientos se basan, principalmente, en trabajar las dinámicas disfuncionales familiares, la comunicación entre los miembros de las familias o los contenidos familiares relacionados con la conflictividad del adolescente (Minuchin y Fishman, 1981; Watzlawick et al., 1974).

En segundo lugar, destaca que el grupo de adolescentes con trayectorias de riesgo menos complicadas se beneficiaron de la intervención en términos de inteligencia interpersonal. Siguiendo la Teoría I³, podemos conceptualizar que cuando los recursos emocionales de las y los individuos no están orientados a resolver las situaciones estresantes generadas por diferentes instigadores, los individuos disponen de mayor facilidad y estrategias para resolver de modo más eficaz la problemática cotidiana (Finkel et al., 2012; Slotter y Finkel, 2011). Por tanto, esta disposición hacia lo social frente a no tener que estar ocupado de controlar sus impulsos antes eventos estresantes –como puede ocurrir en los otros perfiles de riesgo– puede facilitar que la intervención incida sobre

aspectos interpersonales. En suma, la no presencia de eventos estresantes supone una mejor vinculación familiar y una mejor inteligencia emocional, por lo que los y las adolescentes de este grupo se sitúan en una posición privilegiada para trabajar la comprensión de las emociones ajenas o la empatía al no tener que trabajar otros procesos como la recuperabilidad emocional intrapersonal o los procesos vinculares.

Finalmente, los y las adolescentes participantes en la SB-PFT con riesgo familiar e individual mejoraron el estado de ánimo tras la intervención en comparación con los y las adolescentes del mismo grado de riesgo del grupo control. Destaca que este cambio es el único efecto de interacción significativo en el grupo de adolescentes de mayor riesgo. No obstante, teóricamente parece necesario que para intervenir con adolescentes que además de afrontar estresores familiares han recibido recientemente alguna acción violenta, sea necesario primero estabilizar y mejorar su estado de ánimo para a partir de esta recuperación anímica poder intervenir en otras variables. Por tanto, la SB-PFT se muestra como un tratamiento potencialmente eficaz para retomar buenos niveles del estado de ánimo, pero insuficiente para movilizar otros cambios en estos adolescentes. Probablemente, resulta recomendable acompañar la intervención grupal con tratamientos individuales en las ocasiones en que los y las adolescentes han sufrido situaciones violentas (Hawker y Boulton, 2000; McCuish, Cale, y Corrado, 2017).

En definitiva, los resultados de eficiencia en función del perfil de riesgo psicosocial de las y los adolescentes indican que cuando existe una violencia directa hacia el adolescente y un daño en su identidad el efecto de la intervención radica en mejorar y estabilizar el estado anímico de sus participantes; que cuando existen eventos estresantes familiares, la SB-PFT refuerza la vinculación familiar; y que cuando existe un menor nivel de riesgo, la SB-PFT moviliza recursos, no tan internos como puede ser el estado de ánimo, sino más externos y relacionados con la relación con los otros (incluidos familiares y otras personas ajenas a la familia) como es la inteligencia interpersonal.

5.1.4. Integración de los resultados de eficacia y eficiencia. Propuesta del modelo de cambio de la SB-PFT

Una de las recomendaciones sobre las evidencias de las intervenciones es la importancia de reconocer, describir y evaluar los modelos de cambio (Sexton y colaboradores, 2011). Si bien los análisis efectuados impiden sacar conclusiones

rigurosas sobre el modelo de cambio de la SB-PFT, los principales hallazgos obtenidos en la evaluación de eficiencia y en la evaluación de eficacia –con especial consideración a las curvas de crecimiento estimadas– permiten elaborar la propuesta de un potencial modelo de cambio.

El modelo de cambio de la SB-PFT que a continuación proponemos, se sustenta en los principios sistémicos y psicodramáticos de la intervención. Elementos sistémicos como la circularidad de los cambios, la influencia de todos los integrantes de la familia en la situación problemática, el efecto multiplicador de los cambios individuales en el sistema familiar y viceversa, así como los patrones de comunicaciones, son factores de relevancia para entender los cambios de la SB-PFT. Estos elementos sistémicos interactúan con factores psicodramáticos. La importancia de intervenir en el rol adolescente-progenitor, la posibilidad de recrear el conflicto familiar, la oportunidad de mostrar y entrenar diferentes alternativas de resolución de conflictos y la catarsis integrativa experimentada durante la dramatización son los factores psicodramáticos de relevancia del modelo de cambio de la SB-PFT. Asimismo, en nuestra opinión, el trabajo grupal actúa como dinamizador de los diferentes cambios. Elementos grupales como la posibilidad de conocer a otras familias y adolescentes en una situación similar, el aprendizaje interpersonal entre los miembros del grupo y el apoyo percibido son factores terapéuticos relevantes incorporados en la SB-PFT. En definitiva, la combinación de estos elementos sistémicos, psicodramáticos y el formato grupal ocasionan una serie de cambios, simultáneos y secuenciales, que conforman un potencial modelo de cambio de la SB-PFT.

Atendiendo a las implicaciones estadísticas de las curvas de crecimiento estimadas, en primer lugar, consideramos que la SB-PFT tiene un importante efecto en la inteligencia emocional de los y las adolescentes. En concreto, parece que la SB-PFT mejora el estado de ánimo y el bienestar de los adolescentes, su adaptabilidad y la adquisición de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, así como su inteligencia interpersonal. Según lo revelado en los grupos focales, estos resultados son posibles gracias a los espacios grupales compartidos con otros adolescentes que presentan una situación de dificultad similar y al uso de técnicas psicodramáticas que favorecen la expresión de emociones mediante la dramatización de los conflictos (Rojas-Bermúdez, 2000; Smith y Hall, 2010; Yalom y Leszcz, 2005). En este punto, toma relevancia la catarsis integrativa descrita por Kellermann (1984). Este autor establece que en el proceso

psicodramático ocurre una catarsis y una liberación emocional que vienen acompañadas de un proceso de integración cognitiva y estructuración de las emociones, pensamientos y conductas. De hecho, los adolescentes señalan la existencia de cambios de tipo cognitivo, como por ejemplo un mayor conocimiento de sí mismos. Por ende, consideramos que estos cambios emocionales y cognitivos que tienen lugar en los adolescentes durante el proceso de intervención están incidiendo en el desarrollo de conductas prosociales como una mayor aceptación de normas sociales y familiares, así como una mayor atención a las necesidades de los otros miembros de la familia.

De forma paralela encontramos que, el hecho de que la SB-PFT involucre a los miembros de la familia favorece el efecto estabilizador en la vinculación parental reportado por los adolescentes. Estudios previos han asociado buenos niveles de inteligencia emocional con una buena vinculación parental (Allen y Miga, 2010; Carr, 2016). Por tanto, consideramos que la SB-PFT incide simultáneamente a nivel emocional en los adolescentes y en las familias. Según la curva de crecimiento estimada, en un primer momento se estabiliza el vínculo familiar que puede venir dañado al iniciarse la intervención. Específicamente, trabajar con todos los integrantes de la familia sobre los conflictos familiares y sobre la comunicación familiar, favorece la cercanía emocional entre adolescentes y progenitores. Los datos estadísticos muestran que esta estabilización del vínculo familiar a corto plazo puede predisponer a una mejora de la vinculación familiar a largo plazo.

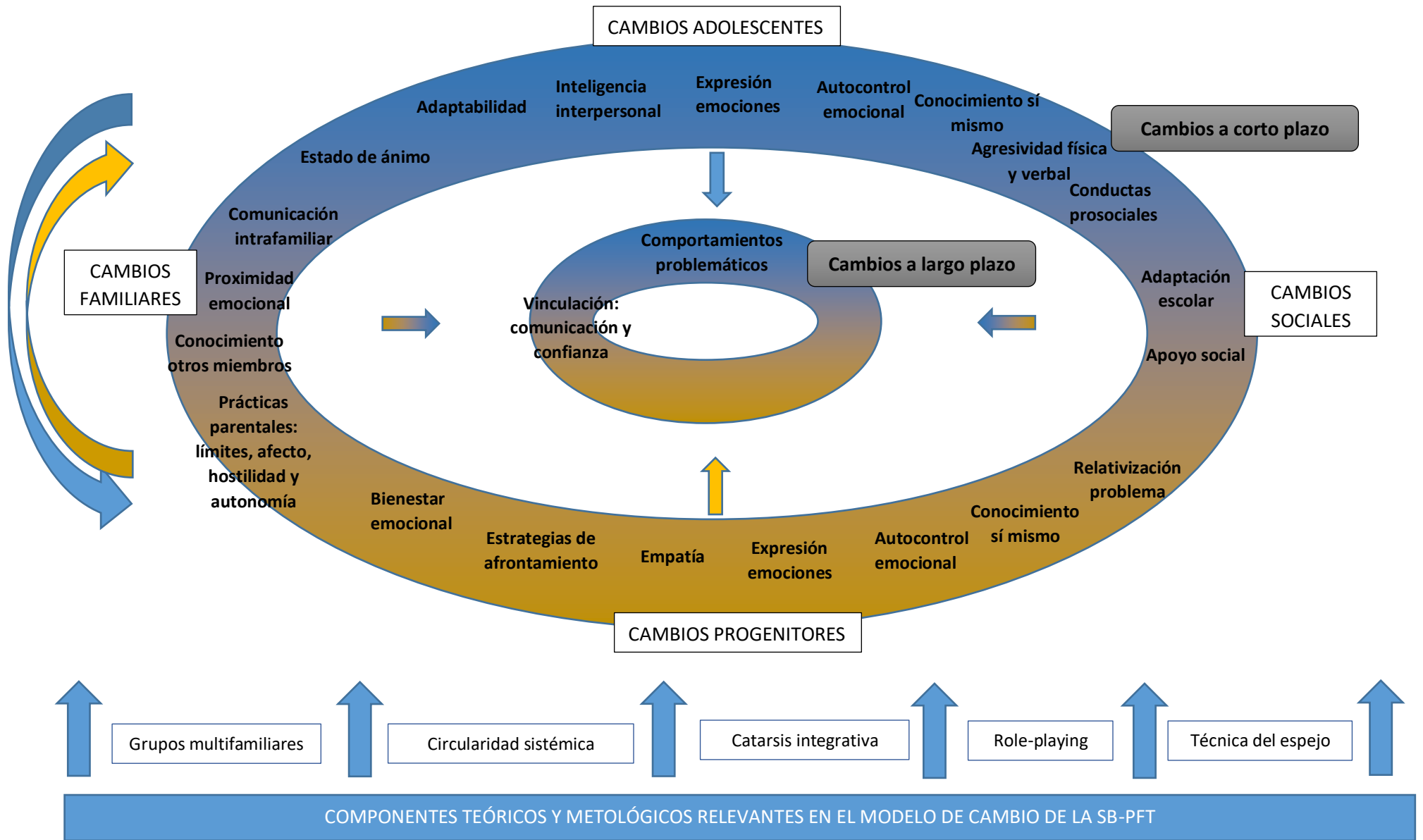
De modo complementario, para estabilizar y mejorar el vínculo familiar también es necesario promocionar cambios en los progenitores como el desarrollo de prácticas parentales ajustadas a las necesidades adolescentes. Un desarrollo más positivo de la parentalidad fue informado por los participantes en la SB-PFT. Por tanto, proponemos dos elementos claves en la estabilización y mejora del vínculo familiar: (a) la mejora de las competencias emocionales de los adolescentes y (b) la promoción de un ejercicio positivo de la parentalidad. La consecución de estos cambios es debido a los diferentes factores sistémicos, psicodramáticos y a las características del formato grupal expuestas anteriormente. Especialmente, los participantes inciden en la importancia de la metodología grupal, el uso del role-playing y la técnica del espejo para fomentar la expresión de emociones, la adquisición de estrategias de afrontamiento y la promoción de prácticas parentales.

Finalmente, que los adolescentes hayan tenido la oportunidad de expresar sus emociones durante las sesiones, que adopten nuevas estrategias para resolver problemas siendo consciente de las emociones de los demás y que padres y madres mejoren en el ejercicio de la parentalidad, propicia que adolescentes y progenitores comiencen a superar la situación de crisis o dificultad familiar (McGoldrick y Gerson, 1985; Minuchin, 1974; Phipps y Vorster, 2011). De hecho, la consecuencia más visible de todos estos cambios positivos es la reducción de los comportamientos problemáticos de los y las adolescentes, especialmente, a largo plazo.

Si bien, aunque proponemos un modelo de cambio general, no podemos obviar la heterogeneidad en las trayectorias de riesgo de los adolescentes. Esta diversidad nos hace tomar con cautela el modelo de cambio propuesto, siendo conscientes, como muestran los resultados, que la SB-PFT propiciará más cambios familiares cuando aparecen eventos estresantes familiares y más cambios relacionados con la recuperabilidad de estado de ánimo cuando los adolescentes hubiesen sido también expuestos a situaciones de violencia. Los análisis realizados nos impiden conocer el seguimiento de estos grupos para concretar cuál es el proceso y secuencialidad de estos cambios.

A continuación, presentamos la Figura 3 que representa e integra el modelo de cambio de la SB-PFT. El modelo de cambio propuesto se basa en presupuestos sistémicos. En consonancia, presentamos un modelo de cambio circular de la SB-PFT, es decir, un modelo en el que los procesos de transformación personal y familiar ocurren simultáneamente y son causados por los componentes sistémicos, psicodramáticos y formato grupal de la SB-PFT.

Figura 3. Posible modelo de cambio de la SB-PFT



5.2. La SB-PFT como una intervención prometedora para adolescentes con comportamientos problemáticos

Teniendo en consideración la manualización de la propuesta específica de la intervención, así como los resultados de eficacia y eficiencia reportados sobre la SB-PFT, nos planteamos la siguiente cuestión: *¿Qué nivel de evidencia ha alcanzado la SB-PFT?*

Recordemos que Sexton y colaboradores (2011) explicitaban la existencia de tratamientos basados en la evidencia, tratamientos prometedores, y tratamientos con evidencia informada en función de la rigurosidad y el número de estudios de eficacia realizados. Asimismo, plataformas específicas en evaluación de programas como Blueprints o CEBC establecen criterios similares al grupo de Sexton y colaboradores (2011). La plataforma Blueprints clasifica las actuaciones en programas modelos basados en la evidencia y programas prometedores, mientras que la plataforma CEBC habla de programas bien apoyados por la evidencia, programas apoyados por la evidencia y programas prometedores.

De acuerdo con los niveles de evidencias establecidos por Sexton y colaboradores (2011), entendemos *la SB-PFT como una intervención prometedora*, es decir, una intervención que se ha sistematizado y que puede ser replicable, que ha conseguido buenos resultados de eficacia pero que el número de estudios de eficacia y los diseños de evaluación empleados presentan limitaciones para generalizar los resultados, los mecanismos de cambio o para determinar la eficiencia de la intervención. Cuando los diferentes autores y autoras exponen los criterios para determinar el nivel de evidencia de una intervención se refieren principalmente a dos criterios fundamentales: la sistematización de la intervención y los resultados de efectividad (Flay et al., 2005; Gottfredson et al., 2015; Sexton et al., 2011). A continuación, serán expuestos los criterios conseguidos hasta el momento por la SB-PFT.

Con respecto a la *sistematización de la intervención*, en el marco de esta Tesis Doctoral se ha desarrollado el Manual Técnico para la intervención desde el enfoque de la SB-PFT. Además de recopilar los principales componentes teóricos y metodológicos de la SB-PFT, se plantean recomendaciones para la implementación, así como una propuesta de evaluación con herramientas específicas. Resulta destacable la

identificación de componentes clave de la intervención y la incorporación de orientaciones para los profesionales que permiten balancear la fidelidad y flexibilidad en la implementación. Por tanto, el Manual Técnico de la SB-PFT cumple los principales estándares de calidad de la manualización de las intervenciones familiares (Carroll y Rounsaville, 2008; Sexton et al., 2011).

Siguiendo la clasificación en fases de los manuales según la estructuración del Manual y su función propuesta por Carroll y Rounsaville (2008), podemos decir que el manual se encuentra en la fase II, cumpliendo algunos de los requisitos de la fase III pero no alcanzando otros de la fase II. Concretamente, el procedimiento de formación, supervisión, y evaluación de las competencias de los y las profesionales y su adherencia a la intervención no aparece explícito en el Manual de la SB-PFT. Por tanto, este déficit sitúa parcialmente al Manual Técnico de la SB-PFT en la fase II, es decir, es un manual que describe los principales principios teóricos-prácticos, formato y técnicas de la SB-PFT (fase I), discrimina los efectos de la intervención entre el grupo de intervención y el grupo control, especifica los componentes clave y evalúa aspectos relacionados con la eficiencia (fase II y fase III), pero que, sin embargo, no describe en profundidad los estándares para la formación y entrenamiento de los profesionales (fase II) y no especifica cómo serían diferentes replicaciones en otros contextos de intervención con otros subgrupos de población (fase III). Por tanto, resulta necesario lograr estos criterios para que la SB-PFT obtenga el máximo nivel de evidencia y se asegure una rigurosa diseminación de la misma (Jiménez e Hidalgo, 2016).

En síntesis, y a pesar de estas dificultades, consideramos que la sistematización de la intervención basada en la SB-PFT mediante el Manual Técnico elaborado ha permitido: (a) estructurar el proceso de intervención, (b) mejorar la práctica profesional de los y las terapeutas y yo auxiliares responsables de implementar la intervención con fidelidad al diseño original (c) sistematizar un diseño de evaluación que se ajusta a la idiosincrasia de la intervención: a la población específica a evaluar, a la consecución de los objetivos de la intervención y a la utilidad de la metodología y técnicas empleadas, e (d) impulsar –aunque se deben mejorar algunos criterios- la diseminación de la SB-PFT.

Como hemos visto, un aspecto relevante que debe conllevar la manualización de la intervención para garantizar su sistematización es el informe de los resultados de evaluación de eficacia conseguidos con una población determinada y bajo unas

condiciones de implementación específicas. Así, el otro elemento clave para determinar las evidencias de una intervención es el análisis de los *resultados de eficacia*.

Para evitar ser repetitivo con los resultados expuestos anteriores, en este apartado nos limitaremos a designar y a explicar brevemente los criterios recomendados en las evaluaciones de eficacia para discernir entre los diferentes niveles de evidencia que se han cumplido en este trabajo.

A nivel general, la evaluación de eficacia de la SB-PFT ha contado con diferentes fortalezas siguiendo los criterios de los estándares de calidad (Flay et al., 2005; Gottfredson et al., 2015). Entre los requisitos que debe seguir toda evaluación de eficacia para hablar de evidencias y que hemos logrado en este trabajo, se encuentran: (a) descripción pormenorizada de la población objeto de intervención, (b) descripción del proceso de implementación de la intervención, (c) uso de instrumentos psicométricos validados en diferentes poblaciones y con adecuados índices de fiabilidad en este trabajo, (d) empleo de pruebas de contraste estadísticas adecuadas para medir los cambios –o ausencia de cambios o efectos iatrogénicos– ocasionados por la SB-PFT, (e) evaluación de diferentes aplicaciones –a pesar de haber sido incorporadas en un único estudio–, (f) evaluación multi-informante, (g) evaluación de diferentes dimensiones relacionadas con los objetivos de intervención, (h) empleo de un diseño mixto de evaluación: cuantitativa y cualitativa, (i) existencia de un grupo control de comparación que permitiera controlar la influencia de variables extrañas en los resultados de eficacia, (j) evaluación de la eficacia a corto plazo y a largo plazo, (k) consecución de cambios estadísticamente significativos en distintas dimensiones tanto a corto como a largo plazo, (l) no existencia de efectos iatrogénicos, (m) la evaluación ha sido externa a los desarrolladores de la SB-PFT y (n) exploración de los resultados de eficiencia en relación con la implementación (utilidad percibida de las técnicas psicodramáticas y de la metodología grupal) y en relación con las trayectorias de riesgo de los y las adolescentes.

Sin embargo, siguiendo las recomendaciones de los expertos, este trabajo cuenta con ciertas limitaciones en su evaluación de eficacia que le impide a la SB-PFT alcanzar el máximo nivel de evidencia y que, por tanto, solo pueda considerarse como una intervención prometedora (Flay et al., 2005; Gottfredson et al., 2015; Sexton, 2011). Estos criterios no alcanzados son los siguientes: (a) ausencia de un grupo control aleatorizado, (b) ausencia de evaluación de seguimiento del grupo control, (c) tamaño de la muestra limitado, (d) inexistencia de una evaluación explícita del modelo de cambio, (e) ausencia

de estudios rigurosos de evaluación de la SB-PFT llevados a cabo por diferentes grupos de investigación, (f) insuficiente evaluación de eficiencia realizada dado que se obvian características sociodemográficas y psicológicas de los participantes, así como características de la intervención (por ejemplo, intensidad de la intervención), y (g) ausencia de la evaluación de los profesionales.

En conclusión, a pesar de estas limitaciones con respecto a la evaluación de eficacia efectuada, podemos afirmar que la SB-PFT se confirma como una intervención prometedora para mejorar las relaciones familiares y disminuir los comportamientos problemáticos de los y las adolescentes. Por un lado, el diseño de evaluación realizado y los análisis cualitativos y estadísticos son lo suficientemente rigurosos para aceptar el importante impacto de la SB-PFT en dimensiones familiares, personales y sociales. Por otro lado, la sistematización y estructuración de la SB-PFT mediante un Manual Técnico construido a partir de las evaluaciones realizadas, supone indudablemente un producto de este trabajo que apoya a la SB-PFT como una intervención familiar de referencia en el contexto andaluz con adolescentes con comportamientos problemáticos. Asimismo, este Manual Técnico cumple con los principales estándares de calidad para facilitar su aplicación futura de modo riguroso y fiel a los presupuestos teóricos y principios metodológicos de la SB-PFT. Además, se explicita en el Manual una propuesta de evaluación que permitirá seguir obteniendo evidencias sobre la SB-PFT en posteriores aplicaciones. En consecuencia, estos resultados suponen una garantía para la diseminación de la intervención que se convierte en el principal reto para la consecución del máximo nivel de evidencia de la SB-PFT. Así, para lograr una rigurosa diseminación de la SB-PFT, se debe apostar por manualizar las herramientas para la formación y el entrenamiento de los profesionales, disponer de una infraestructura adecuada para poder poner en marcha esa diseminación y ofrecer asesoramiento a las entidades y/o profesionales durante el proceso de implementación. En definitiva, para conseguir la diseminación de la SB-PFT, y por tanto, el máximo nivel de evidencias, resultará fundamental identificar los factores clave que aseguren su sostenibilidad, identificar los elementos clave de la intervención para garantizar su eficacia, así como identificar y adaptar los factores culturales necesarios para asegurar la validez ecológica de la intervención. En caso de que no se cumplan todos los criterios anteriores, será necesario realizar nuevos estudios de replicación (Flay et al., 2005, Gottfredson et al., 2015)

5.3. Limitaciones y fortalezas del estudio. Líneas futuras de investigación

El desarrollo de esta Tesis Doctoral cuenta una serie de limitaciones. Resulta ética la presentación de las principales limitaciones de la disertación, así como sus fortalezas. Ser consciente de las propias limitaciones del estudio nos permite anticiparnos a futuras investigaciones y plantear líneas de investigación que contemplen los objetivos que no se han podido responder en esta Tesis Doctoral. En este apartado la presentación de las limitaciones se complementará con la especificación de líneas futuras de investigación, que, en algunos casos, ya se han iniciado. Finalmente, destacaremos las principales fortalezas de esta Tesis Doctoral.

❖ Encontramos limitaciones en el diseño del estudio. Los participantes no fueron asignados aleatoriamente al grupo control. Concretamente, el grupo control fue formado con posterioridad controlando (a) que las y los adolescentes perteneciesen a los mismos barrios con necesidades de transformación social en los que se ha desarrollado la SB-PFT; (b) que desde los centros escolares de estos barrios identificasen a los adolescentes con comportamientos problemáticos; y (c) que estos adolescentes identificados no estuviesen asistiendo a ninguna intervención psicosocial. Aunque las características sociodemográficas entre los adolescentes del grupo de intervención y del grupo control resultaron comparables, hubiese sido interesante, siguiendo a Gottfredson y colaboradores (2015), tener datos sobre la comparabilidad inter-grupo en las dimensiones psicológicas de los y las adolescentes. Además, hubiese sido relevante que el grupo control –al igual que en grupo de intervención– hubiese sido evaluado en un tercer momento.

❖ Aunque se ha optado por un diseño mixto del estudio complementando la evaluación cuantitativa y la evaluación cualitativa, este diseño mixto solo fue posible en la evaluación a corto plazo. Siguiendo la recomendación de Anguera (2008) hubiese sido interesante contar con una evaluación cualitativa también en la fase de seguimiento.

❖ Aunque se ha llevado a cabo la evaluación cuantitativa de los progenitores en las fases de pretest, posttest y seguimiento, no se ha realizado dicha evaluación con un grupo control de progenitores. En esta Tesis Doctoral, debido a las limitaciones de tiempo y la duración de la recogida de datos durante más de dos años, no se ha podido dar cobertura a la presentación de los datos referidos a padres y madres. Por tanto, la evaluación de

eficacia de carácter cuantitativo de los progenitores es uno de los principales resultados que deben ser incorporados en próximos estudios sobre la SB-PFT.

❖ A nivel estadístico, aunque en otros estudios con adolescentes con características similares se han empleado los cuestionarios utilizados en este trabajo, también hubiese sido recomendable haber realizado una validación de los cuestionarios en una muestra piloto de adolescentes con comportamientos problemáticos en el contexto andaluz. Esta evaluación hubiese confirmado, previo a este trabajo, la estructura psicométrica de cada cuestionario. Asimismo, un análisis de invarianza de los cuestionarios entre el pretest y el postest también hubiese sido recomendable para garantizar la rigurosidad en las medidas empleadas.

❖ A pesar de que se ha alcanzado una muestra estadísticamente suficiente de una población específica (adolescentes con comportamientos problemáticos), el incremento del número de adolescentes evaluados hubiese permitido incrementar la potencia estadística, tener datos más fiables sobre el tamaño del efecto y realizar análisis de moderación formando grupos con suficiente número de participantes. Por tanto, el incremento de la muestra hubiese permitido generalizar de modo más fiable los resultados del estudio. Además, en la evaluación de seguimiento existe una importante pérdida del número de adolescentes evaluados. Por tanto, un reto para evaluaciones futuras de la SB-PFT es incrementar el número de participantes en el estudio.

❖ En relación con la eficiencia de la SB-PFT, hubiese sido interesante obtener más evidencias sobre esta evaluación. Como limitaciones podemos entender que no se han reportado evidencias –a pesar de que se han recogido datos– sobre la eficiencia de la SB-PFT en función de las características sociodemográficas de los participantes (sexo, edad, estructura familiar, entre otras), en función de las características psicológicas de partida (grado de desarrollo de la inteligencia emocional, de manifestación de comportamientos problemáticos, de vinculación con los iguales, etcétera) y en función de algunas de las características de la implementación (número de sesiones o experiencia de los profesionales, entre otras). Por tanto, en futuros estudios sería relevante profundizar más sobre los datos de eficiencia de la SB-PFT teniendo en cuenta diversas dimensiones. Asimismo, sería interesante que la evaluación de eficiencia se estableciese tanto a corto plazo como a largo plazo.

❖ Sexton y colaboradores (2011) explicitaron la importancia de evaluar los modelos de cambio de las intervenciones. En concreto, el diseño y los análisis estadísticos desarrollados no nos permiten generalizar conclusiones sobre los modelos de cambio de

la SB-PFT. Por tanto, en estudios futuros se debería garantizar que el diseño elaborado y los análisis estadísticos empleados permitiesen profundizar y evaluar los modelos de cambio de la SB-PFT. Complementariamente, una línea de investigación sobre la SB-PFT que recientemente hemos comenzado a desarrollar es el análisis de los momentos significativos percibidos por los participantes durante el proceso de intervención, siendo este uno de los aspectos relevantes considerados en la evaluación de las intervenciones (Williams et al., 2015).

❖ A nivel teórico, uno de los principales objetivos de la SB-PFT es la mejora de las relaciones familiares y del funcionamiento familiar. Consideramos que una de las principales limitaciones del estudio es la ausencia de cuestionarios que incorporen medidas del funcionamiento familiar. Por tanto, para futuros estudios sobre la SB-PFT es necesario incluir un instrumento de medida que garantice la evaluación del funcionamiento o de la dinámica familiar.

❖ Finalmente, con respecto a la evaluación de la eficacia de la SB-PFT en cada grupo de perfil de riesgo, proponemos como limitación y como aportación para el futuro, el análisis de los efectos de la SB-PFT a largo plazo en cada perfil de adolescentes. Asimismo, sería recomendable el estudio de los sucesos vitales estresantes desde una perspectiva acumulativa que complemente a la perspectiva dada en función de la naturaleza de procedencia del estresor.

A nivel general, también podemos resaltar algunas fortalezas de esta Tesis Doctoral:

❖ Esta disertación ha respondido parcialmente a una problemática social en aumento en Andalucía según los datos epidemiológicos: la necesidad de intervenir con adolescentes que exhiben comportamientos problemáticos. Actualmente, la mayoría de las intervenciones con evidencias se han desarrollado en el contexto americano. Por tanto, consideramos que una de las fortalezas de este estudio ha sido sistematizar y evaluar una propuesta de intervención innovadora en el contexto andaluz.

❖ Asimismo, consideramos que otra de las fortalezas de esta Tesis Doctoral ha sido la elaboración de un marco teórico que logra integrar diferentes teorías explicativas con una amplia trayectoria en el trabajo con adolescentes con comportamientos problemáticos y sus familias. De hecho, percibimos como fortaleza del estudio el análisis de los comportamientos problemáticos contextualizándolos desde diferentes perspectivas que puedan ayudar a entender la complejidad de estas conductas.

❖ Como repetidamente hemos evidenciado, existe la necesidad no solo de intervenir con chicos y chicas con conductas problemáticas, sino que debemos evaluar y garantizar la eficacia de todas las intervenciones desarrolladas con esta población (Sexton et al., 2011). Así, se considera una de las fortalezas del estudio haber podido evaluar todos los grupos de intervención de la SB-PFT durante el año 2015 y 2016, y a todos los participantes involucrados en dicha intervención. Este éxito se ratifica si se considera que la SB-PFT es actualmente una de las intervenciones grupales más implementada en el contexto de Andalucía Occidental con adolescentes con conductas problemáticas.

❖ El diseño del estudio elaborado presenta diversas fortalezas. En primer lugar, nos gustaría señalar que las y los profesionales que han recogido los datos han participado como observadores en las diferentes sesiones de los grupos. Por tanto, existía una vinculación previa entre los profesionales encargados de recolectar los datos y las familias participantes en la SB-PFT. Esta situación ha garantizado la rigurosidad del proceso de recogida a pesar del tiempo invertido en la observación. En segundo lugar, se ha complementado la evaluación cuantitativa con la evaluación cualitativa, se han recogido datos de progenitores y adolescentes, se ha conseguido un grupo de control de adolescentes identificados por sus conductas problemáticas y se han realizado medidas de seguimiento. En tercer lugar, se han elaborado rigurosos análisis cualitativos siguiendo el diseño de Tracy (2010) y los pasos de la Teoría Fundamentada (Strauss y Corbin, 1998). Asimismo, también se han efectuado precisos análisis cuantitativos empleando dos programas estadísticos –SPSS y MPLUS- y realizando análisis multivariantes, de medidas repetidas o estimación de modelos de crecimiento, entre otros análisis complejos.

❖ Finalmente, como consecuencia de estas fortalezas se ha conseguido la difusión en el ámbito científico y profesional de los resultados de eficacia de la SB-PFT. Actualmente, existen dos artículos publicados en revistas de reconocido prestigio internacional (JCR-SS). Además, el Manual Técnico de intervención basado en el enfoque de la SB-PFT ha sido publicado por el Observatorio de la Infancia en vista de ser editado por la Junta de Andalucía.

CONCLUSIONS AND PRACTICAL IMPLICATIONS

The main conclusions and practical implications will now be presented. Analysis and discussion of the four publications in this dissertation allow conclusions to be drawn based on the Technical Manual for intervention, intervention with adolescents with problematic behaviors, as well as the effectiveness and efficiency evaluations of SB-PFT, respectively.

Technical Manual:

1. SB-PFT was systematized and structured in this dissertation. The Technical Manual offers a broad description of SB-PFT's theoretical model, methodological principles, session structure, objectives, intervention contents, target population and core intervention components. This systematization and the resulting Technical Manual allow for a consistent professional implementation of SB-PFT, as well as improve its quality and rigor.

2. The Technical Manual details an evaluation protocol for SB-PFT that in future research will permit more efficient data collection, increase the levels of evidence, and facilitate its dissemination.

Intervention with adolescents with problematic behaviors:

3. We would like to emphasize the importance and necessity of intervening with adolescents with problematic behaviors. In fact, adolescents in the control group – identified by their schools as adolescents with problematic behaviors– report a significant decrease in their parent communication and parent trust.

4. This result has a direct practical implication: the influence of family attachments and relationships are very significant for adolescent adjustment, and therefore family participation in the intervention process is highly recommended when adolescents demonstrate problems.

5. In addition, participants affirmed the importance of multiple-family groups in promoting the expression of emotions, perceived support or knowledge of other families with similar problematic situations. Therefore, this study ratifies the importance of group

intervention, and in particular, of multiple-family groups to intervene in families in crisis situations with their adolescent children.

6. Adolescents with problematic behaviors should not be viewed as a homogeneous population. The results confirm that while all adolescents exhibit problem behaviors, those who have experienced violent situations have lower levels of emotional intelligence and parent attachment, and more anger and hostility. Therefore, we recommend a detailed assessment of the adolescent's developmental trajectory prior to intervention.

Effectiveness evaluation:

7. SB-PFT has shown to foster participating adolescents' emotional competencies. A logarithmic growth curve of adaptability and mood from pre-intervention to five months after finishing SB-PFT shows a short-term increase in interpersonal intelligence, adaptability and mood, as well as evidence of their long-term effects. Therefore, SB-PFT is confirmed as an effective intervention that positively influences emotional aspects.

8. In the short term, SB-PFT seems to stabilize and promote the adolescents' perception of parent attachment. In fact, there is an exponential growth in parental communication and trust from the time adolescents begin intervention until five months after its completion, thereby confirming SB-PFT as an effective intervention for promoting family attachment and as an appropriate intervention for families with deteriorated parent-adolescent relationships.

9. SB-PFT achieves one of its main objectives: the reduction of problematic behaviors among adolescents. In fact, it seems that SB-PFT not only reduces the adolescents' problematic behaviors but also increases their prosocial behaviors, thus confirming its effectiveness as an intervention when adolescents show problems.

10. SB-PFT also fosters other unforeseen changes in adolescents, such as increased self-knowledge, an increase in their support network, and an improvement in school adjustment. This conclusion suggests that future interventions should incorporate evaluation instruments that would allow these changes to be quantified and confirmed.

11. SB-PFT also effects changes in the participating parents. Specifically, in a similar way to adolescents, parents show changes in their expression and management of emotions, cognitive changes such as increased self-knowledge, changes in their social support network, and above all, changes in their educational practices such as better communication with their children, more promotion of autonomy or less loss of control over their adolescent's behaviors.

12. In short, SB-PFT promotes change at different levels: at the family level by improving family attachment, promoting functional parenting practices in parent-adolescent interactions and increasing knowledge about other family members; at the personal level both in adolescents (reducing their problematic behaviors, improving their emotional intelligence, and increasing their self-knowledge) and in parents (improving their emotional competencies, increasing their self-knowledge and relativizing their problematic situation); and at the social level by improving the social support of participants who know peers in a similar situation.

Efficiency of SB-PFT:

13. Parents and adolescents reported on the usefulness of certain psychodramatic techniques to achieve positive results during the intervention. Specifically, they show that role-playing and mirror were the most useful techniques for fostering the expression of emotions, social support, reflection, self-knowledge, and the acquisition of coping strategies or parental practices. Therefore, psychodramatic techniques are confirmed as an effective resource for intervention in conflict situations. However, further review of role-reversal and double is needed since participants do not cite them as useful techniques.

14. Although not mentioned as frequently as role-playing and mirror, the scene –SB-PFT's new therapeutic technique for starting sessions– is perceived as useful for promoting reflection, knowledge about other family members, and empathy. As a practical implication, it should be noted that the Technical Manual contains a series of variations for using the scene that will have to be evaluated in future applications of SB-PFT.

15. Effectiveness results must take into account the different risk trajectories of adolescents. In particular, SB-PFT achieves better results in promoting parent attachment in adolescents with a family risk profile. In contrast, SB-PFT is less effective when adolescents are affected by violent situations in addition to family stressors. In these cases, SB-PFT only acts to improve the adolescents' mood. Therefore, it is confirmed that the systemic family approach of SB-PFT produces especially positive results when there are family stressors. Thus, adequate referral of participants to SB-PFT will help improve the intervention's impact.

As a *general conclusion* and with respect to this dissertation's two objectives –to systematize an intervention proposal based on SB-PFT and to evaluate its effectiveness–, we consider that this work responds satisfactorily to both. On the one hand, the

development of a Technical Manual has followed the main quality standards for creating manuals and therefore a high –however not total– systematization of the SB-PFT has been achieved. On the other hand, in relation to the effectiveness evaluation, we can confirm that the data have been obtained based on a rigorous evaluation design. Specifically, the results confirm the strength of SB-PFT’s theoretical-practical principles for addressing its main objectives: effectively improving emotional intelligence and parent attachment, and reducing the problematic behaviors of adolescents.

Therefore, the study design, the rigor of the analyses, the positive efficacy results and the development of a Technical Manual make it possible to conceptualize SB-PFT as a promising family intervention in the intervention with adolescents with problematic behaviors. The results and conclusions of this study should encourage professionals from different contexts to implement SB-PFT with adolescents and their families. Likewise, this work will hopefully support public and private institutions’ commitment to SB-PFT in situations of family and/or adolescent conflict.

REFERENCIAS

- Aceituno, R., Asún, R., Ruiz, S., Reynoso, A., Venegas, J., y Corbalán, F. (2009). Anomia y alienación en estudiantes secundarios de Santiago de Chile: Resultados iniciales de un estudio comparativo 1989-2007. *Psyche*, 18(2), 3-18.
- Achenbach, T. (1993). Empirically based taxonomy: how to use syndromes and profile types derived from the CBCL/4-18, TFR and YSR. Burlington: University of Vermont.
- Agnew, R. (1992). Foundation for a General Strain Theory of Crime and Delinquency. *Criminology*, 30, 47–87.
- Agnew, R. (2012). Reflection on “A revised strain theory of delinquency”. *Social Forces*, 91(1), 33–38.
- Alexander, J. F., Waldron, H. B., Robbins, M. S., y Neeb, A. A. (2013). *Functional family therapy for adolescent behavior problems*. Washington, DC: American Association.
- Allen J. P., y Miga E. (2010). Attachment in adolescence: A move to the level of emotion regulation. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27, 181–190.
- Allen, J. P., Porter, M., McFarland, C., McElhaney, K. B., y Marsh, P. (2007). The relation of attachment security to adolescents' paternal and peer relationships, depression, and externalizing behavior. *Child Development*, 78(4), 1222-1239.
- Alvarez-Valcarce, P. (2011) Key elements in a sociodramatic approach to groupwork. En R.Wiener, D. Adderley y K. Kirk (Eds.) *Sociodrama in a Changing World* (pp. 91- 111) Morrisville: Lulu Press inc.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2009). ODD: A guide for families by the American Academy of Child Adolescent Psychiatry. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Recuperado de https://www.aacap.org/app_themes/aacap/docs/resource_centers/odd/odd_resource_center_odd_guide.pdf
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association (APA), División 12. (n.d.). Research supported psychological treatments. Recuperado de <http://www.div12.org/psychological-treatments/>.

- American Psychological Association (APA) Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 6, 271–285.
- Andretta, J. R., McKay, M. T., Harvey, S. A., y Perry, J. L. (2017). Inventory of parent and peer attachment-revised scores in adolescents: a psychometric and person-oriented study. *Family Relations*, 66(3), 527–540.
- Andretta, J. R., Ramirez, A. M., Barnes, M. E., Odom, T., y Woodland, M. H. (2015). Perceived parental security profiles in African American adolescents involved in the juvenile justice system. *Journal of Family Psychology*, 29, 884–894
- Anguera, M. T. (2008). Evaluación de programas desde la metodología cualitativa. *Acción Psicológica*, 5(2), 87-101.
- Antolín, L. (2011). *La conducta antisocial en la adolescencia: una aproximación ecológica*. Tesis doctoral no publicada: Universidad de Sevilla, Sevilla.
- Arditti, J., Burton, L., y Neeves-Botelho, S. (2010). Maternal Distress and Parenting in the Context of Cumulative Disadvantage. *Family process*. 49, 142-64.
- Armsden, G., y Greenberg, M. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 427–454.
- Asscher, J. J., Deković, M., Manders, W. A., van der Laan, P. H., Prins, P. J. M., van Arum, S., y the Dutch MST Cost-Effectiveness Study Group (2014). Sustainability of the effects of multisystem therapy for juvenile delinquents in The Netherlands: effects on delinquency and recidivism. *Journal Experimental Criminology*, 10, 227-243.
- Atzaba-Poria, N., Pike, A., y Deater-Deckard, K. (2004). Do risk factors for problem behaviour act in a cumulative manner? An examination of ethnic minority and majority children through an ecological perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 707–718
- Bacallao, M. L., y Smokowski, P. R. (2005). Entre Dos Mundos (Between Two Worlds) bicultural skills training and Latino immigrant families. *Journal of Primary Prevention*, 26, 485-509.
- Bacallao, M. L., y Smokowski, P. R. (2009). Entre dos mundos/between two worlds: Bicultural development in context. *Journal of Primary Prevention*, 30(3-4), 421-451

- Baker, C. K., Hishinuma, E. S., Chang, J. Y., y Nixon, D. C. (2010). The relationship among exposure to stressful life events, drug use, and violence perpetration in a sample of native Hawaiian, Samoan, and Filipino adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(3), 379–399.
- Bandura, A. (1973). *Agression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A., y Walters, R. H. (1959). *Adolescent Aggression*. New York: Ronald Press.
- Barbour, R. S. (2005). Making sense of focus groups. *Medical Education*, 39, 742-750.
- Barbour, R. S., y Kitzinger, J. (Eds.) (1999). *Developing focus group research: Politics, theory and practice*. London,UK: Sage.
- Barkley, R., Edwards, G., y Robin, A. (1999). *Defiant teens: a clinical's manual for assessment and family intervention*. New York: Guilford.
- Bar-On, R. (2000). *Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory (EQ-i)*. En R. Bar-On and J. D. A. Parker (Eds.), *Handbook of emotional intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, 13-25.
- Bar-On, R., y Parker, J.D.A. (2000). *The Bar-On EQ-i:YV: technical manual*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Baruch, G., Vrouva, I., y Wells, C. (2011). Outcome findings from a parent training programme for young people with conduct problems. *Child & Adolescent Mental Health*, 16(1), 47-54.
- Baskin-Sommers, A. R. (2016). Dissecting Antisocial Behavior: The Impact of Neural, Genetic, and Environmental Factors. *Clinical Psychological Science*, 4(3), 500-510.
- Beck, R., y Fernández, E. (1998). Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 63-74.
- Becker, S., Y Curry, J. (2008). Outpatient interventions for adolescent substance abuse: A quality of evidence review. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 76, 531–543.
- Berkowitz, L. (1989). Frustration-aggression hypothesis: Examination and reformulation. *Psychological Bulletin*, 106(1), 59–73.

- Bird, H., Gould, M., y Staghezza, B. (1993). Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(2), 361-368.
- Bierman, L. B. (2004). *Peer rejection. Developmental processes an intervention strategies*. New York: Guilford Press.
- Bjørknes, R., y Manger, T. (2012). Can parent training alter parent practices and reduce conduct problems in ethnic minority children? A randomized controlled trial. *Prevention Science*, published online.
- Blatner, H. A. (1986). *Psicodrama*. México: Pax-México.
- Bowen, M. (1979). *De la familia al individuo: la diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Paidós: Barcelona.
- Bowlby, J (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Borawski, E. A., Ievers-Landis, C.E., Lovegreen, L. D., y Trapl E. S. (2003). Parental monitoring, negotiated unsupervised time, and parental trust: The role of perceived parenting practices in adolescent health risk behaviors. *The Journal of Adolescent Health*, 33, 60–70.
- Boss, P. (2002). *Family stress management* (2ª ed.) Newbury Park, C.A.: Sage.
- Branje, S. (2018). Development of parent-adolescent relationship: Conflicts interactions as a mechanism of change. *Child Development Perspectives*, 12(3), 171-176.
- Branje, S., Laursen, B., y Collins, W. A. (2012). Parent–child communication during adolescence. En A. Vangelisti (Ed.), *Handbook of family communication* (2ª ed., pp. 271–286). New York, NY: Routledge.
- Braun, V., y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Bronfenbrenner, U. (1993). The ecology of cognitive development: Research models and fugitive findings. En R. H. Wozniak & K. W. Fischer (Eds.), *The Jean Piaget symposium series. Development in context: Acting and thinking in specific environments* (pp. 3-44). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Bronfenbrenner, U. (2000). Ecological theory. En A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology* (pp. 129-233). Washington, DC and New York: American Psychological Association and Oxford University.

- Bronfenbrenner, U., y Morris, P. A. (2006). The Bioecological Model of Human Development. En R. M. Lerner y W. Damon (Eds.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (pp. 793-828). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Bulanda, R. E., y Majumdar, D. (2009). Perceived parent–child relations and adolescent self-esteem. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 203–212.
- Bullard, L., Wachlarowicz, M., DeLeeuw, J., Snyder, J., Low, S., Forgatch, M., y DeGarmo, D. (2010). Effects of the Oregon Model of Parent Management Training (PTMO) on marital adjustment in new stepfamilies: A randomized trial. *Journal of Family Psychology*, 24(4), 485-496.
- Burlingame, G., Strauss, B., y Joyce, A. (2013). Change mechanisms and effectiveness of small group treatments. En M. J. Lambert (Ed.), Bergin & Garfield's *Handbook of psychotherapy and behavior change* (6^a ed. pp. 640–689). New York, NY: Wiley.
- Cabrera, V. E., González, M. R. y Guevara, I. P. (2012). Estrés parental, trato rudo y monitoreo como factores asociados a la conducta agresiva. *Universitas Psychologica*, 11(1), 241-254.
- Calvete, E., Orue, I., y Gámez-Guadix, M. (2012). Child-to-parent violence: Emotional and behavioral predictors. *Journal of interpersonal violence*, 28(4), 755-772.
- Carr, A. (2014). The evidence-base for family therapy and systemic interventions for child focused problems. *Journal of Family Therapy*, 36(2), 107-157.
- Carr, A. (2016). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: a contextual approach* (3^a ed.). Abingdon: Routledge.
- Carroll, K. M., y Rounsaville, B. J. (2008). Efficacy and effectiveness in developing treatment manuals. En A. M. Nezu y C. M. Nezu (Eds.), *Evidence-based outcome research: A practical guide to conducting randomized controlled trials for psychosocial interventions* (pp. 219-243). New York, NY: Oxford University Press.
- Carter, J. S., Garber, J., Ciesla, J. A., y Cole, D. A. (2006). Modeling relations between hassles and internalizing and externalizing symptoms in adolescents: A four-year prospective study. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 428-442.
- Castillo, R., Salguero, J.B., Fernández-Berrocal, P., y Balluerka, N. (2013). Effects of an emotional intelligence intervention on addression and empathy among adolescents. *Journal of Adolescence*, 36, 883-892.

- Cefai, J., Smith, D., y Pushak, R. E. (2010). Parenting Wisely: Parent training via CD-ROM with an Australian sample. *Child & Family Behavior Therapy*, 32, 17-33.
- Cejudo, J., Rodrigo-Ruiz, D., López-Delgado, M., y Losada, L. (2018). Emotional intelligence and its relationship with levels of social anxiety and stress in adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 1073.
- Celinska, K., Cheng Ch., y Virgil, N. (2015). Youth and parental perspectives on the Functional Family Therapy program. *Journal of Family Therapy* 37, 450-470.
- Celinska, K., Furrer, S., y Cheng, C. C. (2013). An outcome-based evaluation of Functional Family Therapy for youth with behavior problems. *OJJDP Journal of Juvenile Justice*, 2(2), 23-36.
- Charmet, G. (2000). *I nuovi adolescenti*. Milán: Raffaello Cortina.
- Chu, J. T. W., Bullen, P., Farruggia, S. P., Dittman, C. K., y Sanders, M. R. (2015). Parent and adolescent effects of a universal group program for the parenting of adolescents. *Prevention Science*, 16, 609-620.
- Clark, H., y Anderson, A. (2004). theories of change and logic models: telling them apart. Presentación en la Asociación Americana de Evaluación, Atlanta, GA. Recuperado de http://www.theoryofchange.org/wpcontent/uploads/toco_library/pdf/TOCs_and_Logic_Models_forAEA.pdf.
- Cloninger, C. R., y Gottesman, I. I. (1987). Genetic and environmental factors in antisocial behavior disorders. En S. A. Mednick, T.E. Moffitt y S. A. Stack (Eds.), *The causes of crime: new biological approaches* (pp. 92-109). Cambridge: Cambridge University Press.
- Coatsworth, J. D., Pantin, H., y Szapocznik, J. (2002). Familias Unidas: A family centered ecodevelopmental intervention to reduce risk for problem behavior among Hispanic adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(2), 113–132.
- Cobos, L., Fluja, J. M., y Gómez, I. (2017). The role of emotional intelligence in psychological adjustment among adolescents. *Anales de Psicología*, 33(1), 66-73.
- Coleman, J. C. y Hendry, L. B. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.
- Comeche, M. I., y Vallejo, M. A. (2016). *Lecciones de Terapia de Conducta* (2ª ed.). Madrid: Dykinson.
- Comité de Ministro del Consejo de Europa. (2006). *Recomendación Rec (2006) 19 del Comité de Ministro a los Estados Miembros sobre políticas de apoyo al ejercicio positivo de la parentalidad*. Recuperado de <https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=1073507>

- Compas, B. E., Hinden, B. R., y Gerhardt, C. A. (1995). Adolescent development: Pathways and processes of risk and resilience. *Annual Review of Psychology*, *46*, 265-293.
- Compas, B. E., y Reeslund, K. L. (2009). Processes of risk and resilience during adolescence. En R.M. Lerner y L. Steinberg (Eds.) *Handbook of adolescent psychology* (3rd ed. pp. 561-588). New Jersey: John Wiley and Sons, Inc.
- Conger, R. D., y Conger, K. J. (2008). Understanding the process through which economic hardship influences families and children. En T. B. Heaton (Ed.), *Handbook of families and poverty* (pp. 64-81). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Conger, R. D., Ge, X., Elder, G. H., Lorenz, F. O., y Simons, R. L. (1994). Economic stress, coercive family process and developmental problems of adolescents. *Child Development*, *65*, 541-561.
- Coombes, L., Allen, D. y Foxcroft, D. (2012). An exploratory pilot study of the Strengthening Families programme 10-14 (UK). *Drugs: Education, Prevention and Policy*, *19*(5), 387-396.
- Coombes, L., Allen, D., Marsh, M., y Foxcroft, D.R. (2009). The strengthening families programme (SFP) 10–14 and substance misuse in Barnsley: The perspective of facilitators and families. *Child Abuse Review*, *18*, 41–59.
- Cowan, P. A., Cowan, C. P., y Schulz, M. S. (1996). Thinking about risk and resilience in families. En E. M. Hetherington y E. A. Blechman (Eds.), *Stress, coping, and resiliency in children and families* (pp. 1-38). Nueva Jersey: Larence Erlbaum.
- Cox, M. J., y Paley, B. (1997). Families as systems. *Annual Review of Psychology*, *48*, 243-267.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions* (2ª ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Crick, N.R., Werner, N.E., Casas, J.F., O'Brien, K.M., Nelson, D.A., Grotmeter, J.K., y Markon, K. (1999). Childhood aggression and gender: A new look at an old problem. En R. A. Dienstbier y D. Bernstein (Eds.). *Gender and Motivation: Volume 45 of the Nebraska Symposium on Motivation* (pp. 75-141). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Crosswhite, J. M. y Kerpelman, J. L. (2009). Coercion Theory, Self-Control, and Social Information Processing: Understanding potential mediators for how parents influence deviant behaviors. *Deviant Behavior*, *30*(7), 611-646.
- Cruz, A., Sales, C. M. D., Alves, P., y Moita, G. (2018). The Core Techniques of Morenian Psychodrama: A systematic review of literature. *Frontiers in Psychology*, *9*:1263.

- Cuffe, S. P., McKeown, R. E., Addy, C. L., y Garrison, C. Z. (2005). Family and psychosocial risk factors in a longitudinal epidemiological study of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 121–129.
- Cummings, E. M., y Davies, P. T. (2010) *Marital conflict and children: An emotional security perspective*. New York and London: The Guilford Press.
- Datchi, C. C., y Sexton, T. L. (2013). Can family therapy have an effect on adult criminal conduct? Initial evaluation of functional family therapy. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 2(4), 278-293.
- Davis, S. K., y Wigelsworth, M. (2018). Structural and predictive properties of the Emotional Quotient Inventory Youth Version–Short Form (EQ-i:YV[S]), *Journal of Personality Assessment*, 100(2), 197-206.
- Deffenbacher, J. L., Lynch, R. S., Oetting, E. R., y Kemper, C. C. (1996). Anger reduction in early adolescents. *Journal of Counseling Psychology*, 43(2), 149-157.
- De Shazer, S. (1990). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton.
- Delgado, L., Penelo, E., Fornieles, A., Brun-Gasca, C., y Ollé, M. (2016). Estructura factorial y consistencia interna de la versión española del Inventario de Apego a Padres y Pares para Adolescentes (IPPA). *Universitas Psychologica*, 15(1), 327-338.
- Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia (2016). *Boletín de datos estadísticos de medidas impuestas a menores infractores. Datos del 2014*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Dishion, T. J., French, D. C., y Patterson, G. R. (1995). The development and ecology of antisocial behavior. En D. Cicchetti y D. J. Cohen (Eds.), *Wiley series on personality processes. Developmental psychopathology, Vol. 2. Risk, disorder, and adaptation* (pp. 421-471). Oxford: John Wiley & Sons.
- Dishion, T. J., y Stormshak, E. A (2006). *Intervening in Childrens Lives: An Ecological, Family-Centered Approach to Mental Health Care*. Washington, DC: Am. Psychol. Assoc.
- Dodge K. A. (2003). Do social information-processing patterns mediate aggressive behavior? En B.B. Lahey, T.E. Moffitt, Y A. Casp (Eds.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (pp. 254–274). New York: Guilford Press.
- Duncombe, M. E., Havighurst, S. S., Kehoe, C. E., Holland, K. A., Frankling, E. J., y Stargatt, R. (2016). Comparing an emotion-and a behavior-focused parenting program as part of a

- multisystemic intervention for child conduct problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(3), 320-334.
- Dykas, M., Ziv, Y., y Cassidy, J. (2008). Attachment and peer relations in adolescence. *Attachment & Human Development*, 10, 123–141.
- Edwards, R. T., Ceilleachair, A., Bywater, T., Hughes, D. A., y Hutchings, J. (2007). Parenting programme for parents of children at risk of developing conduct disorder: Cost effectiveness analysis. *BMJ: British Medical Journal*, 334:682
- Elder, J. P., Edelstein, B. A., y Narick, M. M. (1979). Adolescent psychiatric patients: Modifying aggressive behavior with social skills training. *Behavior Modification*, 3, 161-178.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton.
- Escudero, V. (2011). *Adolescentes y familias en conflicto. Terapia familiar centrada en la alianza terapéutica. Manual de Tratamiento*. Recuperado de <https://www.adolescenciasema.org/adolescentes-y-familias-en-conflicto-manual-de-tratamiento-terapia-familiar-centrada-en-alianza-terapeutica-fundacion-meninos-2011/>
- Estrada, Y., Rosen, A., Huang, S., Tapia, M., Sutton, M., Willis, L., ... Prado, G. (2015). Efficacy of a brief intervention to reduce substance abuse and human immunodeficiency virus infection risk among Latino youth. *Journal of Adolescent Health*, 57, 651-657.
- Extremera, N., Durán, A., y Rey, L. (2007). Perceived emotional intelligence and dispositional optimism-pessimism: Analyzing their role in predicting psychological adjustment among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 42, 1069-1079.
- Farmer, T., Petrin, R., Robertson, D., Fraser, M., Hall, C., Day, S. y Dadisman, K. (2010). Peer relations of bullies, bully-victims, and victims: the two social worlds of bullying in second-grade classrooms. *The Elementary School Journal*, 110, 364-392.
- Farrington, D. P. (1995). The Twelfth Jack Tizard Memorial Lecture: The development of offending and antisocial behaviour from childhood: Key findings from the Cambridge Study in Delinquent Development. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 36(6), 929-964.
- Feldman, M. P. (1977). *Criminal Behavior: A Psychological Analysis*. London: Wiley.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.

- Fernández, A., y Husperger, E. W. (1959). Central representation of affective reactions in forebrain and brainstem: Electrical simulation of amygdala, stria terminalis, and adjacent structures. *The Journal of Psychology*, 145, 251-265.
- Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D. (2008). La inteligencia emocional en la educación. *Revista de Investigación Psicoeducativa*, 6, 193-204.
- Ferrando, M. (2006). *Creatividad e inteligencia emocional: un estudio empírico en alumnos con altas habilidades*. Tesis doctoral: Universidad de Murcia.
- Feshbach, N. (1975). Empathy in children: some theoretical and empirical considerations. *Counseling Psychologist*, 5, 25-30.
- Finkel, E. J. (2014). The I³ Model: Metatheory, theory and evidence. En J. M. Olson, y M. P. Zanna (Eds.), *Advances in Experimental Social Psychology* (vol. 49, pp. 1-104). San Diego, CA: Elsevier.
- Finkel, E. J., DeWall, C. N., Slotter, E. B., McNulty, J. K., Pond, R.S., y Atkins, D. C. (2012). Using I3 theory to clarify when dispositional aggressiveness predicts intimate partner violence perpetration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(3), 533-549.
- Fitch, T., y Giunta, S. (2011). Psychodrama and family relationships. En T. Fitch y J. L. Marshall (Eds.), *Group work and outreach plans for college counselors* (pp. 69-75). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Fite P.J., Wimsatt, A.R., Elkins, S., y Grassetti, S.N. (2012) *Contextual influences of proactive and ,reactive subtypes of aggression*. *Child Indicators Research*, 5,123-133.
- Fitzpatrick, S., y Bussey, K. (2011). The development of the social bullying involvement scales. *Aggressive behavior*, 37, 177-192.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. y Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network
- Flay, B., Biglan, A., Boruch, R. F., González, F., Gottfredson, D., Kellam, S. ... Ji, P. (2005). Standards of evidence: Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*, 6(3), 151-175.
- Forgatch, M. S., y Patterson, G. R. (2010). Parent Management Training - Oregon Model: An intervention for antisocial behavior in children and adolescents. En J. R. Weisz y A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2ª ed., pp. 159-178). New York: Guilford

- Fosco, G. M., y Grych, J. H. (2010). Adolescent triangulation into parental conflicts: Longitudinal implications for appraisals and adolescent-parent relations. *Journal of Marriage and Family*, 72(2), 254-266.
- Fosco, G. M., Lippold, M., y Feinberg, M. E. (2014). Interparental boundary problems, parent-adolescent hostility, and adolescent-parent hostility: A family process model for adolescent aggression problems. *Couple and Family Psychology, Research and Practice*, 3(3), 141–155.
- Fowler, P., Tompsett, C., Braciszewski, J., Jacques-Tiura, A., y Baltes, B. (2009). Community violence: A meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents. *Development and Psychopathology*, 21(1), 227-259.
- Frías-Armenta, M., López, A., y Díaz, S. (2003). Predictores de la conducta juvenil: un modelo ecológico. *Estudios de Psicología (Natal)*, 8, 15-24.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., y Diamond, G. M. (2011) Alliance in Couple and Family Therapy. *Psychotherapy*, 48, 25–33
- García-Linares, M., de la Torre, M., de la Villa, M., Cerezo, M., y Casanova, P. (2014). Consistencia /inconsistencia en los estilos educativos de padres y madres, y estrés cotidiano en la adolescencia. *Revista de Psicodidáctica*, 19(2), 307-325.
- Gini, G. (2006). Bullying as a social process: The role of group membership in students' perception of inter-group aggression at school. *Journal of School Psychology*, 44, 51-65.
- Giroux, M. E., Chong, K., Coburn, P. I., y Connolly, D. A. (2018). Differences in child sexual abuse cases involving child versus adolescent complainants. *Child Abuse & Neglect*, 79, 224–233.
- Glaser, B.G., y Strauss, A. L. (1999). *The discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.
- Glick, B., y Gibbs, J. (2011). *Aggression Replacement Training®: A comprehensive intervention for aggressive youth. Third Edition--Revised and Expanded*. Champaign, IL: Research Press.
- Goodman, R. (2001). Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345.
- Gordon, D. A. (2000). Parent training via CD-ROM: Using technology to disseminate effective prevention practices. *Journal of Primary Prevention*, 21, 227–251.

- Gorrese, A., y Ruggieri, R. (2012). Peer attachment: a meta-analytic review of gender and age differences and associations with parent attachment. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(5), 650-672.
- Gottfredson, D. C., Cook, T. D., Gardner, F. E., Gorman-Smith, D., Howe, G. W., Sandler, I. N., y Zafft, K. M. (2015). Standards of evidence for efficacy, effectiveness, and scale-up research in prevention science: Next generation. *Prevention Science*, 16(7), 893–926.
- Grant, K. E., Compas, B. E., Stuhlmacher, A. F., Thurm, A. E., McMahon, S. D., y Halpert, J. A. (2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: Moving from markers to mechanisms of risk. *Psychological Bulletin*, 129, 447-466.
- Grant, K. E., Compas, B. E., Thurm, A. E., McMahon, S. D., y Gipson, P. Y. (2004). Stressors and Child and Adolescent Psychopathology: Measurement Issues and Prospective Effects. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33, 412–425.
- Grant, K. E., Compas, B. E., Thurm, A. E., McMahon, S. D., Gipson, P. Y., Campbell, A. J.,...Westerholm, R. I. (2006) Stressors and child and adolescent psychopathology: evidence of moderating and mediating effects. *Clinical Psychology Review*, 26(3):257–83.
- Gresham, F. M. (2015). Evidence-based social skills interventions for students at-risk for EBD. *Remedial and Special Education*, 36, 100–104.
- Guajardo, N.R., Snyder, G., y Petersen, R (2009). Relationship among parenting practices, parental stress, child behavior, and children´s social-cognitive development. *Infant and Child Development* 18(1):37 – 60.
- Guilamo-Ramos, V., Jaccard, J., Dittus, P., y Bouris, A. M. (2006). Parental expertise, trustworthiness, and accessibility: Parent-adolescent communication and adolescent risk behavior. *Journal of Marriage and Family*, 68(5), 1229-1246.
- Gundersen, K., y Svartdal, F. (2006). Aggression Replacement Training in Norway: Outcome evaluation of 11 Norwegian student projects. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 50(1), 63-81.
- Gutiérrez, J. A. (2015). Intervención comunitaria desde el enfoque psicoescénico. *Mosaico*, 60, 86-94.
- Hansson, K., Cederblad, M., y Hook, B. (2000). Functional Family Therapy: A method for treating juvenile delinquents. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 3, 231-243.

- Hartman, D., y Zimberoff, D. (2004). Corrective Emotional Experience in the therapeutic process. *Journal of Heart-Centered Therapies*, 7(2), 3-84.
- Havighurst, S. S., y Harley, A. (2007). *Tuning in to Kids: Emotionally Intelligent Parenting Program Manual*. Melbourne: University of Melbourne.
- Havighurst, S. S., Harley, A. H., Kehoe, C. E., y Pizarro, E. (2012). *Tuning in to Teens: Emotionally Inteligent Parenting Program Manual*. Melbourne: University of Melbourne.
- Havighurst, S. S., Kehoe, C. E., y Harley, A. E. (2015). Tuning in to Teens: Improving parental responses to anger and reducing youth externalizing behavior problems. *Journal of Adolescence*, 42, 148-158.
- Havighurst, S. S., Wilson, K. R., Harley, A. E., Kehoe, C., Efron, D., y Prior, M. (2013). "Tuning into Kids": Reducing Young Children's Behavior Problems Using an Emotion Coaching Parenting Program. *Child Psychiatry & Human Development*, 44(2), 247-264.
- Hawk, S. T., Hale, W. W., Raaijmakers, Q. A. W., y Meeus, W. (2008). Adolescents' perceptions of privacy invasion in reaction to parental solicitation and control. *Journal of Early Adolescence*, 28, 583-608.
- Hawker, D. S. J., y Boulton, M. J. (2000). Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: A metaanalytic review of cross-sectional studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 441-455.
- Henggeler S. W., Cunningham, P. B., Schoenwald, S. K., Borduin, C.M., y Rowland, M. D. (2009). *Multisystemic Therapy for antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Guilford.
- Henggeler, S. W., y Schaeffer, C. M. (2016). Multisystemic Therapy (®): Clinical overview, outcomes, and implementation research. *Family Process*, 55(3), 514-528.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S., Bordin, C., Rowland, M., y Cunningham, P. (2009). *Multisystemic therapy for antisocial behaviour in children and adolescents*. New York, NY: Guilford.
- Henggeler, S. W., y Sheidow, A. J. (2012). Empirically supported family-based treatments for conduct disorder and delinquency in adolescents. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 30-58.

- Herman-Stahl, M. y Petersen, A. C. (1996). The protective role of coping and social resources for depressive symptoms among young adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 25(6), 733-753.
- Herranz, T. (1999). *Psicoterapia psicodramática individual*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Hillis, S. D., Anda, R. F., Dube, S. R., Felitti, V. J., Marchbanks, P. A., y Marks, J. S. (2004). The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics*, 113, 320–327.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkley, CA: University of California Press.
- Ho, J. (2008). Community violence exposure of Southeast Asian American adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(1), 136-146.
- Hogue, A., Dauber, S., Stambaugh, L. F., Liddle, H. A., & Cecero, J. J. (2006). Early therapeutic alliance and treatment outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 121-129
- Hunger, C., Bornhauser, A., Link, L., Geigges, J., Voss, A., Weinhold, J., y Schweitzer, J. (2017). The Experience in Personal Social Systems Questionnaire (EXIS.pers.): Development and psychometric properties. *Family Process*, 56(1), 154–170.
- Huver, R. M. E., Otten, R., de Vries, H., y Engels, R. C. M. E. (2010). Personality and parenting style in parents of adolescents. *Journal of Adolescence*, 33(3), 395-402.
- Institute of Medicine and National Research Council (2011). *The Science of adolescent risk-taking: workshop report*. Washington, DC: The Nacional Academies Press.
- Jiménez, L. (2009). *Crecer en contextos familiares en riesgo psicosocial. Análisis evolutivo durante la infancia y la adolescencia*. Tesis Doctoral no publicada: Universidad de Sevilla, Sevilla.
- Jiménez, L., e Hidalgo, M. V. (2016). La incorporación de prácticas basadas en evidencias en el trabajo con familias: los programas de promoción de parentalidad positiva. *Apuntes de Psicología*, 34(2-3), 91-100.
- Johnson, V. K. (2010). From Early Childhood to Adolescence: Linking family functioning and school behavior. *Family relations*, 59(3), 313-325.
- Kaya, F., y Buzlu, S. (2016). Effects of Aggression Replacement Training on problem solving, anger, and aggressive behaviour among adolescents with criminal attempts in Turkey: A quasi-experimental study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6), 729-735.

- Kazdin, A. E. (1995). *Conduct disorder in childhood and adolescence*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Keijsers, L., y Poulin, F. (2013). Developmental changes in parent–child communication throughout adolescence. *Developmental Psychology*, *49*, 2301-2308.
- Keiley, M. K. (2007). Multiple family group intervention for incarcerated adolescents and their families: A pilot project. *Journal of Marital and Family Therapy*, *33*(1), 106–124.
- Kellermann, P. F. (1984). The place of catharsis in psychodrama. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry*; *37*(1), 1-13. Recuperado de <http://peterfelix.tripod.com/home/Catharsis.pdf>
- Kellermann, P. F. (1985). Participants´ perception of therapeutic factors in psychodrama. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry*, *38*, 123-132.
- Kendall, P. C. (2006). Guiding theory for therapy with children and adolescents. En P. C. Kendall (Ed.), *Child and Adolescent Therapy: Cognitive-Behavioral Procedures* (pp. 3-30). New York: Guilford Press.
- Kendrick, H. M., y Drentea, P. (2016). Marital Adjustment. En C. L. Shehan (Ed.). *Encyclopedia of Family Studies* (pp. 1-2). Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781119085621.wbefs071>
- Kipper, D. A., y Ritchie, T. D. (2003). The effectiveness of psychodramatic techniques: A meta-analysis. *Group Dynamics*, *7*(1), 13-25.
- Kjøbli, J., y Ogden, T. (2012). A randomized effectiveness trial of brief parent training in primary care settings. *Prevention Science*, *13*, 616-626.
- Kroger, J. (1995). The differentiation of “firm” and “developmental” foreclosure identity statuses: A longitudinal study. *Journal of Research on Adolescence*, *10*, 317-337.
- Kumpfer, K. L., Fenollar, J., y Jubani, C. (2013). Una intervención eficaz basada en las habilidades familiares para la prevención de problemas de salud en hijos de padres adictos al alcohol y drogas. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, *21*, 85-108.
- Kumpfer, K. L., y Magalhães, C. (2018). Strengthening Families Program: An evidence-based family intervention for parents of high-risk children and adolescents. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, *27*(3): 174-179.
- Kumpfer, K. L., Molgaard, V., y Spoth, R. (1996). The strengthening families program for prevention of delinquency and drug use in special populations. En R. D. Peters y R. J.

- McMahon (Eds.), *Childhood disorders, substance abuse, and delinquency: Prevention and early intervention approaches* (pp. 241–268). Newbury Park, CA: Sage.
- Laghi, F., Pallini, S., Baumgartner, E., Guarino, A., y Baiocco, R. (2016). Parent and peer attachment relationships and time perspective in adolescence: Are they related to satisfaction with life? *Time & Society*, 25(1), 24-39.
- Larroy, C. (2007). *Mi hijo no me obedece. Soluciones realistas para padres desorientados*. Editorial Pirámide. Madrid.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York, NJ: Springer.
- Lerner, R. M. (2002). *Concepts and theories of human development* (3ª ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Lerner, R. M., y Steinberg, L. (2009). *Handbook of adolescent psychology: Individual basis of adolescent development*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Li, D., Zhang, W., y Wang, Y. (2015). Parental behavioral control, psychological control and chinese adolescents' peer victimization: the mediating role of self-control. *Journal of Child and Families Studies*, 24, 628–637.
- Liddle, H. A. (1999). Theory development in a familybased therapy for adolescent drug abuse. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(4), 521–532
- Liddle, H. A., Rowe, C.L., Dakof, G.A., Henderson, C.E., y Greenbaum, P.E. (2009) Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 12–25.
- Lippold, M. A., Davis, K. D., McHale, S. M., Buxton, O. M., y Almeida, D. M. (2016). Daily stressor reactivity during adolescence: The buffering role of parental warmth. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 35(9), 1027-35.
- Little, M., Axford, N., y Morpeth, L. (2004). Research review: Risk and protection in the context of services for children in need. *Child and Family Social Work*, 9(1), 105-117.
- Liu, Q. X., Fang, X. Y., Yan, N., Zhou, Z .K., Yuan, X. J., Lan, J., y Liu, C.Y. (2015). Multi-family group therapy for adolescent internet addiction: Exploring the underlying mechanisms. *Addictive Behaviors*. 42, 1-8.

- Loeber, R., y Farrington, D. (1997). Strategies and Yields of longitudinal studies on antisocial behavior. En D. Stoff, J. Breiling y J. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 125-139). New York: John Wiley & Sons.
- López F. (2008). *Necesidades de los niños y adolescentes. Respuesta familiar, escolar y social*. Madrid: Pirámide.
- López-López, J. R., y López-Soler, C. (2008). *Conducta antisocial y delictiva en la adolescencia*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Lorence, B., Mora, M., y Maya, J. (2018). Descripción y análisis de la calidad de los programas para el tratamiento de la conducta antisocial en la ciudad de Huelva. *Pedagogía Social: Revista Interuniversitaria*, 32, 109-121.
- Losel, F., y Beelmann A (2003). Effects of child skills training in preventing antisocial behavior: A systematic review of randomized evaluations. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 587, 84–109.
- Lundahl, B., Risser, H. J., y Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 86 - 104.
- Maccoby, E. E., y Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interaction. En E. M. Hetherington (Ed.), y P. H. Mussen (series Ed.), *Handbook of Child Psychology*, (4ª ed., vol IV, pp. 1-101). New York: Wiley.
- Macgowan, M. J., y Wagner, E. F. (2005). Iatrogenic Effects of Group Treatment on Adolescents with Conduct and Substance Use Problems: A Review of the Literature and a Presentation of a Model. *Journal of evidence-based social work*, 2(1-2), 79-90.
- MacPherson, I., y McKie, L. (2010). Qualitative research in programme evaluation. En I. Bourgeault, R. Dingwall, & R. de Vries (Eds.), *Handbook on qualitative methods in health research*, (pp. 454–477). London, England: Sage.
- Martin, D., Garske, J., y Davis, M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-50.
- Martín-Quintana, J. C., Máiquez, M. L., Rodrigo, M. J., Byrne, S., Rodríguez, B., y Rodríguez, G. (2009). Programas de Educación Parental. *Psychosocial Intervention*, 18(2), 121-133.
- Martinez, C., y Eddy J. M, (2005). Effects of culturally adapted parent management training on Latino youth behavioral health outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 841-851.

- Martinez, C., y Forgatch, M. (2001) Preventing problems with boys' noncompliance: Effects of a parent training intervention for divorcing mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(3), 416-428.
- Martins, A., Ramalho, N., y Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences, 49*(6), 554–564.
- Mavroveli, S., Petrides, K. V., Rieffe, C., y Bakker, F. (2007). Trait emotional intelligence, psychological well-being and peer-rated social competence in adolescence. *British Journal of Developmental Psychology, 25*(2), 263-275.
- McCubbin, H. I., y Patterson, J. M. (1983). The family stress process: The Double ABC-X Model of Adjustment and Adaptation. *Marriage and Family Review, 6*, 7-37.
- McCuish, E. C., Cale, J., y Corrado, R. R. (2017). Abuse experiences of family members, child maltreatment, and the development of sex offending among incarcerated adolescent males: differences between adolescent sex offenders and adolescent non-sex offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 61*, 127–149.
- McElhaney, K. B., Allen, J. P., Stephenson, J. C., y Hare, A. L. (2009). Attachment and autonomy during adolescence. En R. M. Lerner y L. Steinberg (Eds). *Handbook of adolescent psychology* (3ª ed. pp.358-403), New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. Suldo, Shaunessy, & Hardesty.
- McFarlane, W. R. (2002). *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. New York & London: Guilford Press.
- McGoldrick, M., y Gerson, R. (1985). *Genograms in family assessment*. New York: Norton.
- McMahon, S. D., Grant, K. E., Compas, B. E., Thurm, A. E., y Ey. S. (2003). Stress and psychopathology in children and adolescents: Is there evidence of specificity? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*(1), 107-133.
- Meichenbaum, D. H., y Goodman, J. (1971) Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology, 77*, 115-126.
- Miczek, K. A., Fish, E. W., de Bold, J. F., y de Almeida, R. M. (2002). Social and neural determinants of aggressive behavior: Pharmacotherapeutic targets at serotonin, dopamine and gamma-butyric acid systems. *Psychopharmacology, 163*, 459–466.

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017). *Boletín de datos estadísticos de medidas impuestas a menores infractores* (Núm. 16). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S., y Fishman, H. C. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mirón, L., Otero, J., y Luengo, A. (1989). Empatía y conducta antisocial. *Análisis y modificación de conducta*, 15(44), 239-254.
- Moffitt, T. E. (2005). Genetic and environmental influences on antisocial behaviors: evidence from behavioral-genetic research. *Advances in Genetics*, 55, 41-99.
- Moffitt, T. E., y Scott, S. (2008). Conduct disorders of childhood and adolescence. En M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor y A. Thapar (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, (5ª ed. pp. 543-564). Oxford: Blackwell.
- Monks, C. P., y Smith, P. K. (2006). Definitions of bullying: Age differences in understanding of the term, and the role of experience. *British Journal of Developmental Psychology*, 24(4), 801-821.
- Morales, F., y Trianes, M. (2010). Estrategias de afrontamiento e inadaptación en niños y adolescentes, *European Journal of Educación and Psychology* 3(2), 275-286.
- Moreno, J. L. (1964). *Psychodrama* (Vol. 1). Beacon, NY: Beacon House.
- Moreno, J. E., y Fernández, C. (2011). Empatía y flexibilidad yoica, su relación con la agresividad y la prosocialidad. *Límite*, 6(23), 41-55.
- Moretti, M. M., Obsuth, I., Craig, S. G., y Bartolo, T. (2015). An attachment-based intervention for parents of adolescents at risk: Mechanisms of change. *Attachment and Human Development*, 18, 1-17.
- Moretti, M. M., Obsuth, I., Maysseless, O., y Scharf, M. (2012). Shifting internal parent-child representations among caregivers of teens with serious behaviour problems: An attachment-based approach. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 5, 191-204.
- Moretti, M. M., y Obsuth, I. (2009). Effectiveness of an attachment-focused manualized intervention for parents of teens at risk for aggressive behaviour: The Connect Program. *Journal of Adolescence*, 32(6), 1347-1357.

- Moretti, M. M., Pasalich, D. S., y O'Donnell, K. A., (2017). Connect: An attachment based program for parents and teens. En H. Steele y M. Steele. (Eds), *Handbook of Attachment-Based Interventions* (1ª ed. pp. 221-247). New York, NY: Guilford Publications.
- Moretti, M. M., y Peled, M. (2004). Adolescent-parent attachment: Bonds that support healthy development. *Paediatrics & Child Health*, 9(8), 551-555.
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., y Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social development (Oxford, England)*, 16(2), 361-388.
- Nacimiento, L. (2018). *Estrategias de afrontamiento ante bullying y cyberbullying: condicionantes y consecuencias*. Tesis Doctoral no publicada: Universidad de Sevilla, Sevilla.
- Nangle, D. W., Erdley, C. A., y Carpenter, E. M. (2002). Social skills training as a treatment for aggressive children and adolescents: A developmental-clinical integration. *Aggression and Violent Behavior*, 7,169-199.
- Ngo, H. M., y Le, T. N. (2007). Stressful life events, culture, and violence. *Journal of Immigrant Health*, 9, 75–84.
- Oakley, A., Strange, V., Bonell, C., Allen, E., Stephenson, J., y the RIPPLE Study Team (2006). Process evaluation in randomised controlled trials of complex interventions. *British Medical Journal*, 332, 413–416.
- O'Connor, R. M., y Little, I. S. (2003). Revisiting the predictive validity of emotional intelligence: Self-report versus ability-based measures. *Personality and Individual Differences*, 35, 1893–1902.
- O'Connor, T. G., y Scott, S. B. C. (2006). *Parenting and outcomes for children*. York, UK: Joseph Rowntree Foundation.
- Offrey, L. D., y Rinaldi, C., (2017) Parent–child communication and adolescents' problem-solving strategies in hypothetical bullying situations. *International Journal of Adolescence and Youth*, 22(3), 251-267.
- Ogden, T., y Hagen, K. A. (2006). Multisystemic Therapy of serious behaviour problems in youth: Sustainability of therapy effectiveness two years after intake. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 11, 142-149.
- Oliva, A. (2006). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de Psicología*, 37(3), 209-223.

- Oliva, A. (2011). Apoyo en la adolescencia. *Acción Psicológica*, 8, 55-65.
- Oliva, A., Parra, A., y Arranz, A. (2008). Estilos relacionales materno y paterno y ajuste adolescente. *Infancia y Aprendizaje*, 31(1), 93-106.
- Oruche, U. M., Draucker, C., Alkhattab, H., Knopf, A., y Mazurcyk, J. (2014). Interventions for family members of adolescents with disruptive behavior disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 27(3), 99–108.
- Osman, F., Flacking, R., Schön, U., y Klingberg-Allvin, M. (2017). A support program for Somali-born parents on children's behavioral problems. *Pediatrics*, 139(3).
- Osman, F., Salari, R., Klingberg-Allvin, M., Schön, U. K., y Flacking, R. (2017). Effects of a culturally tailored parenting support programme in Somali-born parents' mental health and sense of competence in parenting: A randomised controlled trial. *BMJ Open*, 7(12), e017600.
- Ostaszewski, K., y Zimmerman, M. A. (2006). The effects of cumulative risks and promotive factors on urban adolescent alcohol and other drug use: a longitudinal study of resiliency. *American Journal of Community Psychology*, 38(3-4), 251-262.
- Otis, K. L., Huebner, S. E., y Hills, K. J. (2016). Origins of Early Adolescents' Hope: Personality, Parental Attachment, and Stressful Life Events. *Canadian Journal of School Psychology*, 31(2), 102–121.
- Palacios, J., y Moreno, M. C. (1994). Contexto familiar y desarrollo social. En M. J. Rodrigo (Ed.), *Contexto y desarrollo social* (pp. 157-188). Madrid: Síntesis.
- Palazzoli-Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. F., y Prata, G. (1978). A ritualized prescription in family therapy: Odd days and even days. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 4, 3–9.
- Pantin, H., Prado, G., Lopez, B., Huang, S., Tapia, M. I., Schwartz, S. J., ... Branchini, J. (2009). A randomized controlled trial of Familias Unidas for Hispanic adolescents with behavior problems. *Psychosomatic Medicine*, 71, 987-995.
- Papp, P. (1983). *The process of change*. New York: Guilford Press.
- Parra, A. (2005). *Familia y desarrollo adolescente: un estudio longitudinal sobre trayectorias evolutivas*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Sevilla, Sevilla.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, T. (2014). A cognitive behavioral systems approach to family therapy. *Journal of Family Psychotherapy*, 25(2), 132–144.

- Patton, M. Q. (2002). Designing qualitative studies. En M. Q. Patton (Ed.), *Qualitative research and evaluation methods* (3ª., pp. 209–257). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Paz, M., y Carrasco, M. A. (2006). Intervención psicológica en agresión: técnicas, programas y prevención. *Acción Psicológica*, 4(2), 83-105.
- Pereda, N., Guilera, G., y Abad, J. (2014). Victimization and polyvictimization of Spanish children and youth: Results from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 38(4), 640-649.
- Pérez-Padilla, J. (2014). *El estrés parental en familias en riesgo psicosocial*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Huelva, Huelva.
- Petrides, K. V., Frederickson, N., y Furnham, A. (2004). the role of trait emotional intelligence in academic performance and deviant behavior at school. *Personality and Individual Differences*, 36, 277-293.
- Phipps, W. D., y Vorster, C. (2011). Narrative therapy: A return to the intrapsychic perspective? *Journal of Family Psychotherapy*, 22, 128–147.
- Piqueras, J. A., Ramos, V., Martínez, A. E. y Oblitas, L. F. (2009) Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112.
- Pinquart, M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: An updated meta-analysis. *Developmental Psychology*, 53(5), 873-932.
- Prado, G., Cordova, D., Huang, S., Estrada, Y., Rosen, A., Bacio, G. A., ... McCollister, K. (2012). The efficacy of Familias Unidas on drug and alcohol outcomes for Hispanic delinquent youth: Main effects and interaction effects by parental stress and social support. *Drug and Alcohol Dependence*, 125(1), 18-25.
- Rabbit, S. M., Carrubba, E., Lecza, B., MacWhinney, E., Pope, J., y Kazdin, A. E. (2016). Reducing therapist contact in parenting programs: Evaluation of internet-based treatments for child conduct problems. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 2001-2020.
- Raine, A. (2002). Annotation: The role of prefrontal deficits, low autonomic arousal, and early health factors in the development of antisocial and aggressive behavior in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 417-434.

- Ralph, A., y Sanders, M. R. (2003). Preliminary evaluation of the Group Teen Triple P program for parents of teenagers making the transition to high school. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 2, 1–10.
- Rasalingam, A., Clench-Aas, J., y Raanaas, R.K. (2017). Peer victimization and related mental health problems in early adolescence: The mediating role of parental and peer support. *Journal of Early Adolescence*. 37, 1142–1162.
- Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española (2005). *Diccionario panhispánico de dudas*. Madrid: Santillana.
- Rey, L., Extremera, N., y Pena, M. (2011). Perceived Emotional Intelligence, Self-Esteem and Life Satisfaction in Adolescents. *Psychosocial Intervention*, 20, 227- 234.
- Robbins, M. S., Alexander, J. F., Turner, C.W., y Hollimon, A, (2016). Evolution of Functional Family Therapy as an evidence-based practice for adolescents with disruptive behavior problems. *Family Process*, 55(3), 543-557.
- Roberts, Y. H., English, D., Thompson, R., y White, C. R. (2018). The impact of childhood stressful life events on health and behavior in at-risk youth. *Children and Youth Services Review*. 85, 117–126.
- Rodrigo, M. J. (Coord.) (2015). *Manual práctico de parentalidad positiva*. Madrid: Síntesis. *con familias*. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias.
- Rodrigo, M. J., Almeida, A., Spiel, C., y Koops, W. (2012). Introduction: Evidence-based parent education programmes to promote positive parenting. *European Journal of Developmental Psychology*, 9(1), 2-10.
- Rodrigo, M. J., Amorós, P., Arranz, E., Hidalgo, M. V., Máiquez, M. L., Martín, J. C. ... Ochaita, E. (2015). *Guía de buenas prácticas en parentalidad positiva: un recurso para apoyar la práctica profesional*
- Rodrigo, M. J., Byrne, S. y Rodríguez, B. (2014). Parenting styles and child well-being. En A. Ben-Arieh, F. Casas, I. Frones, y J. E. Korbin (Eds.), *Handbook of child well-being: Theories, methods and policies in global perspective* (pp. 2173-2196). Dordrecht: Springer.
- Rodrigo, M. J. y Palacios, J. (1998). Conceptos y dimensiones en el análisis evolutivo-educativo de la familia. En M. J. Rodrigo, y J. Palacios (Eds.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 45-70). Madrid: Alianza.

- Rodriguez, C. M., y Tucker, M. C. (2015). Predicting maternal physical child abuse risk beyond distress and social support: Additive role of cognitive processes. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 1780–1790.
- Rojas-Bermúdez, J. (2000). Teoría y técnicas psicodramáticas. Barcelona: Paidós.
- Rojí, M. B. (1986). *La Entrevista Terapéutica: Comunicación e Interacción en Psicoterapia*. Madrid: UNED.
- Romer D. (2010). Adolescent risk taking, impulsivity, and brain development: implications for prevention. *Developmental psychobiology*, 52(3), 263-76.
- Rutter, M. (1993). Resilience: some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626–631.
- Sáinz, M., Ferrándiz, C., Fernández, C., y Ferrando, M. (2014). Propiedades psicométricas del Inventario de Cociente Emocional EQ-i:YV en alumnos superdotados y talentosos. *Revista de Investigación Educativa*, 32 (1), 41-55.
- Salguero, J. M., Palomera, R. y Fernández-Berrocal, P. (2012) Perceived emotional intelligence as predictor of psychological adjustment in adolescents: a 1-year prospective study. *European Journal of Psychology of Education*, 27, 1, 21-34.
- Salovey, P., y Mayer, J. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition, and personality*, 9, 185-211.
- Sanders, J., Munford, R., y Boden, J. (2018). The impact of the social context on externalizing risks - Implications for the delivery of programs to vulnerable youth. *Children and Youth Services Review*, 85, 107-116.
- Santrock, J. W. (2003). *Adolescence* (9ª ed.) New York: McGraw-Hill.
- Satir, V. (2000). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. México D.F.: Pax México.
- Schaub, M. P., Henderson, C. E., Pelc, I., Tossman, P., Phan, O., Hendriks, V., ... Rigter, H. (2014). Multidimensional Family Therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: outcomes of the INCANT trial. *BMC Psychiatry*, 14(1), 26-33.
- Schmidt, V., Maglio, A., Messoulam, N., Molina, M. F., y Gonzalez, A. (2010). La comunicación del adolescente con sus padres: construcción y validación de una escala desde un enfoque mixto. *Revista Interamericana de Psicología*, 44, 299-311.
- Schneider, B. H., Atkinson, L., y Tardif, C. (2001). Child-parent attachment and children's peer relations: A quantitative review. *Developmental Psychology*, 37(1), 86-100.

- Seiffge-Krenke, I. (2013). *Stress, Coping, and Relationships in Adolescence*. New York, NY: Psychology Press.
- Seisdedos, N. (1995). *Cuestionario A-D: conductas antisociales-delictivas*. Madrid: TEA Ediciones.
- Sells, S. P. (2002). *Parenting with love and limits leader's guide*. Savannah, GA: Kennikel Press.
- Sells, S. P., Early, K. W., y Smith, T. E. (2011). Reducing adolescent oppositional and conduct disorders: An experimental design using the Parenting with Love and Limits® Model. *Professional Issues in Criminal Justice*, 7, 9-30.
- Sells, S. P., Smith, T. E., y Sprenkle, D. H. (1995). Integrating quantitative and qualitative methods: A research model. *Family Process*, 34, 199–218.
- Sexton T. L. (2009). Functional family therapy: traditional theory to evidence-based practice. En J. H. Bray y M. Stanton (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Family Psychology* (pp.327-340). Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Sexton, T. L. (2011). *Functional Family Therapy in clinical practice: An evidence-based treatment model for working with troubled adolescents*. New York: Routledge.
- Sexton, T. L., y Alexander, J. F. (2005). Functional Family Therapy for Externalizing Disorders in Adolescents. En J. L. Lebow (Ed.), *Handbook of clinical family therapy* (pp. 164-191). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Sexton, T. L., y Datchi, C. (2014). The development and evolution of family therapy research: its impact on practice, current status, and future directions. *Family Process*, 55(3), 415-433.
- Sexton, T., Gordon, K. C., Gurman, A., Lebow, J., Holtzworth-Munroe, A., y Johnson, S. (2011). Guidelines for classifying evidence-based treatments in couple and family therapy. *Family Process*, 50(3), 377–392.
- Sexton, T., y Turner, C. W. (2010). The effectiveness of Functional Family Therapy for youth with behavioral problems in a community practice setting. *Journal of Family Psychology*, 24(3), 339-348.
- Shaffer, D. y Kipp, K. (2007) *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. (7ª Ed.) México: Thomson Editores S. A.
- Shure, M. B. (2001). *I can Problem Solve (ICPS): An interpersonal cognitive problems-solving program*. Champaign, II: Research Press.
- Slonje, R., y Smith, P. K. (2008). Cyberbullying: Another main type of bullying? *Scandinavian*

Journal of Psychology, 49(2), 147-154.

- Slotter, E. B., y Finkel, E. J. (2011). I³ Theory: Instigating, impelling, and inhibiting factors in aggression. En P. R. Shaver y M. Mikulincer (Eds.), *Human Aggression and Violence: Causes, Manifestations, and Consequences* (pp. 35-52). Washington, DC: American Psychological Association.
- Small, S. A., Cooney, S. M., y O'Connor, C. (2009). Evidence-informed program improvement: Using principles of effectiveness to enhance the quality and impact of family-based prevention programs. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 58(1), 1-13.
- Smith, C., Ireland, T., y Thornberry, T. (2005). Adolescent maltreatment and its impact on young adult antisocial behavior. *Child Abuse Neglect*, 29(2010), 1099-1119.
- Smith, D. C., y James A. H. (2010) Implementing evidence-based multiple-family groups with adolescent substance abusers. *Social Work with Groups*, 33(2-3), 122-138.
- Snyder, J. J. y White, M. J. (1979). The use of cognitive self-instruction in the treatment of behaviorally disturbed adolescents. *Behavior Therapy*, 10, 227-235.
- Soto, A., y González, S. (2014). Evaluación de un programa de intervención con familias para la reducción de conductas antisociales en los menores. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 25(2), 56-73.
- Southam-Gerow, M., y Kendall, P. C. (2000). Cognitive-behaviour therapy with youth: Advances, challenges, and future directions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 7(5), 343-366.
- Sparrer, I., y von Kibéd, M. (2008). The systemic principles as a basis for a Systemic Structural Constellation [Die systemischen Grundsätze als Basis für eine Systemische Strukturaufstellung]. En R. Daimler (Ed.), *Basics of Systemic Structural Constellations. A manual for beginners and advanced learners [Basics der systemischen Strukturaufstellungen. Eine Anleitung für Einsteiger und Fortgeschrittene]* (pp. 39–62). München: Kösel-Verlag.
- Spiel, C., y Strohmeier, D. (2012). Evidence-based practice and policy: When researchers, policy makers, and practitioners learn how to work together. *European Journal of Developmental Psychology*, (1), 150-162.

- Spivack, G., y Shure, M. B. (1982). The cognition of social adjustment: Interpersonal cognitive problem solving thinking. En B. B. Lahey y A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (vol. 5, pp. 323-372). New York: Plenum Press.
- Spoth, R., Redmond, C., Shin, C., y Azevedo, K. (2004). Brief family intervention effects on adolescent substance initiation school-level growth curve analyses 6 years following baseline. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 535–542.
- Spoth, R. L., Kavanagh, K. A., y Dishion, T. J. (2002). Family centered preventive intervention science: Toward benefits to large populations of children, youth and families. *Prevention Science, 3*(3), 145–152.
- Stadler, C., Feifel, J., Rohrmann, S., Vermeiren, R., y Poustka, F. (2010). Peer-Victimization and Mental Health Problems in Adolescents: Are Parental and School Support Protective? *Child Psychiatry & Human Development, 41*, 371–386.
- Staempfli, M. B. (2007). Adolescent playfulness, stress perception, coping and well being. *Journal of Leisure Research, 39*(3), 393–412.
- Stalker, K. C., Rose, R. A., Bacallao, M., y Smokowski, P. R. (2018). Parenting Wisely six months later: How implementation delivery impacts program effects at follow-up. *The Journal of Primary Prevention, 39*(2), 129-153.
- Steeger, C. M., Cook, E. C., y Connell, C. M. (2017). The interactive effects of stressful family life events and cortisol reactivity on adolescent externalizing and internalizing behaviors. *Child Psychiatry & Human Development, 48*, 225–234.
- Sterrett-Hong, E., Karam, E., y Kiaer, L. (2017). Statewide implementation of Parenting with Love and Limits among youth with co-existing internalizing and externalizing functional impairments reduces return to service rates and treatment costs. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 44*, 792-809.
- Stormshak EA, Connell A., y Dishion T. J (2009). An adaptive approach to family-centered intervention in schools: linking intervention engagement to academic outcomes in middle and high school. *Prevention Sciences, 10*, 221–23.
- Strauss, A., y Corbin, J. M. (1998). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques* (2^a ed.). Newbury Park, CA: Sage.
- Sukhodolsky, D.G., Kassinove, H., y Gorman, B.S. (2004). Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior, 9*, 247-269.

- Sukhodolsky, D. G., Smith, S. D., McCauley, S. A., Ibrahim, K., y Piasecka, J. B. (2016). Behavioral interventions for anger, irritability, and aggression in children and adolescents. *Journal of Child and Adolescence Psychopharmacology*, 26(1), 58-64.
- Sullivan, T., Farrelle, A., y Kliewe, W. (2006). Peer victimization in early adolescence: Association between physical and relational victimization and drug use, aggression, and delinquent behaviors among urban middle school students. *Development and Psychopathology*, 18(1), 119-137.
- Sussman, S., Dent, C. W., Craig, S., Ritt-Olsen, A., y McCuller, W. J. (2002). Development and Immediate Impact of a Self-Instruction Curriculum for an Adolescent Indicated Drug Abuse Prevention Trial. *Journal of Drug Education*, 32(2), 121–137.
- Swenson, C. C., Schaeffer, C. M., Henggeler, S. W., Faldowski, R., y Mayhew, A. M. (2010). Multisystemic therapy for child abuse and neglect: a randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology*, 24, 497–507.
- Sydow, K., Retzlaff, R., Beher, S., Haun, M. W., y Schweitzer, J. (2013). The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: A systematic review of 47 RCT. *Family Process*, 52(4), 576-618.
- Taylor, E., y Rogers, J. (2005) Practitioner review: early adversity and developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 451–467.
- Telzer, E. H., van Hoorn, J., Rogers, C. R., y Do, K. T. (2017). Social influence on positive youth development: a developmental neuroscience perspective. *Advances in Child Development and Behavior*, 54, 215-258.
- Thompson, K. L., Bundy, K. A., y Broncheau, C. (1995). Social skills training for young adolescents: symbolic and behavioral components. *Adolescence*, 30(119), 724-34.
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative quality: eight “big-tent” criteria for excellent qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837-851.
- Tracy, K., y Wallace, S. P. (2016). Benefits of peer support groups in the treatment of addiction. *Substance abuse and rehabilitation*, 7, 143-154.
- Treadwell, T.W., y Dartnell, D. (2017). Cognitive Behavioral Psychodrama Group Therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 67(1), 182-193.
- Tur, A., Mestre, V., y Del Barrio, V. (2004). Factores moduladores de la conducta agresiva y prosocial. El efecto de los hábitos de crianza en la conducta del adolescente. *Ansiedad y Estrés*, 10, 75-88.

- Ugazio, V. (2001) *Historias permitidas, historias prohibidas: Polaridad semántica familiar y psicopatología*. Barcelona: Paidós.
- Vallario, L. (2016). *L'interesse del minore. Definizione e valutazione psicologica nelle separazioni*. Roma: Franco Angeli.
- Van der Giessen, D., Branje, S., Keijsers, L., Koot, H. M., Van Lier, P. A. C., y Meeus, W. (2014). Emotional variability during mother–adolescent conflict interactions—Longitudinal links to adolescent disclosure and maternal control. *Journal of Adolescence*, 37, 23–31.
- van Goozen, S. H. M., Fairchild, G., Snoek, H., y Harold, G. T. (2007). The evidence for a neurobiological model of childhood antisocial behavior. *Psychological Bulletin*, 133(1), 149-182.
- Van Ryzin, M. J., y Dishion, T. J. (2012). The impact of a family-centered intervention on the ecology of adolescent antisocial behavior: modeling developmental sequelae and trajectories during adolescence. *Developmental Psychopathology*, 24, 1139–1155.
- Vazsonyi, A. T., Mikuška, J., y Kelley, E. L. (2017). It's time: A meta-analysis on the selfcontrol-deviance link. *Journal of Criminal Justice*, 48, 48-63.
- Vivona, J. M. (2000). Parental attachment styles of late adolescents: Qualities of attachment relationships and consequences for adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 316-329.
- von Bertalanffy, L. (1976). *Teoría General de los Sistemas* (2ª ed.) Madrid: Fondo de Cultura Económica de España.
- Walker, H. M., Horner, R. H., Sugai, G., Bullis, J. R., Bricker, D., y Kaufman, M. (1996). Integrated approaches to preventing antisocial behavior patterns among school-age children and youth. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 4(4), 194-209.
- Walsh, F. (2012). *Normal Family Processes: Growing Diversity and Complexity* (4ª ed.). New York: The Guilford Press.
- Watzlawick, P., Beavin, J., y Jackson, D. (1991). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J., y Fisch, R. (1974). *Change*. New York, N.Y.: Norton & Company.

- Weaver, J. M., y Schofield, T. J. (2014). Mediation and moderation of divorce effects on children's behavior problems. *Journal of family psychology: JFP: journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 29(1), 39-48.
- Weiss, B., Caron, A., Ball, S., Tapp, J., Johnson, M., y Weisz, J. R. (2005). Iatrogenic effects of group treatment for antisocial youths. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(6), 1036-44.
- Weisz, J. R., Weersing, V. R., y Henggeler, S. W. (2005). Jousting with straw men: Comment on Westen, Novotny, and Thompson-Brenner (2004). *Psychological Bulletin*, 131, 418–426.
- Wilson, G. T. (1998). Manual-based treatment and clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 363–375.
- Wilson, J. M., y Wilkinson, R. B. (2012). The self-report assessment of adolescent attachment: a systematic review and critique. *Journal of Relationships Research*, 3, 81-94.
- Williams, D. J., Gavine, A. J., Ward, C. L., y Donnelly, P. D. (2015). What is evidence in violence prevention? En P. Donnelly y C. Ward (Eds.), *Oxford textbook of violence prevention: Epidemiology, evidence and policy* (pp. 125–131). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Williams, D. J., y Neville, F. G. (2017). Qualitative evaluation of the mentors in violence prevention pilot in Scottish high schools. *Psychology of Violence*, 7(2), 213-223.
- Xu, Y., Boyd, R. C., Butler, L., Moore, T. M., y Benton, T. D. (2017). Associations of parent-adolescent discrepancies in family cohesion and conflict with adolescent impairment. *Journal of Child and Family Studies*, 26(12), 3360-3369.
- Xuan, J., y Restrepo, L. (2017). Efficacy of multisystemic therapy in youths aged 10-17 with severe antisocial behavior and emotional disorders: systematic review. *London Journal of Primary Care*, 9(6), 95-103.
- Yalom, I. D., y Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5^a ed.). New York, NY: Basic Books.
- Ying, L., Ma, F., Huang, H., Guo, X., Chen, C., y Xu, F. (2015) Parental monitoring, parent-adolescent communication, and adolescents' trust in their parents in china. *PLoS ONE* 10(8): e0134730.

- Zaccagnini, J. L. (2011) Emotional Intelligence and Friendship: A Positive Psychology Perspective. En P. Fernández-Berrocal, P. (Coord.). *20 años de Investigación y Desarrollo*. Santander: Fundación Marcelino Botín.
- Zavala, M.A., y López, I. (2012). Adolescentes en situación de riesgo psicosocial: ¿Qué papel juega la inteligencia emocional? *Behavioral Psychology*, 20(1), 59- 75.
- Zeidner, M., Matthews, G., y Roberts, R. D. (2009). *What we know about emotional intelligence: How it affects learning, work, relationships, and our mental health*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Zimmerman, S. M., Phelps. E., y Lerner, R. M. (2008) Positive and negative developmental trajectories in U.S. adolescents: Where the positive youth development perspective meets the deficit model. *Research in Human Development*, 5(3), 153-165.
- Zolkoski, S. M., y Bulloch, L. M. (2012). Resilience in children and youth: A review. *Children and Youth Services Review*, 34(12), 2295-2303.

ANEXOS

ANEXO I	Manual Técnico: Programa Guía. Programa Preventivo para la Atención, Orientación, e Intervención a familias con menores en situación de conflicto o dificultad social
ANEXO II	Scene-Based Psychodramatic Family Therapy with troubled adolescents and parents. A pilot study
ANEXO III	Effectiveness of Scene-Based Psychodramatic Family Therapy in adolescents with problematic behaviors
ANEXO IV	The role of psychosocial stress on a family-based treatment for adolescents with problematic behaviors
ANEXO V¹¹	Descripción y análisis de la calidad de los programas para el tratamiento de la conducta antisocial en la ciudad de Huelva
ANEXO VI	Consentimiento informado
ANEXO VII	Cuestionario sociodemográfico
ANEXO VIII¹²	Emotional Quotient Inventory – Youth Version (EQi-YV)
ANEXO IX	Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA)
ANEXO X	Cuestionario de conducta antisociales ¹³ y delictivas (A-D)
ANEXO XI	Cuestionario de Sucesos Vitales Estresantes
ANEXO XII	Aggression Questionnaire (AQ)
ANEXO XIII	Grupos de Discusión – Guion de preguntas

¹¹ Este anexo al igual que los cuatro primeros solo está disponible para el Tribunal de la Tesis Doctoral.

¹² Este instrumento fue comprado exclusivamente para este estudio a la empresa MHS Assessment. Por tanto, solo estará disponible para la consulta del Tribunal de la Tesis Doctoral.

¹³ En esta disertación solo se administró la escala de conducta antisocial.

ANEXO I

Manual Técnico: Programa Guía.
Programa Preventivo para la Atención,
Orientación, e Intervención a familias con
menores en situación de conflicto o
dificultad social

PROGRAMA GUÍA

**Programa Preventivo para la Atención, Orientación e
Intervención a familias con menores en situación de conflicto o
dificultad social**

Manual Técnico



© Los autores, 2018

ISBN 13:

Depósito Legal:

Edita:

Impreso en España. Printed in Spain

© Autores del programa: Antonio Reina García, José Miguel Luque Márquez, Alfonso González de Valdés Correa y José Antonio Gutiérrez Fernández.

© Autores del manual técnico: Victoria Hidalgo (Coordinadora), Jesús Maya, Bárbara Lorence, Lucía Jiménez e Íñigo Ochoa de Alda.

Coordinación: Pilar Hidalgo (Jefa del Servicio de Prevención y Apoyo a las Familias de la Dirección General de Infancia y Familias) y Juan José Jiménez (Jefe del Servicio de Prevención y Apoyo a las Familias de la Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de Huelva).

Asesoramiento técnico: Ascensión Quintero, Ángeles García y Antonia Sánchez (Dirección General de Infancia y Familias).

Entidad promotora: Dirección General de Infancia y Familias. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía.

Universidades colaboradoras: Universidad de Sevilla, Universidad de Huelva y Universidad del País Vasco.

Desarrollado en el marco de un Convenio de Colaboración entre la Asociación Ponte y la Asociación para el Estudio y Apoyo a las Familias (ESAFAM).

ÍNDICE DE CONTENIDOS

p.3	Presentación
p.5	Ficha técnica
p.6	Fundamentación teórica
p.17	Población destinataria
p.21	Objetivos
p. 23	Contenidos
p.24	Características formales y metodológicas
p.40	Condiciones para la implementación
p.50	Recursos necesarios
p.56	Evaluación
p.68	Referencias bibliográficas

PRESENTACIÓN

El Programa Guía es una propuesta de intervención familiar desarrollada por la Asociación Ponte para atender, orientar y apoyar a familias con menores en situación de conflicto o dificultad social. Desde 2009 y promovido por el Servicio de Prevención y Apoyo a la Familia de la Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de Huelva, el Programa Guía ha estado implementándose como *Programa preventivo para la atención, orientación e intervención a familias con menores en situación de conflicto o dificultad social* en esta provincia. Desde sus inicios hasta la actualidad, y gracias a la financiación de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, más de 800 familias han participado en este programa con la finalidad de mejorar las relaciones dentro del sistema familiar y prevenir situaciones conflictivas.

El convencimiento de que es necesario aportar a las familias el apoyo necesario para que puedan asumir adecuadamente las tareas relacionadas con la crianza y educación de los hijos e hijas, y con ello garantizar el bienestar infantil, cuenta actualmente con un importante respaldo institucional. En este sentido, la Recomendación 19 del Consejo de Europa a los Estados Miembros sobre políticas de apoyo a la parentalidad positiva marcó un hito esencial (Consejo de Europa, 2006). A raíz de esta recomendación, en todos los países europeos el enfoque de la parentalidad positiva se ha instaurado como eje vertebrador de las intervenciones familiares, reforzándose las políticas y actuaciones que promueven la participación de las familias en programas de apoyo psicoeducativos y comunitarios. Estos programas y actuaciones tienen un claro enfoque positivo, de apoyo y fortalecimiento, apostando por intervenciones basadas en la promoción de las competencias parentales. En definitiva, el enfoque de la parentalidad positiva implica un cambio de paradigma ya que supone la superación de un modelo de intervención familiar basado en el déficit para encaminarnos hacia un enfoque del apoyo familiar basado en la prevención y en la promoción (Rodrigo, Máiquez, Martín y Rodríguez, 2015).

Los objetivos y contenidos del Programa Guía se enmarcan claramente en el enfoque de la parentalidad positiva. En concreto, este Programa trata de responder a las necesidades de apoyo que presentan muchas familias en la actualidad con dos ejes principales de actuación: la promoción en los menores de competencias que mejoren su adaptación en el contexto familiar y el entorno social; y el apoyo a las figuras parentales para que desarrollen estrategias que les permitan un ejercicio positivo de su parentalidad.

Si bien los objetivos y contenidos abordados por el Programa Guía son similares a los de otras intervenciones de promoción de apoyo familiar desde el enfoque de la parentalidad positiva, el Programa Guía constituye una propuesta de intervención familiar novedosa tanto por su fundamentación teórica, la psicoterapia integrativa basada en escenas (PIBE), como por su formato de grupos multi-familiares (Gutiérrez, 2015). Asimismo, otra característica definitoria del Programa Guía es la apuesta decidida de sus autores por cumplir con todos los estándares de calidad de los *Programas basados en evidencias* (Jiménez e Hidalgo, 2016). Con este objetivo, desde el año 2015, el grupo de profesoras y profesores de universidades andaluzas que integran la Asociación ESAFAM ha llevado a cabo una rigurosa investigación de evaluación de este programa, obteniendo datos que avalan empíricamente la efectividad de esta intervención para promover el bienestar de los menores y sus familias. Las actuaciones de evaluación del programa se han visto respaldadas por el

Servicio de Prevención y Apoyo a la Familia de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, poniendo de manifiesto el interés de los responsables institucionales por contar con evidencias científicas que contribuyan a la mejora de las actuaciones de apoyo familiar que se llevan a cabo desde este Servicio.

Una vez obtenidos los datos que avalan la eficacia de la intervención y de cara a completar la evaluación de eficiencia y disponer de garantías para su disseminación, el siguiente reto para que el Programa Guía cumpliera con todos los estándares de calidad de los programas basados en evidencias era disponer de un *Manual Técnico* del programa. De nuevo gracias al respaldo institucional del Servicio de Prevención y Apoyo a la Familia, este reto ha podido hacerse realidad y se ha elaborado un manual detallado que incluye todas las características del programa: la fundamentación teórica, los objetivos, los contenidos, las características formales, las condiciones para la implementación y los resultados de la evaluación.

La publicación de este manual resulta útil para difundir y conocer en profundidad las características del Programa Guía. Además, disponer de este manual es fundamental para asegurar que todas las aplicaciones del programa que se lleven a cabo se hagan con fidelidad al diseño original que ha sido evaluado y que ha demostrado su efectividad. En definitiva, con esta publicación se pretende contribuir a una disseminación de calidad de un programa preventivo de apoyo familiar que ha demostrado ser efectivo para mejorar el funcionamiento de familias con menores en situación de conflicto o dificultad social.

FICHA TÉCNICA DEL PROGRAMA GUÍA

Nombre del programa	Programa Guía
Entidad promotora	Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía. Dirección General de Infancia y Familias
Entidad responsable	Asociación Ponte
Población destinataria	Menores en situación de conflicto o dificultad social y sus familias
Objetivos generales	Con la finalidad de atender, orientar y apoyar a familias con menores en situación de conflicto o dificultad social, el programa tiene como objetivos la promoción en los menores de competencias que mejoren su adaptación en el contexto familiar y el entorno social; y el apoyo a las figuras parentales para que desarrollen estrategias que les permitan un ejercicio positivo de su parentalidad.
Contenidos	El programa aborda tres áreas temáticas: el desarrollo socio-personal durante la infancia y la adolescencia; el ejercicio positivo de la parentalidad; y el funcionamiento familiar.
Fundamentación teórica	Psicoterapia integrativa basada en escenas (PIBE) que integra presupuestos y principios teóricos de la teoría general de sistemas, la teoría de la comunicación humana y el constructivismo. Incorpora supuestos y principios técnicos de las artes escénicas. Adopta un modelo de intervención congruente con la terapia familiar sistémica y el psicodrama.
Principios metodológicos y técnicas de intervención	Proceso terapéutico con metodología grupal, activa y fortalecedora, experiencial, constructiva, emergente y situada. Uso de técnicas diversas procedentes del psicodrama, de la terapia familiar sistémica y propias de la PIBE.
Formato de intervención	Modalidad de intervención grupal. Entre 15 y 20 unidades familiares por grupo. Encuadre formal psicodramático como formato de intervención. Grupos multi-familiares y grupos de adolescentes y progenitores.
Características de la implementación	10 sesiones de 2 horas y media de duración, con periodicidad semanal y una estructura flexible.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

El Programa Guía se fundamenta teórica y metodológicamente en la psicoterapia integrativa basada en escenas (PIBE) que integra presupuestos y principios teóricos de diferentes aproximaciones de gran relevancia en el siglo XX y siglo XXI en el contexto terapéutico.

Concretamente, por un lado, cabe destacar la influencia de teorías generales en la comprensión del comportamiento humano y de las dinámicas familiares que constituyen la base de la PIBE, como son la teoría general de sistemas, la teoría de la comunicación humana y el constructivismo. A estas teorías psicológicas es necesario añadir la influencia de algunos presupuestos teóricos derivados de las artes escénicas. Por otro lado, la psicoterapia integrativa basada en escenas (PIBE) se materializa en propuesta de intervención desde los presupuestos de dos modelos de intervención con una larga trayectoria en el contexto terapéutico: la terapia familiar sistémica y el psicodrama. A continuación, se describen brevemente estos enfoques y los presupuestos de dichos enfoques que sustentan la PIBE.

Bases teóricas desde el campo de la Psicología

Desde un punto de vista teórico, la PIBE es respetuosa con tres perspectivas teóricas que, si bien proceden de campos de estudio diversos, en la actualidad ocupan un papel relevante en el ámbito de la Psicología. Se trata de aportaciones teóricas complementarias entre sí y que se encuentran en la base de gran parte de las intervenciones basadas en la evidencia en el ámbito del apoyo parental y familiar (Asmussen, 2011).

En primer lugar, la PIBE tiene en consideración la **teoría general de los sistemas humanos** (von Bertalanffy, 1976). En su origen, procedente de la física, superaba aspectos mecanicistas, analizando el funcionamiento de los diferentes sistemas, la relación entre ellos y su integración en el contexto social. Esta teoría se basa en una serie de principios que son tenidos en cuenta en la PIBE y que se describen a continuación.

- **Totalidad:** entender el problema de un individuo no solo como individual sino como grupal, ya que está inmerso en un contexto relacional en el que cada individuo influye y es influido por los demás y, a su vez, todos forman una unidad.
- **Equifinalidad:** dos situaciones con un mismo origen pueden llevar a situaciones diferentes, incluso mismos finales pueden proceder de causas diferentes.
- **Retroalimentación:** todo sistema está constantemente intercambiando información. La retroalimentación recoge el impacto de los efectos de sus acciones y la búsqueda del equilibrio del sistema. Este equilibrio se logra con tendencias de estabilidad (homeostasis y/o retroalimentación negativa) y de tendencias de cambio (morfogénesis y/o retroalimentación positiva), siendo ambas necesarias para lograr la estabilidad. Esta constante retroalimentación se desarrolla bajo una causalidad circular.

- *Orden jerárquico.* Los sistemas poseen una estructura y una función que condicionan la diferenciación y evolución del propio sistema, y de los elementos que los compone.

Otra teoría con enorme impacto en la PIBE es la **teoría de la comunicación humana** (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1991). El fundamento central de esta teoría es la comprensión de la comunicación como el fruto de un intercambio de información que se origina en una relación. Esta teoría cuenta con una serie de axiomas que son relevantes en la PIBE y que se describen a continuación.

- *Es imposible no comunicar.* Cualquier acción que se dé en el proceso terapéutico, incluso las acciones no verbales o el silencio, deben ser tenidos en cuenta para entender el funcionamiento familiar. Por tanto, este axioma pone su énfasis en la importancia de atender a la comunicación implícita de los individuos.
- *Comunicación digital y comunicación analógica.* Se debe atender tanto a lo que se dice verbalmente como a lo que dice el cuerpo. De este modo, en el proceso terapéutico se deben verificar tanto las congruencias (coherencia entre lo hablado y expresado por el cuerpo) como las incongruencias (diferente significado de lo hablado y lo expresado con el cuerpo).
- *La naturaleza de una relación depende de la gradación que los participantes hagan de las secuencias comunicacionales entre ellos.* Desde este axioma se plantea que según el individuo que exponga su opinión, se presentan las causas de los hechos desde su propia versión y, por lo tanto, la perspectiva individual marca la comprensión, interpretación o relación con lo sucedido. No obstante, este axioma enfatiza que no se debe otorgar una comprensión unilateral de los conflictos como causa-efecto, sino que se debe tener en cuenta una perspectiva más amplia y circular, teniendo en cuenta la opinión de todos los participantes y la retroalimentación de la comunicación.
- *Los intercambios de comunicación son simétricos o complementarios según estén basados en la igualdad o en la diferencia de poder.* En los intercambios de comunicación entre dos individuos se debe atender a si la comunicación es igualitaria y/o simétrica, o desigual y/o complementaria. Por tanto, se debe prestar atención a la relación que se establece entre los individuos, cómo interactúan y cómo afecta la comunicación que mantienen a su relación. Asimismo, se considera especialmente importante atender a los procesos de escalada de la comunicación, es decir, a las situaciones conflictivas en las que se producen un aumento de la intensidad y tensión en la comunicación entre individuos con la presencia de contenidos no funcionales para su relación.
- *La comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional.* En un proceso comunicativo no solo se transmite contenido, sino que simultáneamente, se imponen funciones relacionales. De modo consecuente, resulta fundamental y necesario observar las pautas de comunicación desde una perspectiva relacional, cómo se comunica el individuo y con quién.

Finalmente, el **constructivismo** constituye la tercera aproximación que sustenta las bases teóricas generales de la PIBE. El modelo constructivista entiende el proceso terapéutico como un *intercambio de significados interpersonales* con el objetivo de *revisar las construcciones cognitivas* que organizan la vida de un individuo (Neimeyer, 1995). En este sentido, la PIBE, al igual que el modelo constructivista, considera al ser humano como un agente activo que construye de forma más o menos consciente su realidad. A veces el dolor o el sufrimiento de un individuo puede deberse a que la perspectiva de su situación no se ajusta a una percepción más funcional y flexible, y por tanto, se presenta la necesidad de reconstruir dicha perspectiva. Al igual que plantean algunos autores constructivistas, mediante la PIBE se analiza qué es lo problemático para cada individuo, lo que le bloquea o le hace sufrir para posteriormente dramatizarlo con el objetivo de que su puesta en escena le ayude a tomar conciencia de y desde el aquí y ahora poder explorar posibles caminos o alternativas, viendo que no hay una única realidad.

En consonancia con esta noción constructivista, desde la PIBE se considera que la *historia* de cada individuo es muy relevante para traer a escena aquellas situaciones que por cualquier motivo el participante sugiere como clave de su vida. Así, desde la PIBE se sostiene que la vida contada es propia de cada uno y lejos de la objetividad, se resalta la propia percepción. En este sentido, durante el proceso terapéutico se preparan las condiciones para que una historia salga a escena, se cuestiona y se aborda hasta que queda desbloqueada emocionalmente para obtener una versión más satisfactoria. En esta construcción habrá elementos de deconstrucción de la historia y la aparición de nuevas alternativas que enriquezcan la perspectiva de la situación del individuo (Gonçalves, 2002), siendo muy importante ampliar la historia para enriquecer la narrativa. En las sesiones de la PIBE lo traído a escena es aquello que a la persona le resuena como importante, pero también es importante explorar las experiencias y significados no percibidos por el individuo. Así, desde los presupuestos del modelo constructivista aplicado a la PIBE se considera imprescindible construir una nueva historia menos centrada en el problema y más en las personas y en las relaciones que establece con el mundo que le rodea.

Desde el ámbito cognitivo, pero en consonancia con los principios aquí descritos, cobra particular relevancia el *modelo de cogniciones situadas*. Desde este modelo, se reconoce que la construcción del conocimiento es dependiente del contexto en que se genera, en tanto que los esquemas cognitivos se adquieren en escenarios espacio-temporales concretos, con unas formas de intercambio comunicativo específicas y ante las demandas de una tarea determinada. A este respecto, la PIBE es consistente con una de las propuestas más recientes desde este enfoque que incluye la noción de modelo mental para hacer referencia al espacio operativo en que los esquemas cognitivos se integran con la información episódica proveniente de la tarea. Desde esta perspectiva, la construcción del conocimiento requiere propiciar cambios situados en los modelos mentales de los participantes. Para ello, es necesario facilitar el paso de creencias implícitas a modelos mentales explícitos, interviniendo en el escenario situacional donde se construyen los esquemas del aprendizaje con el apoyo de instrumentos mediacionales y lenguajes específicos para cada uno de los dominios de conocimiento y generando situaciones de aprendizaje lo más parecidas posible a su contexto futuro de utilización (Rodrigo y Correa, 2001; Trianes y Carrasco, 2008).

Finalmente, desde una perspectiva constructivista cabe destacar la comprensión del proceso terapéutico como una *forma de* colaboración entre participantes, así como entre psicoterapeutas y participantes, que co-construyen y reconstruyen conjuntamente nuevos

significados. En consonancia con las aportaciones de Feixas (1998), la relación terapéutica es una relación de experto a experto donde los participantes son las personas más expertas de lo acontecido en su vida. Complementariamente, este conocimiento experto de los participantes es completado y enriquecido por la visión de los profesionales como expertos en la organización de las relaciones.

En definitiva, el proceso terapéutico de la PIBE es respetuoso con una noción constructivista que parte del significado personal que cada participante da su propia historia vital y mediante el proceso terapéutico genera un marco de subjetividad compartida entre participantes y expertos que permite reconstruir la narrativa de la historia vital de forma más satisfactoria y adaptativa, interviniendo en escenarios de aprendizaje los más parecidos posible a su contexto futuro de utilización.

Bases teóricas desde el campo de las artes escénicas

Además de los presupuestos teóricos descritos, en la PIBE se tiene en cuenta el valor del teatro para la transformación de las personas. Es decir, se basa en la representación teatral para escenificar acciones, emociones y/o situaciones que sirvan como elementos promotores de cambio y aprendizaje por parte de los participantes en la intervención (Moreno, 1946).

Respecto a la *representación de escenas*, siguiendo a Meisner y Longwell (2012), la PIBE propone la creación de personajes/escenas fluidas y espontáneas, basada en las relaciones con los compañeros escénicos y/o con los participantes. Los actores/actrices interpretan a partir de la relación con los demás actores/actrices en escena, o con los participantes en el programa en el caso de la comunicación directa con el público. En este sentido, el dinamismo constituye un elemento central en la representación escénica de la PIBE.

Para lograr este dinamismo, el actor/actriz necesita ser consciente de todo aquello que su cuerpo, sus gestos y sus movimientos connotan. Esta cuestión se refleja en el concepto de *biomecánica* aportado por Meyerhold (Centeno, 2005), que requiere del actor/actriz y contribuye a formar en él/ella: el equilibrio (control físico), la conciencia rítmica (tanto espacial como temporal) y la capacidad de respuesta en escena, y en relación con el público y con otros estímulos externos, especialmente a través de la habilidad de observar, escuchar y reaccionar. Desde esta perspectiva, el poder del actor/actriz para generar cambio reside no solo en la imitación de la vida cotidiana, sino también en el camino para mostrar las asociaciones de imágenes subconscientes, la encarnación de la metáfora.

La *formación* de los actores/actrices que se plantea en la PIBE para dar respuesta a este modelo se considera integrativa, en tanto que incorpora las aportaciones de diversos autores tales como Barba (1991), Barba y Grotowski (1968), Brecht (1991), Brook (2001), Centeno (2005), Chejov (1987), Grumann, A. (2008), Matute (2015), Meisner y Longwell (2012), Puerta, Cañizares y Ortega (2015), Santiago (1995), Stanilavski (1963) y Turner (1963). Desde las aportaciones de estas escuelas, el actor/actriz debe desarrollar la observación, el juicio crítico y la investigación constante que le permitan crear las representaciones, acciones y/o emociones necesarias en cada caso.

Siguiendo a Barba y Grotowski (1968), es necesario contar con una metodología para la formación escénica capaz de darle al actor/actriz la libertad de afrontar su trabajo. Es decir, desde la PIBE no se considera que haya un *método teatral* con valores fijos o universales y se desmitifica el proceso creativo. Se entiende que existe un proceso de aprendizaje y entrenamiento que culmina en la representación a partir del uso de técnicas y la expresión de la ética. Como indica Barba y Grotowski (1968), las técnicas serían las directrices prácticas que producen resultados verificables, y la ética la actitud con la que esas técnicas son descubiertas, investigadas y puestas en marcha.

Respecto al *rol desempeñado por el actor/actriz*, en la PIBE se destaca la importancia de generar una relación dinámica de intercambio entre el movimiento interno del actor/actriz y la puesta en escena externa (la dramatización). Es decir, siguiendo a Brook (2001), los canales de la red interna de relaciones del actor/actriz (cuerpo, mente y facultades emocionales) deben estar disponibles, interconectados y activos, para poder generar escenificaciones en un contexto de juegos de grupo e improvisación, siendo sensibles a las nuevas expresiones, reacciones y marcos de interacción que se generan durante la escenificación. Con tal propósito, la capacidad del actor o actriz para conectar y manejar la acción (trabajo sobre la emisión: expresión) y la reacción (trabajo sobre la recepción: impresión) en escena es incuestionable.

En definitiva, el proceso terapéutico de la PIBE se nutre de las artes escénicas para representar acciones, emociones y/o situaciones que sirvan como elementos promotores de cambio y aprendizaje por parte de los participantes en el programa.

Terapia familiar sistémica

La terapia familiar surge en la década de los 50 y, a partir de entonces, se extiende como uno de los enfoques preferentes en el trabajo con familias y menores (Cox y Paley, 1997; Minuchin y Fishman, 1981). Particularmente, la terapia familiar sistémica ha demostrado su eficacia en la intervención con familias en riesgo y menores con conductas problemáticas. De hecho, existen tratamientos basados en la evidencia como la Family Functional Therapy y la Multisystemic Therapy (Carr 2014; Henggeler et al., 2009; Sexton, 2011; Sexton y Datchi, 2014).

Partiendo de sus orígenes, la **terapia familiar sistémica** se considera al conjunto de individuos con historia propia, pero a la vez con aspectos compartidos en común que conjuntamente conforman un sistema abierto que es la familia (Minuchin y Fishman, 1981). La familia se define como un sistema compuesto por personas con aspectos individuales propios y compartidos, que a su vez forman parte a la vez de otros sistemas más amplios (como la familia de origen o el contexto social). Considerando la familia como el principal contexto de pertenencia y de desarrollo de los individuos, la terapia sistémica tiene como objetivo modificar los patrones disfuncionales del sistema y de los subsistemas familiares a través de la implicación en el proceso terapéutico de todos los miembros de la familia (Gurman, Kniskern y Pinsof, 1986; Walsh, 2012). Desde este modelo se considera que los problemas existentes (presentados a nivel sintomático por un individuo) se encuentran íntimamente relacionados con el sistema familiar, y en concreto, con las relaciones familiares disfuncionales entre los miembros de la familia (Minuchin, 1974; von Sydow, Beher, Schweitzer y Retzloff, 2010). Por tanto, se considera que el cambio individual

depende del resto de miembros del sistema familiar debido a que todos los miembros del sistema familiar contribuyen y son afectados por la situación problema (Patterson, 2014).

Desde un enfoque sistémico, varios componentes centrales del modelo de **terapia estructural** de Minuchin (1974) son tenidos en cuenta en la PIBE y se señalan a continuación.

- *La co-construcción del sistema terapéutico.* En esta co-construcción aparece como elemento principal el establecimiento de una buena alianza terapéutica entre el terapeuta y los pacientes, creando un espacio para poder trabajar en confianza y mutua responsabilidad, a la vez que se realiza un análisis de la demanda y de las necesidades del individuo para establecer y co-construir los objetivos de las intervenciones terapéuticas.
- *La vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno.* El individuo es miembro de un sistema social: la familia, al que debe adaptarse. Todas sus acciones e interacciones están influidas por el sistema familiar, y a su vez, sus acciones influyen en el funcionamiento del sistema familiar. El individuo puede ser considerado como parte de un subsistema o del sistema familiar, y por tanto en el proceso terapéutico resulta fundamental incluir a todos los integrantes del sistema familiar. Las modificaciones en la estructura familiar producen cambios en las conductas y procesos psíquicos de los miembros que constituyen el sistema familiar.
- *Cuando el terapeuta estructural sistémico trabaja con el sistema familiar, la conducta del terapeuta se incluye en el contexto, conformando un nuevo sistema familiar (terapéutico).* El terapeuta se relaciona con los diferentes miembros de la familia estableciendo alianzas con ellos con el objetivo de cambiar la organización estructural y la jerarquía de la familia. Al cambiar las posiciones de los miembros dentro del sistema familiar, cambiarán sus relaciones y, por tanto, la experiencia subjetiva de sus miembros.
- *El sistema familiar presenta una estructura jerarquizada (en la que los progenitores deben tener el poder) y en el que se disciernen diferentes subsistemas:* subsistema conyugal (relación de pareja de los padres), subsistema parental (relación padres-hijos), y subsistema fraternal (relaciones entre hermanos). Los diferentes subsistemas se influyen entre sí, siendo uno de los síntomas más frecuente la inclusión fragmentaria de algunos de los miembros en algún subsistema no correspondido.
- *La importancia de los límites en la familia.* Los límites de un sistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y qué conductas se pueden ejecutar en una determinada situación en función de si el sistema familiar presenta escasez de límites o rigidez en los límites. Su función es proteger la diferenciación del sistema, ya que todos los sistemas y subsistemas poseen funciones y plantean demandas específicas a sus miembros. Entre las principales funciones del sistema se encuentran el apoyo, regulación y socialización de los miembros que integran el sistema familiar. Es necesario distinguir entre los límites con miembros externos a la familia (familia de origen, vecindario, amigos, etc), y los límites existentes (o ausentes) entre los diferentes subsistemas.

De forma complementaria, cabe señalar las **aportaciones realizadas por otros autores** desde el enfoque de terapia familiar sistémica, por su utilidad para comprender el proceso terapéutico de la PIBE. Concretamente, resulta destacable el concepto de *tríadas patológicas* (Haley, 1976). La tríada patológica se define como la coalición de dos miembros habitualmente de generaciones distintas (también denominado triángulo perverso) contra otro miembro, por ejemplo, una madre alineada con un adolescente para desacreditar a su padre. En el triángulo patológico existe una coalición no funcional (dos contra uno). Generalmente, esta coalición en el triángulo perverso queda oculta y negada, y puede generar el desarrollo de conductas sintomáticas en los menores que mantienen la homeostasis del sistema familiar, por ejemplo, la aparición de conductas conflictivas en los menores cuando se enfrentan a un conflicto de lealtades entre los padres (el menor, para no decidir explícitamente, manifiesta conductas problemáticas y por tanto, la atención de las familias se pone en estas conductas en lugar de resolver o evitar el conflicto de lealtades). Consecuentemente, el conocimiento del funcionamiento de los triángulos hace posible su modificación cambiando la función que desempeña cada persona dentro del triángulo, así como la posibilidad de modificar la funcionalidad del síntoma dentro del sistema familiar.

De forma complementaria, resulta destacable para la PIBE la aportación de Bowen (1979) sobre el *concepto de la diferenciación*. Para Bowen (1979), el objetivo más importante de la terapia familiar es ayudar a los miembros de la familia a mejorar el nivel de diferenciación del sí-mismo sobre su propia familia de origen, eliminando la “fusión” que pueda existir entre los miembros de una familia que está perjudicando a la propia diferenciación y a la adecuada socialización. Además, el desarrollo de triángulos familiares no funcionales en la familia de origen puede obstaculizar los procesos de diferenciación del individuo. Así, las personas muy diferenciadas son menos vulnerables a los estados de tensión, diferencian adecuadamente tanto sus sentimientos como la realidad objetiva y son menos reactivas ante las críticas. Por su parte, los individuos poco diferenciados suelen ser más reactivos y pueden presentar un apego emocional no resuelto con los progenitores. Esta indiferenciación les llevará a desarrollar mecanismos destinados a controlar y mantener la indiferenciación de sus futuros hijos e hijas, que se convierten en objetos de su proyección perjudicando su desarrollo y ajuste personal. Estos aspectos propuestos por Bowen (1979) son considerados en el proceso terapéutico de la PIBE con la finalidad de trabajar los procesos de diferenciación. Adicionalmente, debido al reducido tiempo de intervención de la PIBE, también es importante considerar algunos principios de la Psicoterapia Breve (Beyebach, 2006) como la importancia de centrarse en el conflicto revelado por la familia y no en otros elementos familiares y/o contextuales ajenos al conflicto; la relevancia de realizar conjuntamente con la familia la evaluación del diagnóstico y de la intervención, es decir, se debe intervenir sobre el problema directamente para producir cambios y ver el feedback de la familia para contrastar o reformular la hipótesis de partida; la importancia de que cada sesión presente un cierre que implique algún elemento de cambio terapéutico; y la confianza en los recursos de los participantes y sus capacidades incluso en situaciones de crisis.

En definitiva, las aportaciones señaladas hasta el momento desde un marco terapéutico sistémico constituyen uno de los pilares fundamentales de la PIBE. A continuación, se sintetizan las principales implicaciones de tales presupuestos de la **terapia familiar sistémica** concretamente en el proceso terapéutico de la PIBE.

- La importancia de incluir a todos los miembros de la familia en el proceso terapéutico. En concreto, en la PIBE se incluyen los menores y sus figuras parentales.
- El objeto de intervención de la PIBE son las relaciones familiares disfuncionales que pueden estar influyendo en las conductas problemáticas de los menores. Asimismo, desde la PIBE se entienden los síntomas conductuales y emocionales como parte del deterioro de las relaciones familiares.
- Se tiene en cuenta la percepción, los recursos y las soluciones planteadas por la propia persona en su correspondiente sistema familiar.
- Se tiene en consideración los diferentes subsistemas familiares (subsistema parental, fraternal y conyugal) y las relaciones estructurales entre los subsistemas. Además, se focaliza la atención en la flexibilidad o rigidez de los límites de la familia (y de los subsistemas que la componen) y las consecuencias de estos límites en el bienestar de los adolescentes, de sus figuras parentales y del sistema familiar.
- La identidad del grupo de trabajo es más que la suma de los que la conforman, ya que tenemos en cuenta los aspectos individuales (personalidad, historia, vivencias...) de cada miembro del grupo, pero también las relaciones que se establecen entre ellos, haciendo cada intervención totalmente específica y única.
- Las causas de las dificultades no son tan importantes como la comprensión y los sentimientos de los diferentes miembros del sistema familiar respecto a dichas dificultades. Estas cuestiones son abordadas para crear nuevos procesos de afrontamiento.
- Cada sesión de la PIBE debe ser significativa para los sistemas familiares, en cada sesión se debe intervenir y producir un resultado terapéutico.
- En el proceso terapéutico de la PIBE se considera especialmente importante tanto la comunicación verbal, como la comunicación no verbal, así como las congruencias y discrepancias entre ambas. Además, la PIBE pone en el foco de la intervención la expresión corporal mediante la actuación y dramatización de infinitas posibilidades. Asimismo, en la PIBE se da relevancia al contenido que se quiere expresar pero que los participantes no tienen herramientas para comunicarlo adecuadamente.
- En la PIBE se tiene especialmente en cuenta el proceso de diferenciación, característico de la adolescencia, que están experimentando chicos y chicas. Además, se considera fundamental atender al rol de las figuras parentales como facilitadores u obstaculizadores de este proceso de diferenciación.

Psicodrama

El psicodrama es un método psicoterapéutico dirigido a la mejora de los problemas personales, con especial énfasis en el adecuado desarrollo de los roles interpersonales (familiares, sociales,

etcétera) a través de una metodología generalmente grupal y con técnicas específicas del ámbito teatral (Cruz, Sales, Alves, y Moita, 2018; Kipper y Ritchie, 2003). El proceso terapéutico de la PIBE se fundamenta en los presupuestos de esta corriente psicoterapéutica, tomando como referencias las aportaciones de Moreno (1946), Blatner (1986) y Rojas-Bermúdez (2000) en los términos que se describen a continuación.

El Psicodrama nace de la mano de Moreno (1946) cuando este autor descubre la fuerza de la acción para cambiar las relaciones personales. En este marco, Moreno (1946) elabora la *teoría de los roles interpersonales*, referida a los diferentes roles desarrollados por el individuo en su interacción con diferentes contextos. Según este autor, los roles interpersonales están constituidos por los diferentes comportamientos, cogniciones y emociones que aparecen en la interacción con otras personas en el entorno (por ejemplo, en el adolescente, su papel como hijo, como amigo, su papel ante la autoridad, etcétera). La capacidad del individuo para mantener interacciones apropiadas facilitará su adaptación a diferentes contextos de desarrollo (Blatner y Cukier, 2007). Moreno (1946) plantea que los roles interpersonales pueden ser entrenados a través de la acción como una forma de mejorar el bienestar personal y social de los individuos. Es decir, el psicodrama ubica al individuo en su medio, no lo trata como ente aislado, investigando al máximo los vínculos y sus características.

Blatner (1986) también realiza aportaciones de interés en la corriente psicodramática y que tienen su reflejo en el proceso terapéutico de la PIBE. Este autor destaca posibilidad que ofrece el psicodrama a los individuos para representar los acontecimientos importantes en su vida, como sumativo a la terapia verbal. Es decir, a través de la *acción* se exploran diferentes acontecimientos perturbadores para el individuo permitiendo múltiples alternativas en la terapia como la intervención sobre los pensamientos no verbalizados, los encuentros con personas fallecidas o ausentes, representación y dramatizaciones de las fantasías, y a nivel general, sobre cualquier elemento cognitivo o emocional, pasado, presente o futuro relacionado con la situación que el individuo expresa (Blatner, 1986). Por tanto, el psicodrama representa un método de maduración personal que permite un desarrollo de la potencialidad y de las capacidades del sujeto mediante el *desbloqueo y desarrollo de la espontaneidad* que determinará qué emociones, pensamientos y acciones son los más adecuados para esa situación concreta (Moreno, 1946). Población (2010) también señala la importancia de la acción en el proceso terapéutico como medio a través del cual se desarrolla una comunicación analógica, gestual, actitudinal y comportamental. Asimismo, Kellermann (1984) en sus estudios sobre la dramatización afirma que tan importante es la consecución de la catarsis y la liberación emocional durante la dramatización, como la integración y ordenación de las emociones liberadas para dar sentido al proceso psicodramático.

Finalmente, la PIBE también tiene en cuenta las consideraciones de Rojas-Bermúdez (2000) sobre el psicodrama. En concreto, Rojas-Bermúdez (2000) define al psicodrama como un método psicoterapéutico procedente del teatro, la psicología y la sociología consistente en intervenir a través de la acción y de la interacción en el “aquí y ahora” sobre los elementos emocionales que constituyen una situación patológica. El elemento fundamental en el psicodrama y que la PIBE toma durante las sesiones de intervención es la *dramatización*. Además, en el proceso terapéutico de la PIBE se *incorporan el encuadre, los contextos y etapas* propuestos por Roja-Bermúdez (2000), el concepto de *emergente* y gran parte de las técnicas explicadas por este autor que se desarrollan más adelante en este manual.

En definitiva, el psicodrama contribuye teóricamente al proceso terapéutico de la PIBE, en tanto que desde la PIBE se trabaja con la dramatización los diferentes roles de los individuos. Entre las principales implicaciones teóricas del **psicodrama** a la PIBE se encuentran:

- El proceso terapéutico de la PIBE se basa en el desarrollo de la dramatización y, por tanto, la atención se focaliza en la comunicación analógica, gestual y actitudinal además de la verbal.
- En la PIBE se produce el entrenamiento de diferentes roles interpersonales donde los participantes revelan los conflictos. A través del entrenamiento de estos roles se pretende capacitar a los participantes en cada uno de ellos, especialmente el rol familiar, actuando sobre los componentes bloqueados o con alta carga emocional de las relaciones familiares y/o sociales.
- Debido a la asistencia conjunta de los adolescentes y sus figuras parentales, la PIBE facilita el trabajo en la simetría y complementariedad de los roles en el “aquí y ahora”.
- En el proceso grupal de la PIBE no solo se considera importante la liberación emocional adherente a la dramatización, sino el proceso de integración de dichas emociones donde participa el individuo y los miembros del grupo.

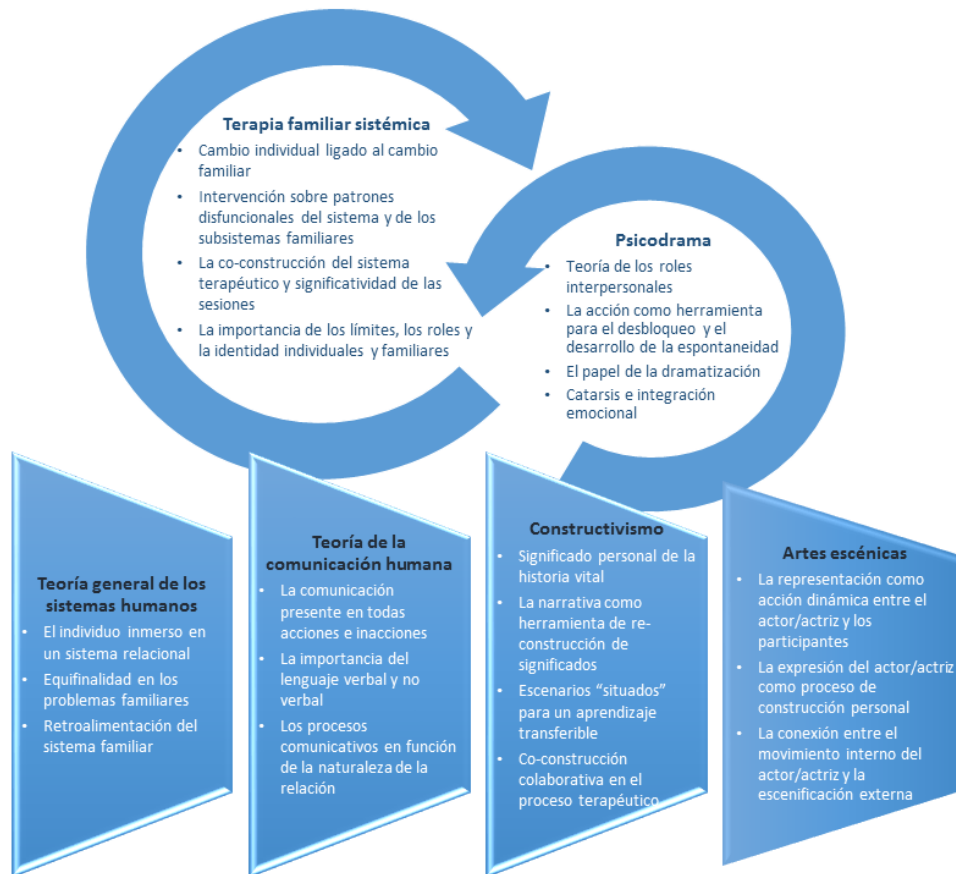
Un modelo integrador: La psicoterapia integrativa basada en escenas (PIBE)

Como se ha puesto de manifiesto en este apartado, la psicoterapia integrativa basada en escenas (PIBE) constituye el eje teórico y metodológico del Programa Guía, a partir de una sólida fundamentación teórica difundida en publicaciones académicas internacionales como **Scene-Based Psychodramatic Family Therapy (SB-PFT)**; Maya, Jiménez, Lorence, del Moral e Hidalgo, 2018; Maya, Lorence, Hidalgo y Jiménez, 2018).

Se trata de una propuesta psicoterapéutica respetuosa con el enfoque constructivista del conocimiento y con una visión sistémica de la dinámica familiar que destaca el papel de la comunicación en la construcción de significados y en el cambio personal. Además, se nutre de las aportaciones teóricas y técnicas que ofrecen las artes escénicas. En cuanto a su modelo de intervención, la propuesta que realiza la PIBE incorpora los principios de la terapia familiar sistémica y asume los principios y las herramientas del psicodrama.

En definitiva, la psicoterapia integrativa basada en escenas (PIBE) es un modelo integrador que parte de perspectivas teóricas y metodológicas complementarias. A continuación, en la Figura 1, se ofrece un resumen de los fundamentos más importantes de la PIBE.

Figura 1. Esquema-resumen de los fundamentos teóricos de la psicoterapia integrativa basada en escenas (PIBE)



POBLACIÓN DESTINATARIA

El Programa Guía desarrolla una propuesta de intervención familiar, dirigida a menores en situación de conflictivo o dificultad social (preferentemente preadolescentes y adolescentes) y a los adultos que ejercen de figuras parentales (sus progenitores o cuidadores principales). Con **menores en situación de conflicto o dificultad social** nos referimos a chicos y chicas que se caracterizan en gran medida por manifestar conductas problemáticas en la familia y en el contexto social, tales como oposición a las figuras parentales, peleas, mentiras, agresiones físicas o verbales contra progenitores y compañeros, absentismo escolar, inadecuadas relaciones con los iguales, expulsiones de la escuela y otras conductas conflictivas que pueden provocar que instituciones judiciales o de seguridad tomen medidas contra ellos/ellas (Alexander, Waldron, Robbins, y Neeb, 2013; Sexton, 2011).

El incremento de los conflictos familiares durante la adolescencia, la resolución inadecuada de las situaciones problemáticas entre las figuras parentales y los adolescentes, y la existencia de relaciones familiares basadas en la agresividad y la hostilidad, pueden provocar una situación de alto riesgo psicosocial para las familias y una amenaza en la transición psicosocial del adolescente a su etapa adulta (Greenberg y Lippold, 2013). Estos acontecimientos provocan que las familias participantes en el Programa Guía se encuentren en una situación de crisis o riesgo de exclusión psicosocial. Nos referimos a una **familia en situación de riesgo psicosocial** como aquella en la que se encuentra amenazado el desarrollo personal y social de los menores, debido a que no se satisfacen adecuadamente sus necesidades evolutivo-educativas, fruto de un inadecuado ejercicio de la parentalidad que puede ser debido a múltiples causas personales, relacionales y/o influencias del entorno, y cuya gravedad no es suficiente para justificar una medida de desamparo (Rodrigo, Máiquez, Martín y Byrne, 2008).

Concretamente, contamos con información para describir el **perfil de las familias participantes en el Programa Guía**, que puede resultar de utilidad para comprender las características psicosociales de la población destinataria de este programa. Así, durante los años 2015 y 2016 se llevaron a cabo investigaciones con los menores y las figuras parentales participantes en el Programa Guía (Hidalgo, Lorence, Jiménez, y Maya, 2015; Hidalgo, Lorence, Jiménez, y Maya, 2016; Maya et al., 2018a; Maya et al., 2018b). A continuación, se describen sus características más relevantes para ilustrar el perfil de la población destinataria de este programa.

Como *familias* en situación de riesgo psicosocial, un elemento definitorio de las familias participantes en el Programa Guía es la acumulación de elementos estresantes y de riesgo. A continuación, en las Figuras 2 y 3 respectivamente, se presenta la prevalencia de elementos estresores y de riesgo informados por los progenitores y los menores participantes en el Programa Guía durante los años 2015 y 2016, ordenados de mayor a menor prevalencia (Hidalgo et al., 2015; 2016).

Figura 2. Factores estresantes y de riesgo informados por los progenitores participantes en el Programa Guía en 2015 y 2016 (n = 99).

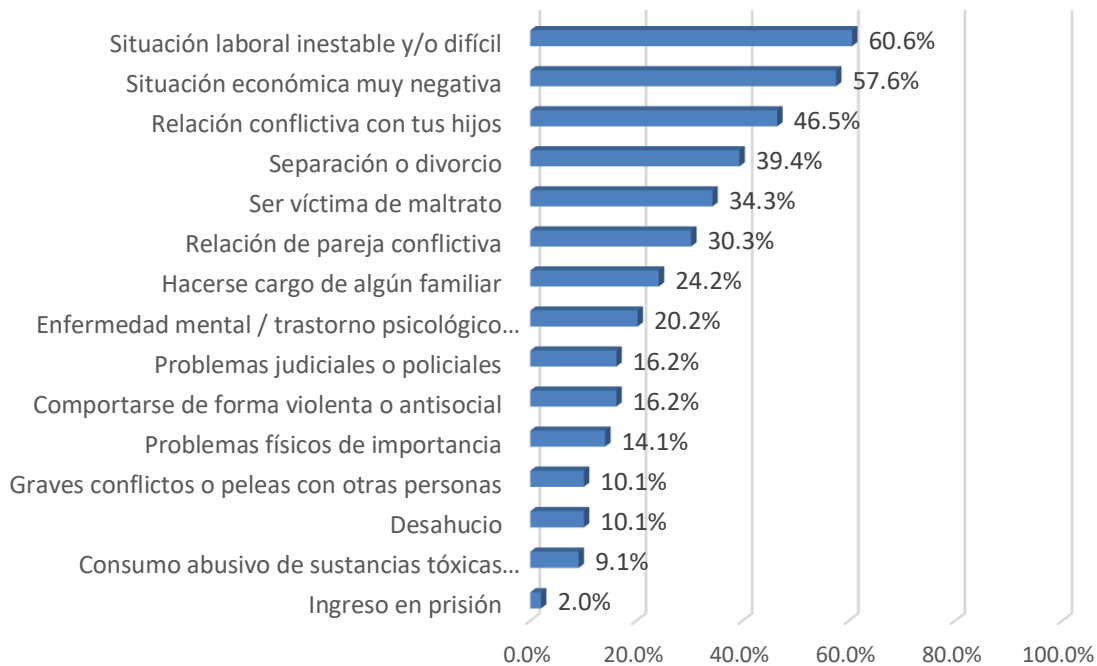
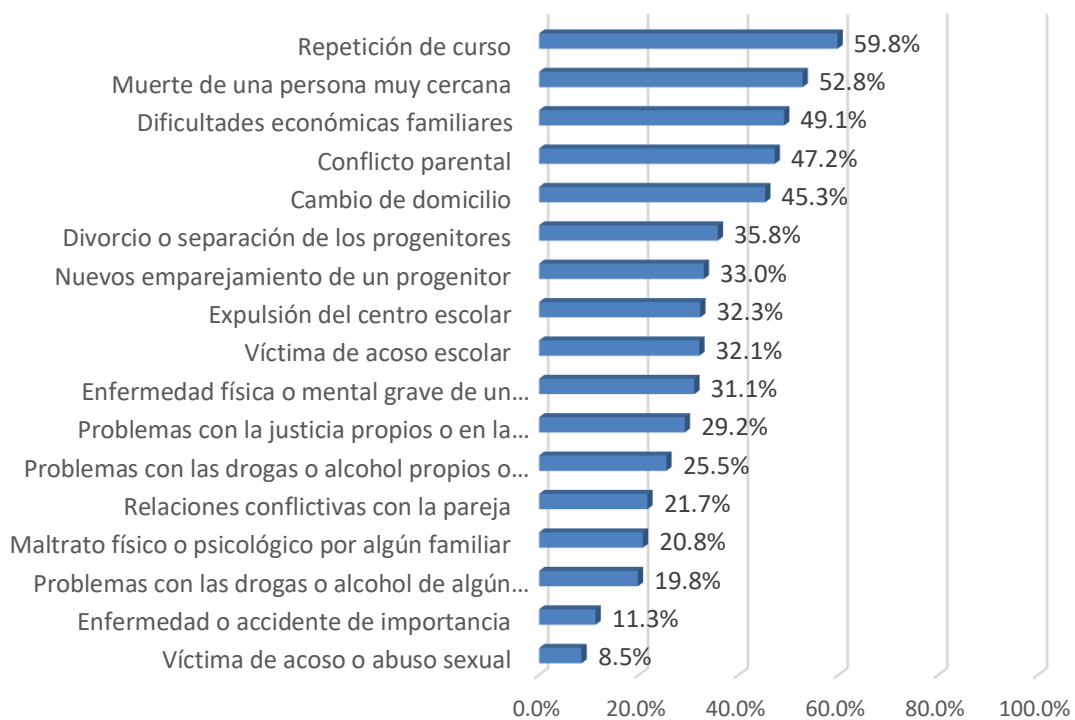


Figura 3. Factores estresantes y de riesgo informados por los menores (11 a 18 años) participantes en el Programa Guía en 2015 y 2016 (n = 106).



Como puede observarse en la Figura 2, desde la perspectiva de los progenitores resulta destacable la precariedad laboral y económica (60.6% y 57.6% respectivamente), así como elementos negativos en las relaciones intrafamiliares tales como relaciones conflictivas con los hijos e hijas (46.5%) y con la pareja (30.3%), separación o divorcio (39.4%) y ser víctima de maltrato (34.3%). Los resultados mostrados en la Figura 3 ponen de manifiesto, desde la perspectiva de los menores, la prevalencia de problemas en el ámbito escolar en su pasado reciente tales como repetición de curso (59.8%), así como expulsiones (32.3%) y haber sufrido acoso escolar (32.1%). Además, resultan destacables otros factores de riesgo vinculados al contexto familiar, tales como cambios en la configuración familiar (pérdida de un familiar 52.8%, cambio de domicilio 45.3%, divorcio 35.8%, reconstitución familiar 33.0%), indicadores de una situación precaria (dificultades económicas 49.1%) y conflictos entre los progenitores (47.2%).

En cuanto a su perfil sociodemográfico, las familias participantes en el Programa Guía presentan una estructura familiar diversa. Los datos disponibles indican un 41.3% de familias biparentales nucleares, un 39.1% de familias monoparentales y un 19.6% de familias reconstituidas. Se trata de familias de tamaño moderado, con un número medio de personas que conviven en el hogar de 4.08, siendo 1.81 el número medio de menores existentes en casa (Hidalgo et al., 2015; 2016).

En cuanto a los aspectos de carácter más psicológico, estas familias se caracterizan por presentar relaciones familiares marcadas por elementos tales como la falta de comunicación, agresividad y baja atención a las necesidades de los miembros de la familia (Maya et al., 2018a).

En relación con los adultos que ejercen de *figuras parentales*, se trata muy mayoritariamente de personas con estudios bajos. Según los datos disponibles, el 51.3% de los progenitores no superan el nivel educativo de primaria (Hidalgo et al., 2015; 2016).

Entre los aspectos más relacionados con el ejercicio de la parentalidad, estos adultos se caracterizan por baja demostración de afecto, no favorecer la autonomía de los menores y presentar una hiper-reactividad excesiva ante los comportamientos de los menores. A nivel emocional, estos adultos parecen caracterizarse por una falta de expresión de emociones, así como por dificultades en el control de impulsos (Maya et al., 2018a).

Finalmente, respecto a los *menores* participantes en el Programa Guía, contamos con información acerca de su ajuste personal, familiar y social obtenido mediante medidas estandarizadas. Estos datos nos permiten realizar un análisis del ajuste de estos menores en comparación con muestras españolas.

La inteligencia emocional de los menores ha sido evaluada mediante el *Trait Meta-Mood Scale* (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey, y Palfai, 1995). En concreto, este instrumento ofrece información sobre la atención emocional, la claridad emocional y la reparación emocional segregados por sexo. Usando el baremo de una muestra normativa española (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004), los chicos participantes en el Programa Guía el año 2015 y 2016 presentan una adecuada atención emocional ($M = 24.09$; $DT = 7.43$), una adecuada claridad emocional ($M = 27.12$; $DT = 7.36$), y una adecuada reparación emocional ($M = 25.98$; $DT = 7.83$). No obstante, siguiendo las indicaciones y los intervalos de Fernández-Berrocal y colaboradores (2004),

el 55.1% de los menores del Programa Guía deberían mejorar su atención emocional, el 37.9% su claridad emocional y el 37.9% su reparación emocional. Con respecto a las chicas participantes en el Programa Guía, éstas presentan una adecuada atención emocional ($M = 25.96$; $DT = 7.95$), una adecuada claridad emocional ($M = 26.14$; $DT = 8.30$), y una adecuada reparación emocional ($M = 24.74$; $DT = 8.56$). No obstante, el 62.1% de chicas deben mejorar su atención emocional, el 44.8% su claridad emocional y el 51.7% su reparación emocional.

La vinculación parental de los menores ha sido evaluada mediante el cuestionario *Inventory Parental-Peer Attachment* (Armsden y Greenberg, 1987). Las medidas de tendencia central de los menores participantes en el Programa Guía son: comunicación ($M = 30.93$; $DT = 8.57$), confianza ($M = 35.21$; $DT = 9.64$) y alienación ($M = 16.17$; $DT = 4.97$). Esto supone puntuaciones medias inferiores a una muestra normativa española (Delgado, Penelo, Fornieles, Brun-Gasca, y Ollé, 2016) en comunicación ($M = 32.69$; $DT = 6.25$) y especialmente, en confianza con el cuidador principal ($M = 41.53$; $DT = 5.35$). Además, los menores participantes en el Programa Guía presentan una mayor alienación con sus familias que los adolescentes de la muestra normativa ($M = 12.67$; $DT = 3.92$).

En relación con la conducta antisocial evaluada con el *Cuestionario de Conductas Antisociales - Delictivas* (Seisdedos, 1995), los menores participantes en el Programa Guía presentan menos comportamientos problemáticos ($M = 9.17$; $DT = 5.20$) que la muestra de comparación de adolescentes con problemas de conducta ($M = 13.28$; $DT = 5.79$) incluida en el estudio de validación del instrumento (Seisdedos, 1995). Sin embargo, el 17.8% de los menores participantes en el Programa Guía presentan una puntuación en conducta antisocial superior a la media obtenida por los adolescentes con problemas de conducta incluidos en el estudio de validación del instrumento (Seisdedos, 1995).

OBJETIVOS

El Programa Guía constituye una propuesta de intervención familiar cuya finalidad es atender, orientar y apoyar a familias con menores en situación de conflicto o dificultad social. Con un enfoque preventivo y desde planteamientos psicoeducativos, se trata de un programa que trata de intervenir sobre aquellos factores de naturaleza personal y relacional, procedentes tanto del contexto familiar como del entorno social, responsables de los problemas de adaptación y/o de comportamiento de las y los menores. Con esta finalidad, el programa abarca dos ejes de actuación: la promoción en los menores de competencias que mejoren su adaptación en el contexto familiar y el entorno social; y el apoyo a las figuras parentales para que desarrollen estrategias que les permitan un ejercicio positivo de su parentalidad.

Los objetivos generales y específicos del Programa Guía son los siguientes:

1. Promover competencias y habilidades socio-personales de los menores.

1.1. Promover en los menores competencias del desarrollo personal que facilitan la adaptación en el contexto familiar, escolar y social. Especialmente, la comprensión y regulación emocional, el autocontrol, la autoestima, el manejo del estrés y el bienestar emocional.

1.2. Promover las habilidades sociales necesarias para mejorar las relaciones interpersonales en el contexto familiar, escolar y social. Especialmente, las habilidades comunicativas, la adopción de perspectivas y la empatía.

1.3. Prevenir la aparición de conductas antisociales y delictivas de los menores.

2. Fortalecer y desarrollar en las madres y en los padres las competencias parentales necesarias para un ejercicio positivo de la parentalidad.

2.1. Reflexionar sobre la propia paternidad y maternidad, facilitando la comprensión de este importante rol desde una perspectiva flexible y realista que evite los modelos estereotipados.

2.2. Fomentar en los adultos responsables del cuidado de los menores aquellos conocimientos y estrategias educativas que les permitan atender de forma adecuada las necesidades de desarrollo de sus hijos e hijas.

2.3. Promover aquellos aspectos del desarrollo personal de los adultos que facilitan el desempeño de las tareas y responsabilidades educativas, así como la satisfacción con el rol parental.

3. Facilitar un adecuado funcionamiento familiar que posibilite el desarrollo y bienestar de todos los miembros de la familia.

3.1. Optimizar el clima familiar mediante el afianzamiento de los vínculos afectivos y la mejora de las relaciones interpersonales.

3.2. Dotar a los adultos y a los menores de herramientas útiles y específicas para afrontar y resolver adecuadamente las situaciones conflictivas que se producen en el contexto familiar.

3.3. Ofrecer a los menores un espacio de participación y escucha activa donde se les de voz y se les empodere como motor del cambio familiar.

4. Crear un espacio de encuentro entre las familias.

4.1. Ofrecer un espacio para compartir experiencias con familias en situaciones similares.

4.2. Conocer distintas formas de actuar que faciliten el perspectivismo y amplíen las alternativas de comportamiento de los adultos ante situaciones similares.

4.3. Promover la co-construcción y reconstrucción conjunta de conocimientos.

4.4. Generar una vivencia grupal de apoyo mutuo que permita fortalecer las redes de apoyo social de las familias.

En definitiva, a través de estos objetivos de promoción del desarrollo y de fortalecimiento de las competencias parentales, el Programa Guía trata de prevenir la aparición o el mantenimiento de factores de riesgo o conflicto social que desencadenan conductas desajustadas de los menores en el ámbito personal, familiar o educativo. Además de responder a una necesidad de intervención con los menores que manifiestan conductas conflictivas en diferentes contextos, este programa trata de dar respuesta a las necesidades planteadas por los padres y madres en relación con las dificultades para ejercer sus funciones parentales con estos niños, niñas y adolescentes; buscando en último término la mejora del funcionamiento familiar y del bienestar de todos los miembros de la familia.

CONTENIDOS

De acuerdo con los objetivos planteados, los contenidos abordados por el Programa Guía incluyen tanto cuestiones relativas al funcionamiento familiar como aspectos del desarrollo personal de los menores que participan en la intervención. Tal y como se describe en un apartado posterior, las características metodológicas de este programa conllevan que los contenidos no constituyan bloques con una estructura fija que se tratan secuencialmente, sino que funcionan como áreas temáticas que se van abordando de forma situada y en función de los contenidos emergentes que surgen durante el proceso de intervención.

Las áreas temáticas que se abordan en el programa son las siguientes:

- 1. Desarrollo socio-personal durante la infancia y la adolescencia.** Dentro de esta área se integran todos aquellos contenidos relacionados con el desarrollo de habilidades sociales y competencias personales que facilitan la adaptación de los menores en los distintos contextos de desarrollo, especialmente en la familia y la escuela. Los principales temas tratados con los menores incluyen la expresión y gestión de las emociones, la adopción de perspectivas, el manejo del estrés, el bullying y cyberbullying, las relaciones de pareja y todas las preocupaciones que van emergiendo relativas a la relación con los iguales.
- 2. El ejercicio positivo de la parentalidad.** En la fase intra-grupal de la intervención desarrollada específicamente con las figuras parentales, un bloque importante de los contenidos tratados tiene que ver con las estrategias educativas y competencias parentales necesarias para el ejercicio positivo de la parentalidad. En este sentido, los contenidos abordados a partir de los emergentes suponen una continua reflexión acerca de la propia actuación como madre y padre, abordándose tres temáticas específicas: la importancia del afecto y cómo padres y madres lo expresan en las interacciones con sus hijos e hijas; las normas, límites y la disciplina como componentes esenciales y necesarios en las prácticas educativas; y los aspectos del desarrollo personal adulto que facilitan un ejercicio adecuado de la parentalidad.
- 3. Funcionamiento familiar.** Finalmente, la tercera área temática incluye todos aquellos contenidos relacionados con el funcionamiento familiar, aspectos que son trabajados en la fase inter-grupal de la intervención que se desarrolla conjuntamente con los menores y las figuras parentales dentro del formato multifamiliar, tal y como se describe en un apartado posterior. Dentro de este bloque se integran todos los temas relacionados con la convivencia en el contexto familiar, dedicando especial atención a la comunicación entre los miembros del sistema familiar y la gestión de los conflictos. Asimismo, son tratados temas específicos como la distribución de roles, gestión de espacios y tareas en el hogar, las relaciones entre hermanos, respeto entre los distintos miembros, hábitos, tiempo compartido, ocio y clima familiar.

CARACTERÍSTICAS FORMALES Y METODOLÓGICAS

A continuación se describen los aspectos formales y metodológicos definitorios del Programa Guía. En primer lugar, se comienzan describiendo los mecanismos explicativos del cambio subyacentes a la PIBE. Posteriormente, se detallan la propuesta metodológica, el formato de intervención y las técnicas al servicio del Programa Guía. Finalmente, se describe la estructura de una sesión.

Modelo de cambio

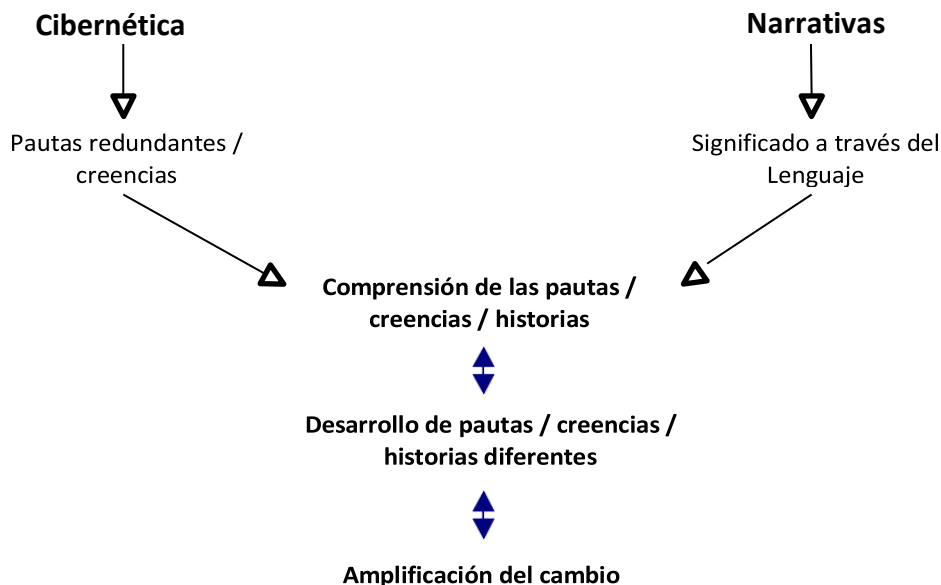
El modelo explicativo del cambio en las personas gracias a su participación en el Programa Guía se fundamenta en los principios de la PIBE, cuyas bases teóricas se han detallado en un apartado anterior. Particularmente, son los fundamentos de los modelos de intervención derivados de la terapia familiar sistémica y del psicodrama los que permiten comprender cómo se produce el cambio entre los participantes en el programa.

Según el enfoque psicodramático, en el proceso de cambio toma un papel fundamental la catarsis de los participantes a través de los siguientes aspectos que se producen de forma secuencial durante la sesión: la autoevaluación de las personas y la evaluación de sus relaciones, la revelación y expresión de sus emociones (momento en el que se produce la liberación emocional y la catarsis) y la integración final de sus pensamientos y emociones (Kellermann, 1984). Este último paso implica la identificación y diferenciación de las emociones, el aprendizaje de nuevas estrategias de afrontamiento, el conocimiento de las relaciones interpersonales y la obtención del bienestar emocional alcanzándose una catarsis integrativa durante el proceso terapéutico (Kellermann, 1984). Además, el desarrollo de la acción y la catarsis favorecerá que la persona se involucre en una experiencia emocional correctiva con respecto a la situación generadora de la emoción negativa (Hartman y Zimberoff, 2004).

Desde la perspectiva sistémica, es importante identificar los cambios tipo I y los cambios tipo II que se relacionan con el desarrollo histórico de la primera y la segunda cibernética respectivamente (Watzlawick, Weakland, y Fisch, 1974). En concreto, los cambios de primer orden se refieren a cambios más superficiales, comportamentales y generalmente individuales, que no modifican las reglas del sistema. Sin embargo, los cambios tipo II o de segundo orden pueden ser encontrados cuando se modifican las relaciones familiares de forma sustancial o la estructura y jerarquía familiar (Watzlawick, Weakland, y Fisch, 1974). En concreto, durante el proceso terapéutico de la PIBE se pretende conseguir cambios de segundo orden que sean duraderos al modificar las interacciones familiares disfuncionales. Concretamente, a través de la metodología y técnicas usadas en la PIBE, con especial atención al uso de la dramatización, se pretende que los participantes desarrollen un cambio similar al modelo propuesto por Pote y colaboradores (2004). Como se muestra en la Figura 4, a partir de las construcciones de las narrativas de los participantes y de sus significados, y además en el caso de la PIBE a partir de la dramatización, se conocerán las pautas e interacciones redundantes, creencias y otros elementos estructurales y disfuncionales del sistema familiar. A partir del conocimiento adquirido del sistema familiar, se pretenden modificar aquellos patrones y funciones disfuncionales que provocan la crisis del sistema familiar, dándoles a los individuos la posibilidad de desarrollar (y dramatizar) pautas, creencias e historias diferentes

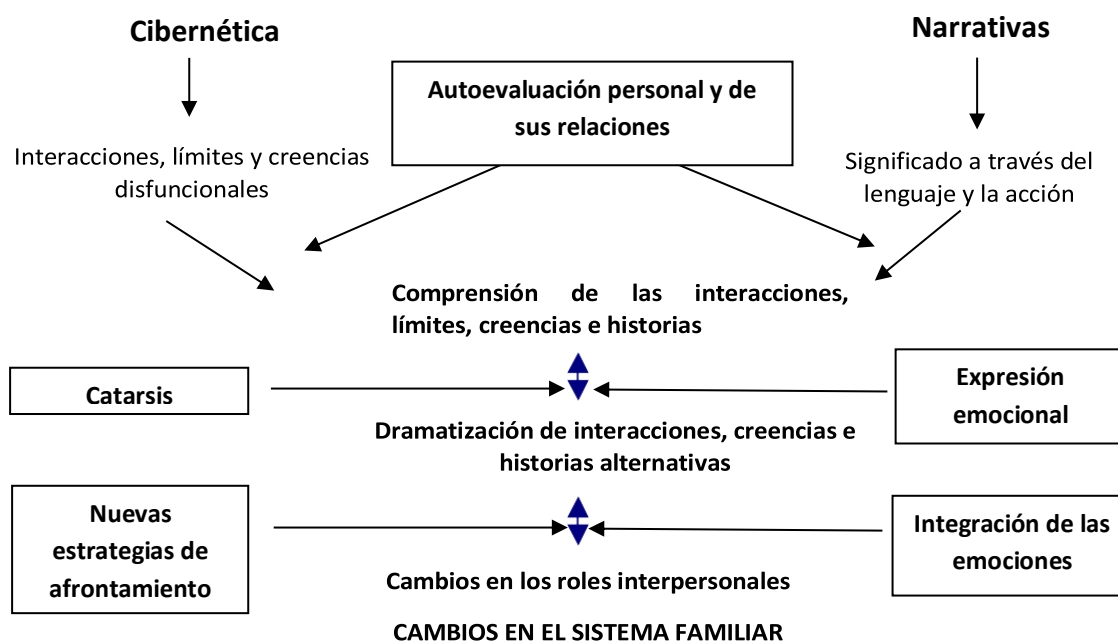
para que esta nueva narrativa e interacciones provoquen cambio en el sistema familiar y en otros contextos relacionales.

Figura 4. Modelo de cambio sistémico (Tomado de Pote et al., 2004)



La PIBE realiza una integración de los componentes principales del modelo de cambio psicodramático y el modelo sistémico. La Figura 5 presenta la integración de ambos modelos. Esta integración responde al **modelo de cambio de la PIBE** durante las sesiones del Programa Guía.

Figura 5. Modelo de cambio terapéutico de la PIBE



De acuerdo con el modelo de cambio descrito y para la consecución de cambios en los roles interpersonales y en el sistema familiar, existen ciertos mecanismos explicativos facilitadores del proceso que es necesario señalar. En este marco, al principio del proceso terapéutico toma una relevancia fundamental la alianza terapéutica entre la unidad funcional y las familias (Friedlander, Escudero, Heatherington, y Diamond, 2011). Esta alianza terapéutica facilitará el proceso posterior de cambio potenciando la motivación e implicación de las familias. Los mecanismos explicativos del cambio en función de los componentes metodológicos y las técnicas empleadas durante la PIBE han sido estudiados (Maya, et al., 2018a). En concreto, en las Figuras 4 y 5 se representan gráficamente los mecanismos de cambio experimentados por los menores y las figuras parentales participantes en el Programa Guía en función de la propia percepción sobre la utilidad de diferentes componentes.

Principios metodológicos

Como se ha descrito en este manual, el Programa Guía se fundamenta en la Psicoterapia Integrativa Basada en Escenas (PIBE). A nivel metodológico, implica el desarrollo de un proceso terapéutico con metodología grupal, activa y fortalecedora, experiencial y constructiva. De forma particular, destaca el carácter emergente y situado de la metodología de la PIBE.

Desde los presupuestos teóricos descritos, el **intercambio cooperativo en grupo** supone una forma privilegiada de relación entre los participantes, que permite promover la construcción compartida del conocimiento, desarrollar un aprendizaje centrado en el proceso mismo como potenciador del cambio y reforzar las redes sociales informales mediante el desarrollo del grupo como un sistema de apoyo en sí mismo (Jiménez e Hidalgo, 2012). Entre los factores grupales más importantes del Programa Guía se encuentran la importancia de la catarsis de los participantes en el grupo, la posibilidad de conocer a otras personas con el mismo problema, conocer la razón de sus comportamientos y emociones, el aprendizaje interpersonal entre los miembros del grupo, o la posibilidad de corregir dinámicas familiares negativas con la ayuda de los otros miembros (Yalom y Leszcz, 2005). Dado que los componentes relacionales en el ámbito familiar y/o social suponen un contenido central de intervención, el abordaje grupal supone, además, una forma privilegiada para promover el cambio.

Desde una **perspectiva fortalecedora** como la que fundamenta la PIBE, es necesaria una **implicación activa** de los participantes en las diferentes fases del programa, otorgándoles un papel protagonista en su propio proceso de cambio y dándoles capacidad de decisión. De acuerdo con este principio metodológico, se propone el fomento de la autonomía y de la capacidad creativa en las relaciones familiares, así como el impulso de los recursos y potencialidades con que los participantes cuentan como elementos centrales del proceso de intervención, creando en los padres un sentido de competencia personal más que de dependencia del conocimiento experto (Jiménez e Hidalgo, 2012).

En relación con lo anterior, la PIBE se fundamenta en una **metodología constructiva y experiencial**. Se propone un proceso de aprendizaje en el que no se impone un modelo ideal de vida familiar y en el que la construcción del proceso de cambio parte de las ideas implícitas

subyacentes de los participantes para el desarrollo de nuevas habilidades y conocimientos (Máiquez, Rodrigo, Capote y Vermaes, 2000). Una metodología de estas características implica la reconstrucción del conocimiento experiencial de los participantes sobre la vida familiar a través de las herramientas de la PIBE, para después analizar la propia dinámica familiar y finalizar introduciendo cambios en la vida cotidiana. Así mismo, este componente constructivo implica la necesidad de secuenciar las demandas de elaboración cognitiva y el impacto emocional del proceso de cambio personal de forma progresiva, de modo que la expresión corporal, la visualización de escenas y la manipulación con materiales anteceda a las meras reflexiones verbales (Jiménez e Hidalgo, 2012).

Uno de los aspectos más definatorios de la metodología de la PIBE es el uso de la **acción situada**. Es decir, en consonancia con los principios constructivos y experienciales descritos, la PIBE se sirve de la acción y representación de escenas cotidianas para movilizar, significar y elaborar el conocimiento episódico cotidiano de los participantes acerca de la dinámica familiar de cara a poder re-elaborarlo, enriqueciendo así las representaciones semánticas de ese conocimiento e incorporando nuevas habilidades y estrategias que puedan ser incorporadas y generalizadas a la vida familiar (Máiquez et al., 2000). Este uso de la acción situada permite generar un dinamismo muy activo que permite afrontar de manera muy participativa el logro de los objetivos propuestos, tales como la resolución de conflictos, el aprendizaje vicario o el entrenamiento de rol, entre otros.

Finalmente, junto al uso de la acción situada, el **carácter emergente** del proceso de intervención constituye probablemente el sello distintivo de la metodología del Programa Guía. Así, aunque no de forma exclusiva, pero muy fundamentalmente, el Programa Guía se nutre de los contenidos emergentes que surgen durante el proceso de intervención para la creación y el uso de la acción situada mediante escenas. En este sentido, un componente fundamental en la metodología del programa es “la historia” y el discurso de los participantes. Se acompaña a los menores y a las figuras parentales participantes, ayudándoles a re-conocer la responsabilidad que conlleva protagonizar su propio guion de vida.

Formato de intervención

El desarrollo del Programa Guía a través de la Psicoterapia Integrativa Basada en Escenas (PIBE) conlleva el uso del encuadre formal psicodramático como formato de intervención preferente, a través de un modelo de grupos multi-familiares. Ambas cuestiones se describen a continuación.

El Programa Guía basado en la PIBE se basa en el **encuadre formal psicodramático 5*3*3** propuesto por Rojas-Bermúdez (2000). En este encuadre, toman relevancia tres elementos: los cinco instrumentos fundamentales, los tres contextos, y las tres etapas.

Con respecto a los *cinco instrumentos fundamentales* en el Programa Guía encontramos: protagonista, escenario, intérprete (yo auxiliar), analista (director) y auditorio. El protagonista es el participante, emergente del grupo, que presenta una situación conflictiva y que trabaja en la dramatización para resolver esa situación conflictiva. Excepcionalmente puede existir un tema protagónico (contenido emergente que afecta a varios miembros del grupo) en lugar de un único protagonista. El escenario es el lugar donde se desarrolla las dramatizaciones del protagonista y el

intérprete. En el Programa Guía sería el centro del círculo limitado por los participantes que conformarían el auditorio y que se sitúan fuera de la dramatización. Cualquier participante (menor o figura parental) que se encuentra en el auditorio puede llegar a ser emergente, y por tanto, protagonista si manifiesta una importante carga emocional sobre un tema, pasando a la dramatización y a la resolución del conflicto en el escenario.

Dos elementos importantes en el Programa Guía basado en la PIBE son el analista y el intérprete. En términos generales, el *analista* debe generar la alianza terapéutica con el grupo y tomar las decisiones principales durante el proceso terapéutico (Blatner, 1986). En el Programa Guía, el analista observa las interacciones dentro del grupo, atiende a la comunicación verbal y a la comunicación no verbal de los participantes, formula hipótesis terapéuticas en el marco de la teoría sistémica y el psicodrama, y evalúa estas hipótesis proponiendo diferentes dramatizaciones con los recursos técnicos (roles invertidos, doble, etcétera) que el intérprete debe ejecutar (Maya et al., 2018a). En definitiva, el analista atiende a la parte formal de las intervenciones. Su rol es dirigir al grupo en los aspectos de contenido, en el plano más mental de la intervención y en general, allá donde no hay dramatización predomina la labor del analista.

El *intérprete* debe apoyar, entregar y ejecutar las decisiones del analista. En el Programa Guía basado en la PIBE, el intérprete juega un papel importante durante la fase de la dramatización, ya que es el responsable de ejecutar las dramatizaciones (role-playing, roles invertidos, etcétera) previamente decididas por el analista (Maya et al., 2018a; Moreno, 1946). Específicamente, durante la dramatización (el momento en que los participantes deben llegar a la catarsis), el intérprete interactúa directamente con los participantes encarnando a uno de los personajes del conflicto con el objetivo de movilizar aspectos emocionales y conductuales del participante protagonista. Por su parte, el analista (director) observa y guía la dramatización desde fuera. El analista ordena instrucciones al intérprete para que modifique las interacciones existentes a fin de movilizar los recursos de los participantes en las situaciones conflictivas. Asimismo, el intérprete también tiene un papel principal en la conducción del grupo, atendiendo igualmente a la comunicación verbal y a lo no verbal, y complementando al analista en el desarrollo de la sesión.

El analista y el intérprete conjuntamente conforman la *unidad funcional*. La unidad funcional es la máxima responsable del proceso terapéutico del Programa Guía. La unidad funcional formada por analista e intérprete atiende a todo aquello que ocurre tanto en el grupo como a nivel individual. En la PIBE el concepto de unidad funcional se relaciona con el co-liderazgo y cooperación entre el analista y el intérprete alejándose de modelos jerarquizados de entender la conducción de grupos. En este sentido, hay dos conceptos importantes:

1. La unidad funcional debe actuar como un modelo en sí mismo para las propias familias. Así, la unidad funcional debe negociar sus acuerdos, mostrar tolerancia, expresar la aceptación de las diferencias, etcétera, siendo ejemplo para las familias participantes en el propio ejercicio de entendimiento de la unidad funcional.
2. Desafío versus oposicionismo. El proceso terapéutico es co-construido por el intérprete y el analista, es decir, por la unidad funcional. El intérprete y el analista tienen el desafío de integrar sus pensamientos, y emociones y ponerlos al servicio de la unidad funcional y del

grupo. Por tanto, el funcionamiento de la unidad funcional constituye un desafío que debe llevar a la integridad en vez de dos posiciones estáticas que se enfrentan.

El despliegue del ejercicio técnico de la unidad funcional propone, paradójicamente, disolver la polaridad que están haciendo manifiestos sus propios roles. Se trata de que juntos pulsen sobre un mayor ejercicio al cohesionar cognición (analista) y emoción (intérprete).

Asimismo, lo que posibilita la presencia de dos personas en la intervención con el grupo no es solamente complementar la forma y el contenido, sino también hacer consciente otro aspecto fundamental: el cuidado de la praxis. Así, se procurará atender a la perspectiva de género en la conformación de los equipos de trabajo.

En relación con los *tres contextos*, encontramos el contexto social, el contexto grupal y el contexto dramático. El contexto social se refiere a las experiencias de los participantes fuera del grupo y que son reveladas y puestas en común en el grupo. El contexto grupal se refiere al grupo en sí mismo conformado durante el proceso terapéutico del Programa Guía. El contexto grupal lo conforman todos los participantes del grupo (las figuras parentales, los menores, el analista, el intérprete y los observadores si existiesen). El contexto grupal es idiosincrásico a cada grupo con normas construidas entre los miembros del grupo en base a sus interacciones. Formalmente, queda establecido por los participantes, el analista y el intérprete sentados en círculo. Finalmente, en el contexto dramático uno o más miembros del grupo abandonan puntualmente la estructura formal del grupo y pasan al escenario constituyéndose como protagonista o protagonistas de la sesión. Durante el tiempo que la persona se encuentra en el espacio dramático puede desempeñar diferentes roles sobre la situación problemática revelada. Para ello, cuenta con la ayuda del analista y del intérprete para lograr la catarsis integrativa a través del empleo de las técnicas psicodramáticas.

Finalmente, con respecto a las *tres etapas* durante las sesiones del Programa Guía diferenciamos: la etapa de caldeamiento (etapa inicial donde predomina el contexto grupal en el que la unidad funcional explora las experiencias que los menores y progenitores traen del plano social), la etapa de dramatización (en la que existe un protagonista o contenido emergente, y donde el intérprete con el protagonista dramatiza un conflicto para la consecución de la catarsis), y la etapa de comentarios (el protagonista abandona el escenario y vuelve al auditorio para realizar grupalmente la integración de las emociones experimentadas en la fase de la dramatización).

Para el desarrollo del encuadre psicodramático, el Programa Guía sigue el modelo de **grupos multifamiliares**. Los grupos multifamiliares consisten en intervenir terapéuticamente con varios sistemas familiares conjuntamente (Keiley, Zaremba-Morgan, Datubo-Brown, Pyle y Cox, 2015). Asimismo, durante la primera mitad de las sesiones, en concreto en la fase intragrupal, los adolescentes y sus progenitores se encuentran separados (grupo de adolescentes y grupo de progenitores), y posteriormente, ambos grupos se unen en la fase intergrupal dando lugar al desarrollo del grupo multifamiliar. Así, en el Programa Guía se trabaja conjuntamente con menores y progenitores (o figuras parentales) de varios sistemas familiares y también, de modo independiente, con grupos de adolescentes y de progenitores.

Técnicas de intervención

Durante el proceso terapéutico del Programa Guía se emplean diferentes recursos técnicos procedentes del psicodrama y de la terapia familiar sistémica, además de recursos propios específicamente elaborados en el marco de la PIBE. A continuación, se describen las técnicas de intervención más características del Programa Guía.

Entre los **recursos técnicos específicos de la PIBE** cabe destacar el uso de la *escena*. Este recurso suele utilizarse al inicio de la sesión, y consiste en una dramatización o un soliloquio de un contenido emergente, generalmente grupal, por parte del intérprete o de los intérpretes sin la participación de los participantes. La escena representada por el intérprete puede consistir en la verbalización de emociones y sentimientos, escenas ambiguas, escenas referidas claramente a un conflicto, etcétera. La escena es de corta duración (menos de 5 minutos) y tiene la finalidad de actuar como caldeamiento específico de los participantes siendo una vía por la que la unidad funcional presenta un tema al grupo que debe ser trabajado en la sesión. Se pueden diferenciar diferentes tipos de escenas:

Según el *lenguaje*:

- Escenas verbales: son aquellas en la que el foco de la acción se centra en el contenido verbal expresado por el intérprete.
- Escenas gestuales: son las escenas donde predomina el contenido no verbal y gestual sobre el contenido verbal.

Según la *temporalidad del conflicto*:

- Escenas de conflictos fase I: son escenas que muestran los inicios de un conflicto.
- Escenas de conflictos fase II: estas escenas visibilizan la presencia de un conflicto mantenido en el tiempo.
- Escenas de conflictos fase III: en estas escenas los conflictos son resueltos al finalizar la actuación del intérprete.

Según el *número de personajes*:

- Escenas-diálogos: el intérprete dramatiza a más de un personaje tomando el rol de cada uno durante el desarrollo de la escena.
- Escenas-monólogos: el intérprete solo representa a un personaje, un diálogo consigo mismo o una reflexión.

Según el *tipo de cambio*:

- Escenas cognitivas: el desarrollo de la escena se basa en la verbalización de los pensamientos de uno o varios personajes.
- Escenas emocionales: el desarrollo de la escena se basa en la expresión de las emociones de uno o varios personajes.
- Escenas conductuales: en la escena se muestran diferentes conductas sin elaborar una meta-reflexión sobre los pensamientos y/o emociones.

Según la *connotación del contenido*:

- Escenas positivas: se basan en el desarrollo de las fortalezas de los personajes.
- Escenas negativas: se basan en la interpretación de los conflictos poniendo el énfasis en los aspectos negativos del personaje.

Según la *claridad del contenido*:

- Escenas clarificadoras: estas escenas presentan un contenido claro.
- Escenas ambiguas: son escenas cuyos contenidos pueden ser interpretados de diferentes formas. Estas escenas buscan el análisis e interpretación posterior de los participantes.

Entre las **técnicas psicodramáticas** empleadas en el Programa Guía cabe destacar el role-playing, los roles invertidos, la interpolación de resistencias emocionales, el doble y el espejo. Estas técnicas son descritas a continuación (Maya et al., 2018a; Rojas-Bermúdez, 2000):

- *Role-playing*. Dramatización del intérprete con algún participante (por ejemplo, un menor) de algún contenido o conflicto. También puede ser la dramatización de dos menores, de dos figuras parentales, o de un menor y un progenitor de algún conflicto sin necesidad de que participe el intérprete. Esta técnica tiene el objetivo fundamental de representar un conflicto para provocar la movilización de los recursos conductuales y emocionales de los participantes.
- *Roles invertidos*. Similar al role-playing (puede o no participar el intérprete) con la variante que los roles se invierten, es decir, el menor actúa en el papel de su figura parental y/o el progenitor en el papel del menor. Esta técnica tiene como objetivo la promoción de la adopción de perspectiva de los participantes.
- *Interpolación de resistencias emocionales*. En esta técnica el analista le da una indicación al intérprete para que provoque una variación de la situación que está dramatizando junto al protagonista. En la PIBE, generalmente, durante el role-playing del conflicto intérprete-protagonista, el intérprete modifica la dramatización y enfatiza la expresión de sus emociones y sentimientos en el momento del conflicto. Esta técnica tiene la finalidad de modelar la manifestación de emociones durante la existencia de un conflicto. Además, esta técnica permite explorar en el repertorio conductual del protagonista diferentes alternativas en función de la emoción expresada por el intérprete.
- *Doble*. En el doble el intérprete se sitúa al lado del menor o del progenitor. Seguidamente, el intérprete expresa y verbaliza las emociones y los sentimientos que esa persona no puede expresar. Es decir, el intérprete pone voz a las emociones no manifestadas por los participantes y se las comunica a un receptor. La finalidad de esta técnica es facilitar la expresión y liberación emocional de los participantes.
- *Espejo*. En esta técnica el protagonista se queda fuera de la dramatización (formando parte del auditorio), y su papel es dramatizado por el intérprete o por otro compañero del grupo.

Esta técnica permite al protagonista observar el desarrollo de su conflicto desde el exterior favoreciendo la toma de conciencia de su papel en el conflicto.

A continuación, en la Tabla 1, se describe a modo de ejemplo una situación conflictiva común en el transcurso del Programa Guía y su posible abordaje teniendo en cuenta las diferentes técnicas comentadas hasta el momento.

Tabla 1. *Ejemplo de técnicas psicodramáticas para trabajar la situación conflictiva: María (16 años) cuenta que ayer discutió fuertemente con su madre porque le encontró marihuana (Tomada de Maya, Lorence, Jiménez e Hidalgo, 2018)*

Escena	Se comienza la sesión con la intérprete representando el estado de ánimo y los pensamientos de un adolescente que fuma marihuana a través de una escena elaborada previa a la sesión.
Role-playing	La intérprete actúa de la madre y María hace de sí misma representando la situación conflictiva.
Roles invertidos	María asume en la dramatización el papel de madre, mientras que la intérprete asume el papel de María en la representación del conflicto.
Interpolación de resistencia	María representa el conflicto con la intérprete que hace de su madre. En un momento concreto, el analista le da la indicación a la intérprete que debe cambiar la emoción de la representación. La intérprete comienza a llorar y a expresar preocupación por su hija provocando una variación en la dramatización y del conflicto original.
Doble	La intérprete se sienta al lado de María y pone voz a los sentimientos que María no puede o no sabe manifestar.
Espejo	María se queda fuera de la dramatización y Ana (otra adolescente) representa su papel, mientras María observa desde fuera la dramatización.

Además de las técnicas psicodramáticas, para el desarrollo del Programa Guía se emplean **otros recursos técnicos propios de la terapia sistémica familiar** (Rojí, 1986). A continuación, se señalan algunos de los recursos sistémicos de los que disponen la unidad funcional:

- *Reencuadre*. Esta técnica consiste en relaborar el discurso de los participantes con la finalidad de realizar una nueva narrativa más funcional y positiva de los hechos.
- *Preguntas circulares*. Al trabajar con diferentes miembros del sistema familiar se pueden realizar diferentes preguntas circulares consistentes en interrogar a un miembro sobre la percepción o sentimiento del otro miembro. Esta técnica pretende dar otra perspectiva del conflictivo y movilizar la adopción de perspectiva.
- *Clarificación*. Esta técnica se emplea cuando no se ha entendido el mensaje que transmite un participante, cuando un participante envía un mensaje ambiguo o bien, cuando se

pretende profundizar sobre un contenido expresado por el participante. En este caso, el analista o el intérprete puede pedir una clarificación de lo comentado por el participante que puede conllevar una toma de conciencia del individuo sobre el contenido que está transmitiendo.

- **Devolución.** Se realiza generalmente al final de la sesión por parte del analista y del intérprete. Consiste en una recapitulación de los sucesos experimentados durante la sesión, transmitiendo un mensaje final elaborado a los participantes. La devolución permite que los participen identifiquen los momentos significativos y conclusiones de la sesión.

A continuación, en la siguiente tabla son presentados ejemplos concretos del uso de las técnicas sistémicas.

Tabla 2. *Ejemplo de técnicas sistémicas para trabajar la situación conflictiva: María (16 años) cuenta que ayer discutió fuertemente con su madre porque le encontró marihuana* (Tomada de Maya et al., 2018c).

Reencuadre	Cuando María y su madre cuentan la discusión, el analista o intérprete podría señalar “Es cierto que en la discusión os dijisteis cosas feas, pero quizás lo que estabas era preocupándote de tu hija, y tú, María, estabas intentando ganarte la confianza de tu madre”
Preguntas circulares	El analista o intérprete le puede preguntar a la madre: ¿Cómo crees que le gustaría a tu hija que te comportases en esta situación?
Clarificación	Si María dice que “quiere volar libre”, el analista o intérprete pueden profundizar en el significado de “volar libre”.
Devolución	El analista puede señalar al final de la sesión. “Hemos visto una importante discusión entre vosotras. Ambas estáis preocupadas por la otra parte. Parece que María te gustaría tener más independencia y tu madre tiene miedo de esa independencia. Es importante que durante la sesión de hoy, María, has expresado tus sentimientos y deseos, y tu madre ha expresado sus miedos”.

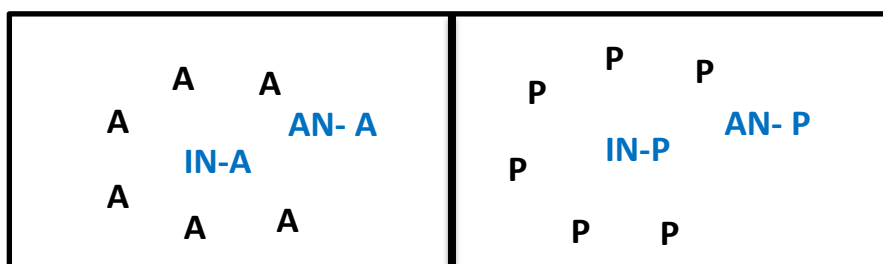
Además de las anteriores técnicas sistémicas, en el Programa Guía se adopta el recurso de *equipo reflexivo* (Fernández, London, y Tarragona, 2002). El equipo reflexivo interviene después de cada sesión, es decir, una vez finalizada la misma. En esta intervención los miembros del equipo reflexivo manifiestan en voz alta sus sensaciones, percepciones, puntualizaciones o cualquier elemento que pueda facilitar y ayudar en el proceso de cambio de los participantes en función de lo acontecido durante la sesión. En el marco del Programa Guía, se propone que el equipo reflexivo esté formado por todos los profesionales que intervienen con las familias participantes además de la propia unidad funcional (tales como el profesional de referencia de los Servicios Sociales, voluntarios de la Asociación Ponte, estudiantes en prácticas, etcétera).

Estructura de una sesión

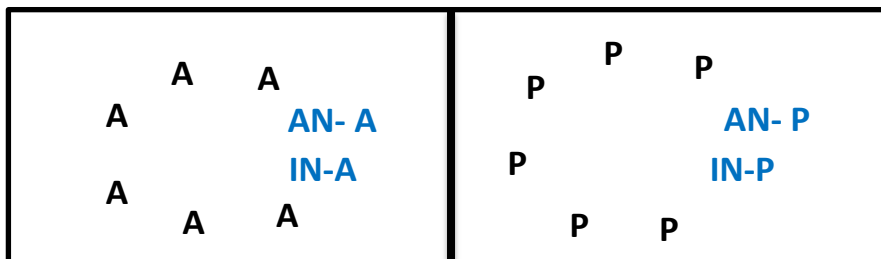
Como previamente se ha descrito, el Programa Guía presenta una metodología grupal, activa y fortalecedora, experiencial y constructiva, en la que destacan los componentes emergentes y situados basados en los fundamentos teóricos y metodológicos de la PIBE. En consonancia con estos principios metodológicos, desde la PIBE se propone desarrollar las sesiones de acuerdo con una estructura determinada para facilitar implementaciones fieles a sus principios teóricos y metodológicos durante la aplicación del Programa (Maya et al., 2018a).

Aunque existe cierta flexibilidad en la implementación de las sesiones para adaptarse a las necesidades de los integrantes del grupo, es recomendable seguir la secuencia que se describe a continuación para cada sesión. Concretamente, la estructura de una sesión de dos horas y media de duración tiene en cuenta cinco momentos claves: evaluación inicial, fase intragrupo, evaluación intermedia, fase intergrupo y evaluación final.

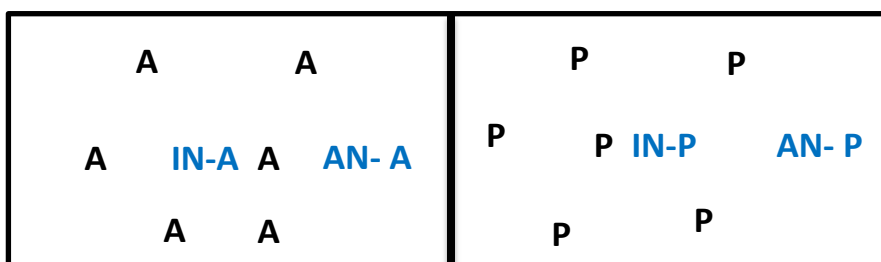
1. **Evaluación inicial.** Es un momento previo al inicio de la sesión en el que los dos analistas y los dos intérpretes realizan un análisis sobre la situación de cada grupo (el grupo de adolescentes y el grupo de progenitores). En función de las necesidades del grupo, los profesionales deciden los objetivos a trabajar durante la sesión. Para ello, durante 15 minutos los profesionales debaten y deciden el contenido y la escena que van a desarrollar los intérpretes como apertura de la sesión en cada grupo. Esta escena puede ser similar en ambos grupos si se quieren trabajar los mismos objetivos, o bien, pueden ser escenas distintas en función de las necesidades de cada grupo.
2. **Fase intragrupo.** Esta fase tiene aproximadamente una hora de duración. En esta parte, ambos grupos se desarrollan de forma independiente: *el grupo de adolescentes en una sala y el grupo de progenitores en otra sala diferente*. Cada grupo se encuentra con su analista y su intérprete que conforman la unidad funcional del grupo de adolescentes y la unidad funcional del grupo de progenitores. Esta fase presenta el siguiente proceso secuencial en ambos grupos:
 - a. *Escena.* En un primer momento el intérprete representa la escena elegida en la evaluación inicial. Esta escena guardará relación con conflictos manifestados o implícitos de los participantes. A continuación, se presenta gráficamente la distribución del grupo de adolescentes y del grupo de progenitores durante la escena. Siendo A (adolescente); P (progenitor); AN-A (analista de los adolescentes); IN-A (intérprete de los adolescentes); AN-P (analista de los padres), e IN-P (intérprete de los padres).



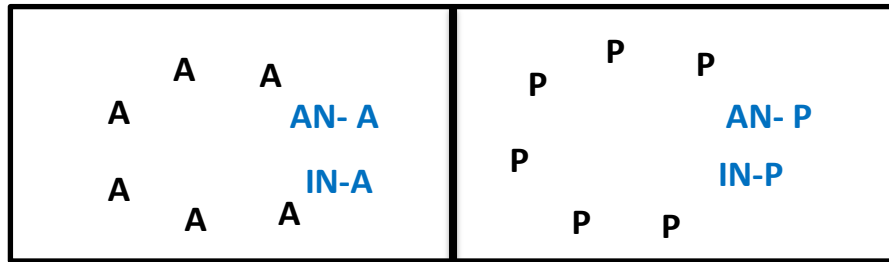
- b. *Discusión grupal.* En este momento la unidad funcional guía una discusión grupal sobre los pensamientos, opiniones y emociones emergidos de la escena representada. En esta parte se pretende que cada participante reflexione desde su propia experiencia y vivencia personal sobre la situación conflicto representada. La distribución de los participantes en la discusión grupal se representa a continuación:



- c. *Selección del protagonista o tema protagónico.* Mediante la discusión realizada y el intercambio de opiniones, experiencias y emociones en la subfase anterior, la unidad funcional selecciona un protagonista del grupo o bien, un tema protagónico que tiene su influencia en la mayor parte de los miembros del grupo. Para la selección del protagonista se tienen en consideración una serie de criterios como el impacto emocional de la escena en los participantes, la elección de un participante que hasta ahora no haya sido protagonista en ninguna de las sesiones o la elección de un participante con un estatus positivo reconocido por el grupo cuya situación conflictiva tenga resonancia en el resto de los participantes.
- d. *Dramatización.* En este momento, el protagonista seleccionado (o los protagonistas seleccionados) y el intérprete entran se sitúan en el centro del grupo. A través del uso de las diferentes técnicas psicodramáticas, se pretende que el protagonista logre la catarsis mediante la expresión y liberación emocional. Además, una vez ocurrida esta liberación emocional se dramatizará diferentes situaciones alternativas (soluciones) a la situación problema llevada al escenario. La distribución de los miembros del grupo durante la dramatización es la siguiente:



- e. *Integración y comentarios.* En este momento, el protagonista vuelve a sentarse en el círculo con los demás integrantes del grupo. El objetivo de este momento es la integración por parte del protagonista de las emociones experimentadas durante la dramatización. Para ello, el protagonista, cualquier miembro del grupo, y la unidad funcional tendrán la posibilidad de exponer sus comentarios, opiniones y emociones sobre el proceso dramático desarrollado. En este momento, los grupos se distribuyen del siguiente modo:

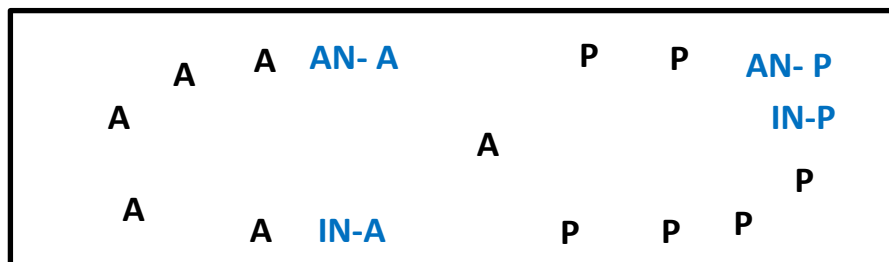


f. *Selección del mensaje.* La fase intragrupal termina con la elección por los integrantes del grupo, guiada por la unidad funcional, de un mensaje relacionado con la primera parte de la sesión que será transmitido al otro grupo. El mensaje hará referencia a una emoción, pensamiento, afirmación, pregunta o desarrollo de una breve escena que quiere ser transmitido al otro grupo. Este mensaje puede ser transmitido por el intérprete, por el protagonista de la primera parte, por cualquier integrante del grupo o por todo el grupo como unidad. El mensaje a transmitir puede ser personal e ir dirigido a personas concretas del sistema familiar del otro grupo, o bien, puede ser un mensaje anónimo dirigido a la totalidad de los integrantes del otro grupo. Por tanto, tanto el grupo de adolescente como el grupo de progenitores deben terminar esta fase con la elección del mensaje.

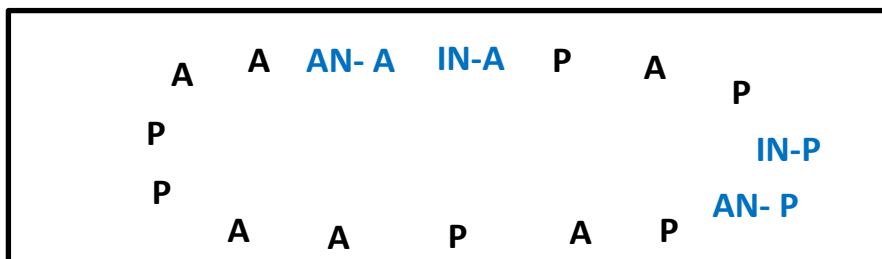
3. **Evaluación intermedia.** En este momento se reúnen las dos unidades funcionales de cada grupo en el descanso de 15 minutos. Durante la evaluación intermedia, los profesionales ponen en común los temas trabajados, los principales protagonistas de cada grupo y los mensajes seleccionados. Una vez conocido lo acontecido en cada grupo, los profesionales deciden los objetivos y los contenidos a abordar en la fase intergrupala. De acuerdo con estos objetivos, los profesionales deciden cuál de los dos grupos va a transmitir el mensaje: si el grupo de adolescentes al grupo de progenitores, si el grupo de progenitores al grupo de adolescentes, o si ambos mensajes serán transmitidos.

4. **Fase intergrupala.** Esta fase abarca hasta el final de la sesión con una duración aproximada de una hora y cuarto. En esta fase se unen el grupo de progenitores y el grupo de adolescentes dando lugar al formato de *grupos multifamiliares*. En este momento, ambas unidades funcionales coordinan el grupo multifamiliar, y por tanto existen cuatro profesionales (dos analistas y dos intérpretes) dirigiendo al grupo.

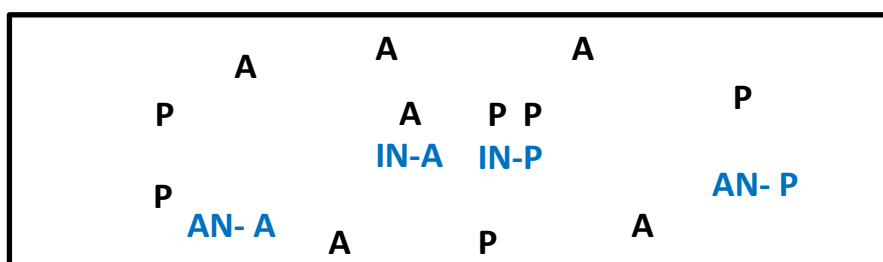
a. *Transmisión del mensaje.* La unión de ambos grupos comienza con la comunicación del mensaje seleccionado. La transmisión del mensaje limitará los objetivos y contenidos a trabajar con los sistemas familiares.



- b. *Discusión grupal.* En esta parte se persigue la misma finalidad que en la fase intragrupal. En concreto, se pretende que los todos los miembros de las familias discutan y reflexionen sobre el mensaje comunicado a partir de sus propias opiniones, emociones y vivencias personales. En esta discusión grupal guiada por los cuatro profesionales, el grupo que recibe la transmisión del mensaje debe responder a la demanda planteada.

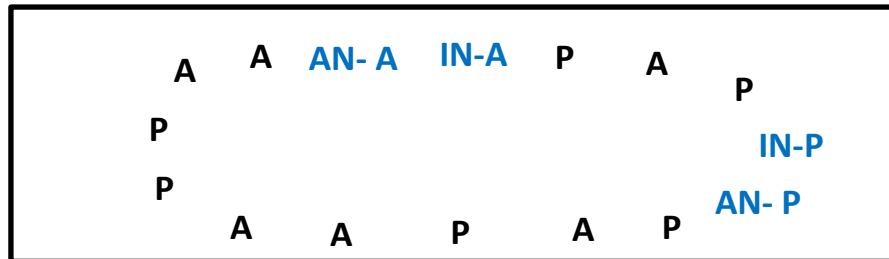


- c. *Selección de sistema familiar protagonista o tema protagónico.* Similar a la fase intergrupala. El impacto emocional del mensaje transmitido en los diferentes sistemas familiares (o bien la existencia de familias que apenas han sido protagonistas en otras sesiones) facilitará la elección de los profesionales del sistema familiar protagonista que pasará a la fase de dramatización. En ocasiones, también se podrá elegir un tema protagónico si se trata de un conflicto en el que se considera importante que participen en la fase de dramatización varios sistemas familiares.
- d. *Dramatización.* En esta subfase el sistema familiar seleccionado (o los sistemas seleccionados) acompañados de los intérpretes, pasan a tomar el rol principal y participan activamente en el proceso de dramatización del tema conflictivo que se trabaja. En ese caso, se pretende conseguir la catarsis, liberación y expresión de emociones de los diferentes miembros de la familia, facilitar la comunicación intrafamiliar, así como, posibilitar otras posibles soluciones a las situaciones conflictivas mediante el uso de las técnicas psicodramáticas. A continuación, se representa gráficamente la situación espacial de los participantes en este momento grupal:



- e. *Integración, comentarios y conclusiones.* Una vez realizada la dramatización, los miembros del sistema familiar vuelven a recuperar su posición en el grupo. A través de la dirección guiada por los profesionales, se pretende que se produzca la integración y ordenación de las emociones expresadas durante la dramatización. Es importante en este momento que el resto de las familias manifiesten su percepción, emoción y relación con su propia vivencia personal de la situación problemática. Finalmente, la

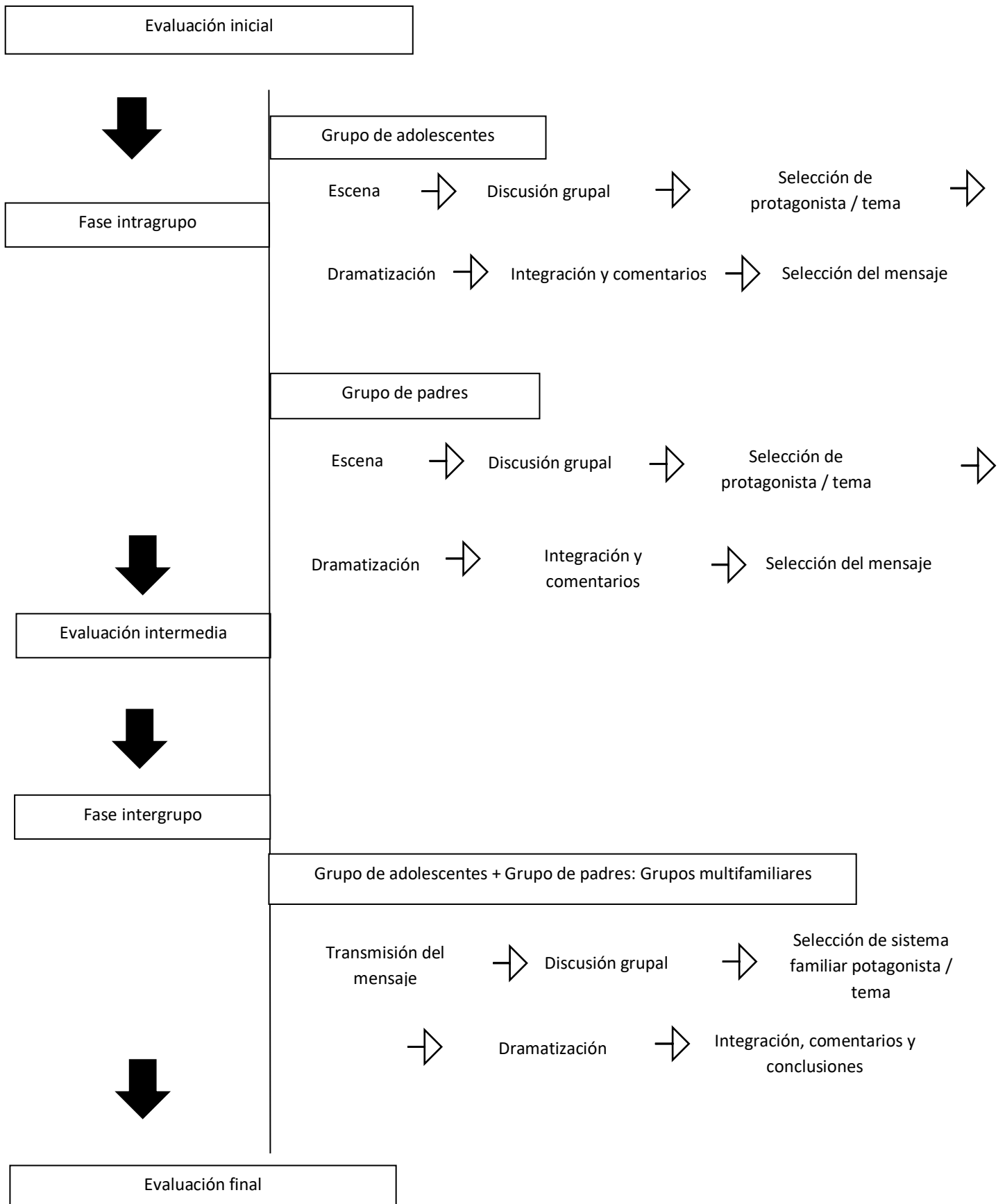
sesión finaliza con una devolución de los profesionales de los principales contenidos trabajados durante la sesión, la significatividad de estos contenidos y las principales conclusiones alcanzadas durante la sesión. A continuación, se muestra la representación de la distribución de los componentes del grupo multifamiliar en este momento:



5. **Evaluación final.** Una vez finalizada la sesión, los profesionales deben reunirse durante 15 minutos para poner en común las diferentes percepciones, sensaciones y razonamientos teóricos de los procesos terapéuticos y metas alcanzadas por el grupo y sus participantes. Este análisis permitirá identificar una serie de posibles objetivos y contenidos a trabajar en la próxima sesión, así como la posibilidad de focalizar y dar más protagonismo durante la intervención grupal a los sistemas familiares y participantes que presenten mayores necesidades terapéuticas. Además, en este momento final los profesionales deben realizar por escrito un seguimiento de la sesión donde quede sistematizado el número total y nombre de los asistentes a la sesión, los principales contenidos trabajados y las técnicas empleadas.

A continuación, en la Figura 6, se presenta gráficamente y de modo esquemático un modelo de la estructura de una sesión de la PIBE (Maya et al., 2018a).

Figura 6: Estructura de una sesión de la PIBE



CONDICIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN

Establecer las condiciones que permiten un proceso de implementación adecuado es considerado actualmente como uno de los principales criterios de calidad de los programas basados en la evidencia (Flay et al., 2005; Gottfredson et al., 2015). En este sentido, y acorde con las estrategias de implementación que han demostrado ser más eficaces (Durlak y Dupre, 2008; Fixsen, Naoom, Blase, Friedman y Wallace, 2005), en este apartado se describen todas aquellas cuestiones e indicaciones que han de tenerse en cuenta para la puesta en marcha del Programa Guía.

Antes de poner en marcha del Programa Guía es necesario planificar de forma cuidadosa la intervención que se va a llevar a cabo. Esta planificación previa implica fundamentalmente dos cuestiones: ajustar el programa al contexto y encargo institucional recibido, y concretar de forma detallada la propuesta de intervención. A la hora de llevar a cabo esta planificación es fundamental tener en cuenta dos criterios relacionados con la eficacia de las intervenciones: la fidelidad y la flexibilidad en la aplicación del programa (Hidalgo, Jiménez, López-Verdugo, Lorence y Sánchez, 2016).

La **fidelidad** se refiere al grado en que una determinada aplicación del programa se lleva a cabo según lo previsto en el diseño original del mismo (Fixsen et al., 2005). En este sentido, para garantizar la eficacia de la intervención es necesario asegurar que los elementos clave del Programa Guía, como son sus principios teóricos y metodológicos, se mantengan en los diferentes escenarios de intervención. Para asegurar la fidelidad en la aplicación del Programa Guía se considera esencial **la formación y supervisión de los profesionales** que vayan a participar en su implementación. En este sentido, todos los técnicos responsables de la aplicación del Programa guía deben contar con formación específica en la psicoterapia integrativa basada en escenas (PIBE), núcleo teórico y metodológico del Programa Guía. Asimismo y de forma complementaria, para asegurar la fidelidad en la aplicación del Programa guía, se planificarán procesos de supervisión durante todo el proceso de implementación.

La **flexibilidad** hace referencia al conjunto de estrategias que permiten adaptar el programa a diferentes contextos (Kumpfer, Magalhães y Xie, 2012). Así, contemplar la flexibilidad a la hora de planificar una aplicación concreta del Programa Guía constituye un elemento fundamental para garantizar su validez ecológica. Con el fin de garantizar el equilibrio entre fidelidad y flexibilidad, es fundamental diferenciar los elementos adaptables de aquellos que no pueden modificarse porque constituyen los **elementos clave** del programa. En el caso del Programa Guía, los elementos clave que hay que respetar en todas las aplicaciones tienen que ver con la población destinataria, los objetivos, los principios teóricos y metodológicos. Por otro lado, se consideran aspectos modificables la duración de la intervención, el procedimiento de derivación, la selección de los participantes y otras características formales.

Elementos clave del Programa Guía

En el Programa Guía los elementos clave que tienen que ser respetados en cualquier aplicación del mismo tienen que ver con cuatro cuestiones:

- **La población destinataria.** El Programa Guía está indicado para la intervención con menores en situación de conflicto o dificultad social y sus familias. Por tanto, debe aplicarse con menores que presenten comportamientos problemáticos diversos (peleas familiares, conductas desafiantes con los progenitores, comportamientos agresivos, conflictos con los iguales, conflictos con el profesorado, expulsiones de la escuela, abuso del alcohol, entre otros) y sus familias. La evaluación realizada ha demostrado la eficacia del Programa Guía con menores con diversas conductas problemáticas, no siendo un elemento clave la tipología concreta de conducta problemática que presenten los menores.
- **Los objetivos.** Toda aplicación del programa Guía debe tener como finalidad la intervención sobre aquellos factores de naturaleza personal y relacional, procedentes tanto del contexto familiar como del entorno social, responsables de los comportamientos problemáticos de las y los menores. Con este fin, siempre se respetarán los objetivos del programa: promover las competencias socio-personales y emocionales de los menores, fortalecer el ejercicio positivo de la parentalidad, facilitar un adecuado funcionamiento familiar, y ofrecer un espacio de encuentro para las familias.
- **Fundamentos teóricos.** Las aplicaciones del Programa Guía tienen que ser fieles a la Psicoterapia Integrativa Basada en Escenas (PIBE), piedra angular que diferencia y da sentido a esta propuesta de intervención. En concreto, los principios principales a respetar son la importancia de incluir a todos los miembros de la familia en el Programa y trabajar sobre sus relaciones disfuncionales, la consideración de los recursos de los propios de los participantes, la importancia de la comunicación verbal y no verbal, el papel facilitador de la dramatización y de las técnicas psicodramáticas para conseguir cambios, y la importancia de desarrollar una catarsis integrativa durante el proceso terapéutico.
- **Principios metodológicos.** Un elemento clave y diferenciador del Programa Guía es su metodología grupal, en concreto, el uso de grupos multifamiliares. Por tanto, un elemento indispensable en la aplicación de este programa es que se intervenga conjuntamente con varios sistemas familiares. Asimismo, otros principios metodológicos que constituyen elementos claves que deben ser fielmente respetados son el carácter constructivo, experiencial y emergente. Finalmente, otro elemento clave del Programa Guía es que cada grupo multifamiliar es guiado por dos analistas y dos intérpretes profesionales y expertos en la PIBE responsables de la consecución de los objetivos del Programa Guía.

Planificación de la intervención

El Programa Guía se aplica en el marco de las actuaciones de prevención y apoyo familiar que llevan a cabo las instituciones y administraciones en materia de Infancia y Familia. En este sentido, **el compromiso y apoyo institucional** es un componente esencial en la implementación del Programa Guía. Este compromiso institucional debe incluir tanto el necesario apoyo y soporte técnico, como unas adecuadas estrategias de coordinación entre los responsables institucionales y los profesionales de la Asociación Ponte.

Una vez recibido el encargo de una aplicación concreta del Programa Guía, los profesionales de la Asociación Ponte realizarán un **análisis de las necesidades específicas** de la población y su entorno para llevar a cabo las adaptaciones necesarias en la propuesta de intervención, que será consensuada con la institución que la financia. A continuación, **el protocolo organizativo de la puesta en marcha** será el siguiente:

- Los responsables institucionales se encargarán de convocar a los referentes del territorio o zona en la que se va a aplicar el programa para informar y planificar conjuntamente el proceso de derivación y la puesta en marcha de la intervención.
- En el caso en que el Programa Guía se lleve a cabo por vez primera en una localidad, el personal de la Asociación Ponte se implicará participando en una sesión divulgativa dedicada a dar a conocer el programa entre las familias y facilitar su visibilidad como recurso comunitario.
- Quedarán fijadas una serie de sesiones de coordinación entre los responsables institucionales, los referentes locales y los profesionales responsables de la aplicación para hacer un seguimiento del proceso de implementación del programa.

Con carácter general, en el Programa Guía se proponen 10 sesiones de intervención, de dos horas y media de duración, con una periodicidad semanal. No obstante, como se ha señalado anteriormente, este aspecto podría ser modificado en parte para adaptarse a las características específicas de algunas aplicaciones del programa.

De acuerdo con las características metodológicas descritas, la aplicación del Programa Guía sigue una **estructura flexible** en la que únicamente se definen a priori los contenidos de la primera y la última sesión. A lo largo del desarrollo de las sesiones intermedias y con el formato de sesión que se ha descrito anteriormente, los profesionales responsables de la aplicación van abordando los objetivos y contenidos del programa al hilo de los emergentes e intereses del grupo, pero sin una temporalización de contenidos previamente cerrada.

Tanto en la primera como en la última sesión debe haber un espacio compartido entre todos los participantes, menores y figuras parentales. En la primera sesión, la finalidad de esta actividad de gran grupo es presentar el programa, crear alianza y generar cohesión grupal. Para ello, se acoge a todos los participantes en un espacio tipo auditorio. La presentación del modelo de intervención al grupo completo se lleva a cabo siguiendo las fases de la estructura recomendada para la PIBE, es decir, comenzando con una escena. Por su parte, en la última sesión se debe realizar un cierre que contemple la síntesis y devolución mutua entre figuras parentales y menores. En este sentido, la actividad de cierre debe constituir un espacio de encuentro entre padres, madres, hijos e hijas que facilite la transferencia de los contenidos trabajados a la dinámica familiar. Las unidades funcionales también llevarán a cabo una devolución al gran grupo de forma conjunta y tras las intervenciones de los participantes, procurando sintetizar los contenidos trabajados en mensajes que tengan impacto para todos los participantes. Además, las unidades funcionales valorarán la posibilidad de mantener un encuentro individual con cada sistema familiar en la última sesión para realizar una devolución más personalizada.

De cara a promover **la adherencia de los participantes** al programa, es muy importante incluir en la planificación de la intervención cómo los técnicos de referencia de las familias van a acompañar a las familias durante este proceso. Este acompañamiento puede concretarse de formas distintas y no requiere necesariamente participar en todas las sesiones, aunque se considera recomendable. En todo caso, se debería asegurar la asistencia de los técnicos de referencia a la primera y la última sesión, lo que permite y facilita dar continuidad a los objetivos y contenidos trabajados en el programa con el resto de actuaciones que se lleven a cabo con las familias.

Selección de los participantes y proceso de derivación al programa

El Programa Guía está dirigido a familias con menores en situación de conflicto o dificultad social. En este sentido, el proceso de selección de los participantes se llevará a cabo siguiendo los siguientes **criterios de inclusión**:

- Familias con hijos o hijas menores que muestren conductas conflictivas o disruptivas en el ámbito familiar o social.
- Familias con hijos o hijas menores a 14 años que han cometido algún tipo de infracción penal, no susceptible de una medida judicial.
- Familias con episodios leves o moderados de violencia filioparental, no susceptibles de ser imputables penalmente.
- Familias con hijos o hijas menores que se encuentren en una situación de riesgo o dificultad social y que a través de este programa puedan recibir una atención complementaria y específica a la de otros recursos existentes.

Además de estos criterios generales, se considera condición necesaria para ser incluidos en el programa que los participantes muestren tener cierta conciencia de la problemática que están experimentando y expresen un mínimo de motivación para el cambio.

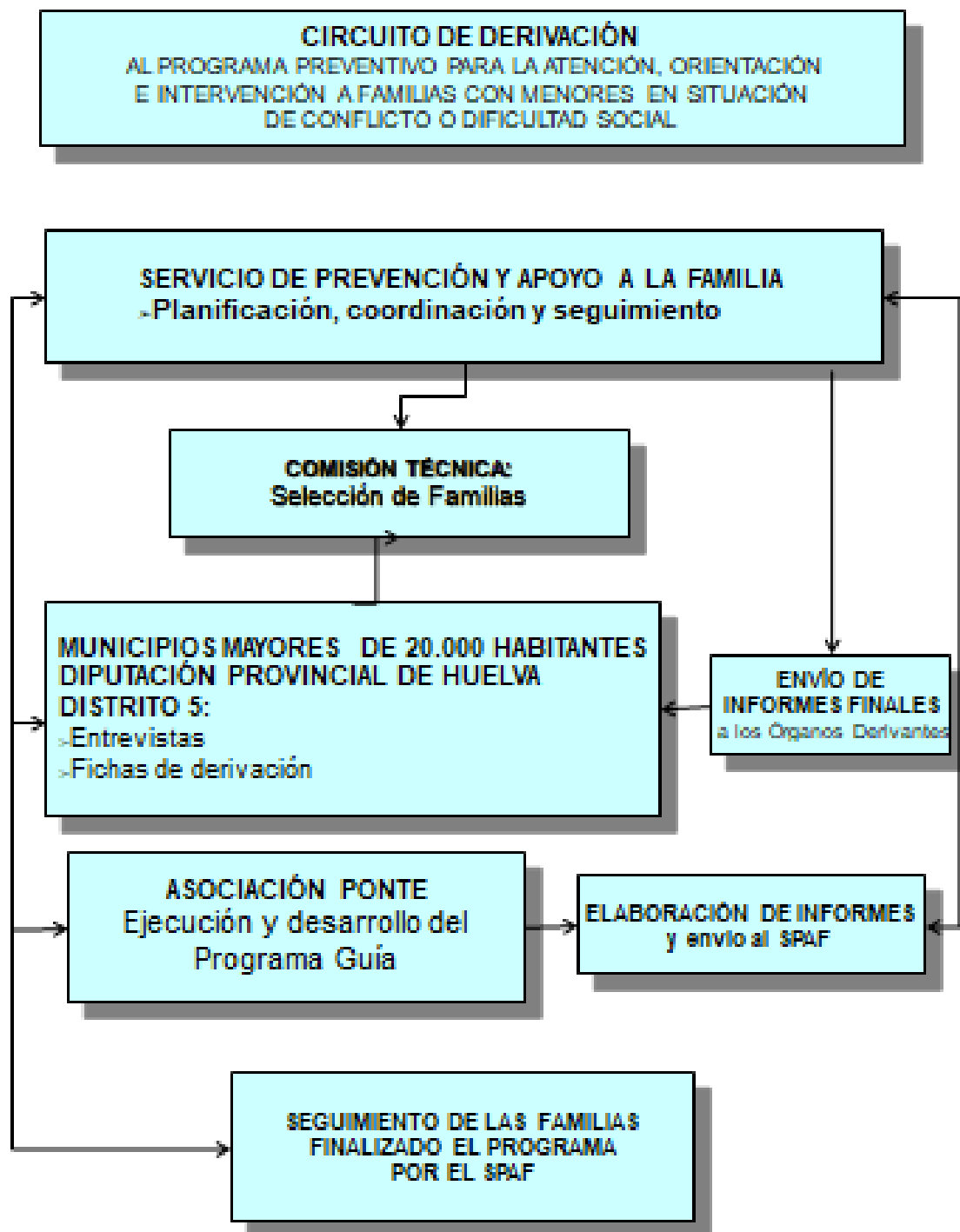
Por otro lado, las características metodológicas del Programa Guía hacen que se trate de una intervención poco indicada para personas que por razones de discapacidad sensorial, de salud mental, de consumo de sustancias psicoactivas o cualquier otro motivo, no puedan mantener la atención y comunicación necesarias para participar activamente en el desarrollo de las sesiones. Asimismo, aunque el hecho de que parte de los chicos y chicas que participan en el programa presenten problemas de absentismo escolar o de consumo de sustancias tóxicas hará que se aborden cuestiones relacionadas con estos temas en algunas sesiones, debe recordarse que la mejora específica de estas cuestiones no es un objetivo del Programa Guía, por lo que no está indicado para familias que soliciten ayuda para tratar exclusivamente alguna de estas situaciones.

Junto a los criterios de inclusión descritos, otro aspecto del proceso de selección de los participantes que es clave para garantizar unas condiciones de implementación adecuadas del Programa Guía es el **proceso de derivación**. Por norma general, son las instituciones financiadoras de cada aplicación del programa las responsables del proceso de selección y derivación de los

participantes. En este sentido, será cada institución la que determine los cauces de derivación y el procedimiento a seguir. No obstante, a partir de la información obtenida en el proceso de evaluación del Programa Guía se pueden ofrecer algunas indicaciones relativas al proceso de derivación:

- Pueden ser derivadas al programa familias desde los servicios sociales comunitarios, los equipos de tratamiento familiar, los servicios de prevención y apoyo a las familias, servicios de protección de menores y cualquier otro recurso de atención y apoyo familiar.
- Pueden ser derivadas al programa familias desde otros contextos y organismos responsables de la atención a menores: el sistema educativo, sistema sanitario, sistema judicial, etc.
- En todos los casos, deberían ser los técnicos de referencia que conocen al menor y/o la familia los que realicen una evaluación de la situación familiar, valoren si el Programa Guía responde a las necesidades de intervención específicas de la familia y comprueben si se cumplen los criterios de inclusión.
- La valoración realizada por los técnicos de referencia debe ser recogida en un informe de derivación que, si se considera necesario, permitirá a los responsables tomar la decisión definitiva sobre la pertinencia de incluir a la familia en el programa. Una vez tomada la decisión de incluir a una familia, son los técnicos de referencia los que deben ofrecer a la familia el recurso, establecer el compromiso de su participación y acompañarlas durante el proceso de intervención.
- Los informes de derivación serán remitidos a los profesionales de la asociación Ponte responsables de la implementación para que puedan conocer las características de las familias participantes y planifiquen la aplicación del programa adaptándolo a sus necesidades específicas.

A continuación se presenta un flujograma que ejemplifica cómo es el procedimiento que se sigue en la aplicación del Programa Guía en la provincia de Huelva bajo la coordinación del Servicio de Prevención y Apoyo a la Familia de esta provincia. Tener previsto un buen circuito de derivación que garantice una adecuada coordinación entre la institución responsable y la entidad que aplica el programa es un aspecto esencial de la planificación de la intervención y una de las garantías de éxito en la implementación.



Configuración y funcionamiento de los grupos

Como se ha descrito anteriormente, el Programa Guía sigue una metodología grupal que se desarrolla con *grupos cerrados*. El grupo podrá incorporar nuevos miembros hasta la tercera sesión. Una vez llegado a este número de sesiones no se permite la entrada de un nuevo integrante debido a que el grupo ha alcanzado cierto nivel de cohesión, intimidad y compromiso. Además, la eficacia de la intervención se vería comprometida por la baja intensidad de la intervención.

Respecto al **tamaño del grupo**, se recomienda un tamaño inicial de entre 15 y 20 unidades familiares por grupo. Como en la mayoría de los programas de estas características, puede que el tamaño del grupo disminuya a lo largo del tiempo. En cualquier caso, el mínimo de participantes debería situarse entre 6 y 8, para garantizar la correcta dinamización del grupo. Si el tamaño del grupo se viera reducido por debajo de ese número, el personal técnico que aplica el programa junto a los responsables deberán analizar la situación y tomar las decisiones oportunas.

Como se ha descrito anteriormente, el Programa Guía sigue un **modelo de grupo multifamiliar**, es decir, que el grupo está compuesto por diversos sistemas familiares. En todos los casos, se invita a participar al sistema familiar completo, es decir, figuras parentales (padres, madres, abuelos, etc.) e hijos e hijas que conviven en el hogar. Este gran grupo se divide en la mayor parte de la intervención en dos subgrupos: el compuesto por las figuras parentales y el compuesto por los menores. Dado que uno de los objetivos centrales del Programa Guía tiene que ver con la mejora del funcionamiento familiar, es fundamental asegurar que participan en la intervención el mayor número posible de miembros del sistema familiar, al menos los dos miembros del equipo parental.

En cuanto a **la composición del grupo**, si el proceso de selección de los participantes se ha realizado correctamente, las familias compartirán situaciones similares. Puesto que uno de los objetivos del programa tiene que ver con crear un espacio de encuentro, es muy importante que las familias presenten ciertas similitudes, lo que les permitirá compartir experiencias y generar una vivencia grupal de comprensión y apoyo mutuo ante necesidades parecidas. En este sentido, es muy importante que las familias participantes tengan hijos e hijas de edades parecidas. Aunque esta homogeneidad en la composición del grupo es positiva para generar redes de apoyo, también es importante asegurar que exista cierta heterogeneidad entre los participantes, especialmente, para posibilitar el perspectivismo y conocer cómo personas distintas responden ante situaciones similares. En definitiva, la composición ideal es un grupo integrado por familias con problemáticas similares pero con personas con recursos personales y sociales diferentes para hacer frente a esas situaciones.

Otro aspecto importante de la implementación del programa es todo lo relativo al **funcionamiento y gestión del grupo**. Como en toda intervención grupal, es muy importante que queden establecidas desde el principio unas normas de funcionamiento que aseguren el establecimiento de un buen clima emocional, al tiempo que promuevan el respeto y la confianza entre los participantes. Un incumplimiento reiterado de esas normas que impida el buen funcionamiento del grupo podría conllevar la expulsión del programa. Por otro lado, los técnicos tienen un papel esencial para garantizar el buen funcionamiento del grupo. Deben actuar como personas cercanas, empáticas y comprensivas pero, al mismo tiempo, no pueden perder de vista

su papel como profesionales y los objetivos que se persiguen con la intervención. Para una adecuada gestión del grupo, los técnicos deben ser sensibles y conocedores de las características específicas de cada unidad familiar; estar preparados para resolver los conflictos interpersonales que puedan producirse; y saber reorientar gran parte de las demandas individuales hacia el trabajo grupal.

Orientaciones adicionales para la implementación

Además de todo lo anterior, es importante tener en cuenta algunas cuestiones adicionales relacionadas con la implementación del programa. Es primer lugar y de acuerdo con los planteamientos éticos aplicables a toda intervención de estas características, ningún participante debe comenzar la intervención sin firmar el correspondiente *consentimiento informado de participación voluntaria y compromiso de confidencialidad*. Como se señalaba anteriormente, sería conveniente que dicho documento fuera presentado por el técnico de referencia a las familias al invitarlas a participar en el programa y que los servicios de prevención y apoyo a las familias responsables de la aplicación se encarguen de su custodia.

Una vez que las familias aceptan entrar en el programa, los profesionales de la Asociación Ponte estarán autorizados a utilizar sus datos de contacto y comunicarse con ellas para recordarles la asistencia o por cualquier otro motivo relacionado con su participación en el programa. Este contacto directo entre el personal de la asociación Ponte y las familias participantes facilita la implementación y permite no sobrecargar de tareas logísticas a los técnicos de la institución.

Durante todo el proceso de intervención y de cara a facilitar un buen clima entre los participantes, es aconsejable establecer un *descanso a mitad de la sesión* para tomar un café o pequeña merienda. Este descanso facilita un espacio de encuentro y permite fortalecer las redes de apoyo mutuo entre los participantes.

Además del cierre que realizan los técnicos que han aplicado el programa, es muy importante que haya una *despedida oficial* por parte de los responsables institucionales de dicha aplicación. Este acto pone en valor el programa, a la vez que visibiliza el respaldo oficial y el compromiso de los servicios de prevención y apoyo a las familias.

Una vez concluida la aplicación del programa, el equipo técnico de la Asociación Ponte realizará un *informe de cierre y devolución* donde se recoge lo sustancial de la intervención realizada así como las recomendaciones técnicas que se estimen oportunas para cada caso. Estos informes tienen la función de dar continuidad a la intervención realizada con el resto de actuaciones que se llevan a cabo con las familias.

Adaptaciones posibles del programa

Como se ha señalado anteriormente, El Programa Guía tiene como destinatarios fundamentales a familias con preadolescentes o adolescentes en situación de conflicto o dificultad social. No obstante, es posible realizar adaptaciones al programa para ser aplicado con otros destinatarios: familias con menores entre 6 y 9 años y familias con menores infractores derivados de Fiscalía. A continuación se describen las diferencias fundamentales del programa en estas dos modalidades respecto a lo descrito anteriormente.

El programa Guía para familias con niños y niñas

A la hora de aplicar el programa Guía con familias de niños y niñas se mantienen los principios teóricos y metodológicos que, como se ha señalado, constituyen elementos clave que no deben ser modificados. Las cuestiones que se modifican en esta adaptación son las siguientes:

- Se trata de una modalidad con carácter especialmente preventivo. Dada la menor edad de los menores, se espera que los conflictos existentes no hayan provocado todavía consecuencias muy negativas para la dinámica familiar.
- Acorde con este carácter preventivo, de los objetivos que conforman el programa Guía adquieren especial importancia en este formato todo lo relacionado con el fomento de la comunicación constructiva y la resolución de conflictos en el contexto familiar. Estos objetivos permiten dar respuesta a la principal finalidad del programa en este formato: mejorar la dinámica y el funcionamiento familiar.
- A nivel de contenidos, se trabajan especialmente temas como la empatía, la asertividad, límites y normas, la escucha activa, la negociación, la integridad y el respeto mutuo.
- A nivel metodológico, la propuesta de unidad funcional para este formato estará compuesta por un analista y uno o dos intérpretes en función del tamaño del grupo de niños y niñas. El analista estará pendiente tanto de los padres y madres como de los menores, servirá de puente entre unos y otros. En cuanto al rol del intérprete uno irá asociado a los adultos y otro a los menores, de forma que facilite la identificación de cada uno con su subgrupo.
- En cuanto a las técnicas utilizadas, con las figuras parentales se emplea las mismas técnicas psicodramáticas que en la modalidad general descrita del Programa Guía. Con los menores de entre 6 y 9 años se utilizan técnicas más propias del arteterapia para niños y niñas como expresión gráfica libre y cuentos infantiles para facilitar la motivación y el trabajo con los menores.
- En relación con la propuesta de evaluación, en el caso de los menores de 9 años los instrumentos EQ-YV (Bar-On y Parker, 2000), IPPA (Armsden y Greenberg, 1987) y PC-A (Maya et al., 2018a) serán modificados por el Cuestionario de Autoestima HARTER (Harter y Pike, 1984). Además, se mantiene el cuestionario CSQ-8 (Roberts y Attkisson, 1983) para los niños y niñas, y los mismos cuestionarios para los progenitores.
- Finalmente, es necesario señalar que no se dispone de datos que permitan conocer la efectividad de esta adaptación del programa ya que los datos de evaluación disponibles y

que se describen en un apartado posterior son relativos a familias con preadolescentes y adolescentes.

El Programa Guía para menores derivados de Fiscalía

La otra adaptación posible del programa Guía es la aplicación de grupos específicos para familias con hijos o hijas menores a 14 años que han cometido algún tipo de infracción penal, no susceptible de una medida judicial. En esta modalidad de aplicación del programa hay que tener en cuenta las siguientes cuestiones:

- El proceso de derivación es claramente diferente, ya que las familias asisten en parte obligadas por una decisión judicial. Esta diferencia implica en la mayoría de los casos una menor motivación e incluso resistencia ante la intervención, aspectos que deben tenerse en cuenta a la hora de plantear cómo generar alianza y motivar la participación activa.
- Las características de la procedencia y proceso de derivación hacen que con frecuencia estos grupos tengan que ser abiertos, no siendo el grupo estable ni en cuanto a su tamaño ni en las familias participantes. El formato de grupo abierto dificulta la consecución del objetivo relacionado con la creación de un espacio de encuentro entre las familias que funcione como grupo de apoyo mutuo.
- El hecho de que se trate de menores que ya han cometido alguna infracción penal suele implicar que el grado de riesgo psicosocial de los participantes es mayor. Este hecho afecta a los objetivos y contenidos del programa, que habrá que ajustarlos especialmente a las problemáticas específicas que manifiesten los participantes.
- Al tratarse de un grupo abierto, el proceso de evaluación es claramente diferente, ya que el número de sesiones a la que asisten las familias suele ser diverso, estando sujeto a la fecha entrada y salida al programa. Por tanto, el tiempo que transcurre entre la fase inicial y final de la evaluación también puede ser muy diferente en las familias.
- Finalmente, es necesario señalar que no se dispone de datos que permitan conocer la efectividad del programa en esta modalidad, solo existen datos muy preliminares, su evaluación está pendiente de ser completada.

RECURSOS NECESARIOS

A continuación se describen los recursos necesarios para la puesta en marcha del Programa Guía. A este respecto, en primer lugar se indican los recursos materiales y el equipamiento necesarios. En segundo lugar, se describen los profesionales implicados en el proceso de intervención, poniendo el acento en su perfil profesional y en la formación necesaria. Finalmente, se presenta a modo orientativo la traducción de estos recursos en términos de costes.

Recursos espaciales, materiales y equipamiento

Respecto a los **espacios**, para el desarrollo del Programa Guía es necesario contar con dos aulas situadas en un mismo edificio. Las aulas deben tener la suficiente capacidad para organizar en círculo a los integrantes del grupo. Es importante que el centro del círculo tenga suficiente espacio para formar un escenario simbólico donde se desarrolle la dramatización. Así mismo, es necesario contar con un despacho para las actividades de gestión y coordinación del Programa.

En términos de **equipamiento**, las actividades de gestión, coordinación y evaluación del Programa Guía conllevan la necesidad de utilizar un ordenador, una impresora y una línea telefónica.

En el desarrollo de las *sesiones* es recomendable el uso de **materiales** que permitan el uso de las técnicas psicodramáticas. A tal efecto, pueden ser materiales tales como telas o cuerdas. Continuando con los recursos materiales, para el desarrollo de la *evaluación* es importante contar con lápices y bolígrafos. Además, los profesionales deben llevar a la sesión fotocopias de las hojas de registro, así como los cuestionarios de evaluación de pretest y postest en la segunda y última sesión respectivamente.

Recursos personales

Como se ha descrito en el apartado relativo a las características formales y metodológicas, el Programa Guía requiere de dos equipos profesionales necesarios para su desarrollo: la unidad funcional y el equipo reflexivo.

Como se ha detallado con anterioridad, la **unidad funcional** está compuesta por un analista y un intérprete. A continuación, se describen los *requisitos imprescindibles* de los profesionales que componen la unidad funcional en términos de formación y experiencia previa:

- El *analista* debe contar con estudios en Ciencias Sociales (Psicología, Trabajo Social, Educación Social, etcétera) y formación específica en Psicoterapia Integrativa Basada en Escenas. Además, debe contar con al menos tres años de experiencia previa en la conducción de grupos con familias y menores.

- El *intérprete* debe contar con estudios en Artes Escénicas y formación específica en Psicoterapia Integrativa Basada en Escenas. Además, debe contar con al menos tres años de experiencia previa en la aplicación de las Artes Escénicas a la intervención social.

Además de los requisitos indispensables señalados, también es *deseable* que el analista cuente con conocimientos básicos teórico-prácticos en Terapia Sistémica y Psicodrama. En el caso del intérprete, se considera deseable formación específica en Teatro Social.

Además de la unidad funcional, en el Programa Guía se adopta el recurso de **equipo reflexivo**. En el marco del Programa Guía se propone que el equipo reflexivo esté formado por todos los profesionales presentes durante las sesiones y que intervienen con las familias participantes (tales como el profesional de referencia de los Servicios Sociales, voluntarios de la Asociación Ponte, estudiantes en prácticas, etcétera).

Además del equipo de profesionales y del personal colaborador, el desarrollo de las diferentes ediciones y grupos del Programa Guía requiere de un profesional a cargo de su **coordinación**. A este respecto, el coordinador de las diferentes ediciones o grupos del Programa Guía podrá formar parte de la unidad funcional que implementa las sesiones (no siendo un requisito imprescindible). Esta persona es la responsable de formalizar las reuniones previas de coordinación con las instituciones que financian la implementación del Programa, así como los encuentros posteriores a la finalización del Programa. Además, esta persona será la encargada (con apoyo de la unidad funcional) de realizar la memoria final del Programa y la justificación económica tras la finalización del mismo.

Finalmente, como se ha descrito en el apartado relativo a condiciones de implementación, el Programa Guía se aplica en el marco de las actuaciones de prevención y apoyo familiar que llevan a cabo las instituciones y administraciones en materia de Infancia y Familia. En este sentido, es fundamental contemplar la coordinación necesaria entre los responsables institucionales y los profesionales de la Asociación Ponte.

Costes

Los equipamientos, materiales y recursos personales descritos pueden ser traducidos en términos monetarios, ofreciendo así una medida aproximada de los costes asociados a la implementación del Programa Guía. A continuación se presenta un cómputo aproximado de dichos costes asociados a la implementación de una edición estándar del Programa, gracias a la información facilitada por los desarrolladores y coordinadores del Programa, considerando su experiencia en su implementación del Programa desde el año 2010.

A continuación, en las Tablas 3 y 4 se describen de forma aproximada los costes asociados al Programa Guía. Concretamente, en la Tabla 3, se presentan los costes relativos al espacio, al equipamiento y materiales. En la Tabla 4 se computan los costes de personal. En la actualidad, el Programa Guía se desarrolla en paternariado entre la Asociación Ponte y la administración pública. En ambas tablas se diferencia la estimación de estos costes atendiendo a la fuente de financiación.

Tabla 3. *Estimación de costes relativos al espacio, al equipamiento y materiales asociados a la implementación de una edición del Programa Guía*

Tipo de coste	Descripción	Nº unidades	Coste para Ponte	Coste para la administración
Espacios	Sala con capacidad para 20 personas	2 unidades	-	1200€
	Oficina para actividades de coordinación y evaluación	1 unidad	-	600€
Equipamiento	Ordenador	1 unidad	350€	En propiedad
	Impresora	1 unidad	70€	En propiedad
	Teléfono	1 unidad	100€	En propiedad
Recursos materiales	Material fungible	Bolígrafos y lápices Papel Tinta Cuerdas Telas	150€	-
Otros recursos	Desplazamiento	1740 km a 0,23€/km	400€	-
	Suministros	Luz Agua Internet Teléfono	-	300€
	Seguro de responsabilidad civil	1 unidad	100€	-

Como puede observarse en la Tabla 3, la implementación del Programa Guía lleva asociados costes relacionados con el uso de espacios, equipamiento (informático y telefónico), recursos materiales de carácter fungible y otros recursos, tales como costes de desplazamiento, suministros y responsabilidad civil. Cuando procede, en dicha Tabla se computa la parte proporcional de costes asociados a una edición del Programa. Es decir, en el caso del seguro de responsabilidad civil, por ejemplo, se indica el coste proporcional asociado a una edición, y no el coste de la anualidad completa. Esta aproximación permite obtener información bastante ajustada acerca del coste real de una edición del Programa Guía. Cabe especificar que los costes asociados al uso de espacios y suministros que aporta la administración han sido estimados considerando el coste que supondría a la Asociación Ponte su contratación, ya que resulta muy complejo estimar los costes reales asociados a estas cuestiones para la administración pública.

Tabla 4. Estimación de costes de personal asociados a la implementación de una edición del Programa Guía

Función	Perfil profesional	Formación específica	Tiempo dedicado	Coste para Ponte	Coste para la administración
Detección y canalización de participantes	Trabajador social, educador social o psicólogo	Servicios sociales e intervención familiar	30 horas	-	600€
Profesional a cargo de la implementación	2 titulados en Ciencias Sociales 2 titulados en Artes Escénicas	Psicoterapia Integrativa Basada en Escenas y 3 años de experiencia previa	5 horas/semana x 10 semanas x 4 profesionales	6000€	-
Coordinación general del programa en los servicios centrales	Coordinador/a de organismo público provincial Coordinador/a de organismo público autonómico	Servicios sociales, intervención familiar y gestión	60 horas	-	1200€
Coordinación del programa desde el recurso	Coordinador/a del equipo técnico Ponte	Servicios sociales, Asociación Ponte, Programa Guía y gestión	5 horas/semana x 12 semanas	1500€	-
Profesional referente de los casos	Trabajador social, educador social o psicólogo	Servicios sociales e intervención familiar	75 horas	-	1500€
Gestoría	Asesor/a laboral y contable	Asesoría laboral y contable	-	400€	-
Evaluación de seguimiento	Equipo de investigación	Evaluación de programas Diseño de evaluación del Programa Guía	70 horas	800€	-

En la Tabla 4 se observa que los costes de personal asociados a la implementación de una edición del Programa Guía implican aspectos relacionados con la implementación directa con las familias, así como otros costes relacionados con labores de coordinación, gestión y evaluación. Se trata de un Programa en el que la coordinación entre las entidades públicas y la Asociación Ponte cobra una importancia fundamental. En cuanto al cómputo de los costes asociados para la administración, dicho cómputo se ha realizado considerando el nivel de cualificación y la antigüedad habitual de los profesionales implicados, y se ha realizado una ponderación de los costes relacionando el sueldo bruto de dichos profesionales de acuerdo con la información pública disponible y el número de horas invertidas en el Programa. Se trata, por tanto, de un cálculo aproximado de los costes indirectos para la administración pública en términos de recursos de personal de la implementación de una edición del Programa Guía. Como se especificó en el apartado anterior relativo a las características de los recursos personales, los profesionales implicados en el desarrollo del Programa Guía deben contar con una formación especializada de alto nivel y, por tanto costosa. Los costes asociados a dicha formación no han sido contemplados en esta estimación.

A modo de resumen, a continuación en la Tabla 5, se sintetiza la estimación de los costes asociados a una edición del Programa Guía, diferenciando aquellos costes directos asumidos por la Asociación Ponte y los costes indirectos que invierte la administración pública.

Tabla 5. *Síntesis de la estimación de costes asociados a la implementación de una edición del Programa Guía en función de su naturaleza y del órgano financiador*

	Costes directos asumidos por Ponte	Costes indirectos asumidos por la administración	Costes totales
Materiales	1170€	2100€	3270€
Personal	8700€	3300€	12000€

Como puede observarse en la Tabla 5, los costes asociados a personal constituyen el grueso de los costes del Programa Guía, representando un 78.58% de los costes asociados a la implementación de una edición. En la estimación contemplada en este manual no se ha considerado el descuento de los costes futuros (Pinto y Sánchez, 2003), esto es, cómo a medida que se incrementan las implementaciones del Programa se reducen los costes (por ejemplo, en términos de adquisición de materiales). Los costes asociados a la adquisición de materiales de larga duración suponen un cómputo reducido en cuanto al montante total, por lo que no se espera una reducción significativa en este concepto con el paso de los años. Así mismo, si bien el personal necesario para la coordinación, gestión e implementación del Programa requiere una alta cualificación, la formación inicial asociada a dicha cualificación no ha sido contemplada en la estimación de costes. En definitiva, cabe esperar un coste muy reducido de costes futuros, y por tanto, podría considerarse extensible la información aquí recogida de cara a futuras ediciones del Programa, en las condiciones de paternariado presentadas en este manual.

A continuación, en la Tabla 6, se ofrece el cómputo total de costes estimados en relación a la implementación de una edición del Programa Guía, así como el coste por unidad familiar, considerando un promedio de 20 unidades familiares por edición.

Tabla 6. *Estimación de costes asociados a una edición del Programa Guía en términos globales y por unidad familiar*

Costes por edición	Costes por unidad familiar
15270€	763.50€

Tal y como se recoge en la Tabla 6, la estimación de los costes totales de una edición del Programa Guía asciende a 15270€. Este cómputo se traduce, en términos de costes por unidad familiar, en 763.50€.

EVALUACIÓN

Entre los estándares de calidad de un programa de intervención se encuentran aquellos relacionados con la evaluación del mismo. Así, para que un programa pueda ser considerado “basado en evidencias”, debe haber demostrado su efectividad adoptando estrategias de evaluación con suficiente rigor científico (Small, Cooney y O’Connor, 2009). A continuación se describen las evidencias de efectividad con las que cuenta el Programa Guía en el momento de redactar este manual. Posteriormente se detalla la propuesta de evaluación para el seguimiento del programa, describiendo el diseño de evaluación, ofreciendo algunas orientaciones para la recogida de información y presentando los instrumentos de evaluación propuestos.

Evidencias acerca de la efectividad

Existe cierto consenso a nivel internacional en el ámbito de la evaluación de programas en reconocer que los **programas basados en evidencias** son aquellos que han probado su eficacia, han demostrado su eficiencia, y cuentan con garantías para su diseminación (Flay et al., 2005). Sin embargo, la cuestión acerca de cuáles son los estándares de calidad para cada uno de estos aspectos no cuenta con un consenso absoluto. De hecho, es reconocido que los estándares de calidad en los programas de apoyo familiar no son una cuestión dicotómica de todo o nada, sino un sistema engranado por distintas piezas multi-direccionalmente relacionadas (Jiménez e Hidalgo, 2016).

Tanto los autores del Programa Guía como su entidad promotora muestran un firme compromiso con el movimiento de programas basados en evidencias y en consecuencia someten al Programa Guía de forma continuada a los requisitos y actuaciones necesarios para lograr la mejor evidencia posible (Lorence, Mora-Díaz y Maya, 2018). En el momento de redactar este manual, es posible afirmar que el Programa Guía cuenta con **evidencias de efectividad** relacionadas con la eficacia y la eficiencia de la intervención, y que en el logro de tales evidencias se han cumplido con los estándares de calidad que cuentan con mayor consenso.

Desde el año 2014, la Asociación Ponte viene colaborando con miembros de la Asociación para el Estudio y Apoyo a las Familias (ESAFAM), investigadores e investigadoras de las Universidades de Sevilla y Huelva. En este marco de colaboración se ha llevado a cabo una investigación de evaluación que ha reunido los **estándares de calidad** más consensuados en materia de evaluación de programas (Flay et al., 2005; Gottfredson et al., 2015). En la Tabla 7 se listan dichos estándares, diferenciados en función del objetivo de evaluación.

Tabla 7. *Estándares de calidad incorporados en la evaluación del Programa Guía (adaptados de Flay et al., 2005 y Gottfredson et al., 2015)*

Objetivo de la evaluación	Estándares de calidad
Eficacia	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de la población destinataria. • Evaluación de eficacia acerca de los objetivos de la intervención. • Seguimiento de la eficacia de la intervención a medio plazo, tras su finalización, con resultados relevantes. • Diseño de evaluación robusto (pretest-postest). • Uso de medidas de evaluación robustas, multi-método y multi-informantes. • Investigación de evaluación externa a los desarrolladores del programa. • Existencia de un grupo control comparable al grupo experimental. • Descripción exhaustiva de la muestra de estudio y el procedimiento de muestreo. • Análisis robustos de la información considerando las asunciones estadísticas propias de los análisis paramétricos y multivariantes. • Información tanto de los efectos positivos como de la ausencia de efectos. • Resultados significativos con tamaño del efecto relevante. • No existencia de efectos negativos inesperados. • Traducción de los resultados de investigación en términos de relevancia práctica y en un lenguaje comprensible.
Eficiencia	<ul style="list-style-type: none"> • Manualización del programa de intervención. • Explicitación de los mecanismos de cambio del programa. • Evaluación en condiciones reales. • Descripción de las condiciones óptimas de implementación. • Análisis de los mecanismos mediadores del cambio. • Entrenamiento y supervisión con los profesionales • Implementación consistente en sucesivas aplicaciones.
Garantías para la diseminación	<ul style="list-style-type: none"> • Manualización de las herramientas de evaluación para el seguimiento del programa. • Información sobre los costes asociados a la intervención.

Como puede observarse en la Tabla 7, el Programa Guía cuenta con los principales estándares de calidad en materia de evaluación de **eficacia**, es decir, en cuanto al “grado en el que se alcanzan los objetivos y metas en la población destinataria, en un periodo de tiempo determinado e independientemente del desembolso de recursos realizado” (Jiménez e Hidalgo, 2016, p. 94). A continuación, se resumen los principales resultados disponibles en materia de eficacia.

En relación con la *eficacia del Programa Guía a corto plazo*, contamos con evidencias al respecto de los menores participantes durante los años 2015 y 2016 a lo largo de 16 aplicaciones del programa (Maya, Hidalgo, Jiménez, y Lorence, en revisión). A tal efecto, se realizaron análisis de medidas repetidas en pretest y postest en los participantes (109 menores) y un grupo control (107 menores) de características comparables a los participantes. En la Tabla 8 se muestran los descriptivos y los resultados correspondientes a la eficacia a corto plazo del Programa Guía en los menores. Como puede observarse en dicha tabla, el Programa Guía ha demostrado ser eficaz con los menores en aspectos relacionados con el vínculo parental (comunicación, confianza) y la inteligencia emocional (inteligencia interpersonal y estado de ánimo), pero no en el vínculo con los iguales y la conducta antisocial.

Tabla 8. *Eficacia a corto plazo del Programa Guía*

	Grupo de Intervención		Grupo Control		Cambio $F (\eta^2_{\text{parcial}})$
	$M (DT)$		$M (DT)$		
	Pretest	Postest	Pretest	Postest	
Vínculo parental					
Comunicación	27.56 (8.54)	28.02 (8.11)	31.52 (6.94)	29.86 (7.11)	5.49* (.03)
Confianza	32.68 (9.82)	33.29 (8.75)	38.35 (6.32)	36.77 (7.30)	7.26** (.03)
Alienación	22.41 (6.04)	22.80 (5.84)	20.14 (5.56)	21.35 (6.34)	1.01 ^{n.s.}
Vínculo iguales					
Comunicación	36.63 (8.20)	35.83 (7.38)	36.73 (7.07)	35.74 (7.70)	0.09 ^{n.s.}
Confianza	38.94 (6.86)	38.51 (6.56)	38.95 (6.39)	38.19 (6.83)	0.05 ^{n.s.}
Alienación	15.99 (4.92)	15.46 (4.22)	16.29 (4.72)	16.81 (5.22)	2.03 ^{n.s.}
Conducta antisocial					
	9.09 (5.24)	9.15 (5.23)	6.99 (4.56)	6.46 (4.22)	1.1 ^{n.s.}
Intelig. emocional					
Intelig. intrapersonal	14.93 (3.79)	14.58 (3.79)	15.31 (4.40)	15.23 (3.48)	0.53 ^{n.s.}
Intelig. interpersonal	38.63 (5.93)	39.86 (5.51)	39.16 (4.43)	38.51 (6.53)	6.11** (.03)
Adaptabilidad	29.84 (5.13)	30.89 (6.14)	30.16 (4.27)	30.05 (5.81)	2.76 ^{n.s.}
Manejo del estrés	26.93 (7.35)	27.25 (7.97)	29.79 (8.03)	30.16 (7.12)	0.06 ^{n.s.}
Estado de ánimo	44.02 (8.39)	45.63 (6.97)	46.53 (5.45)	45.29 (7.04)	9.52** (.05)

Nota. En verde aparecen señalados los cambios estadísticamente significativos

* $p < .05$; ** $p < .01$

Además, contamos con evidencias de la *eficacia del Programa Guía a largo plazo* para los menores participantes (Maya et al., en revisión). A tal efecto, 51 menores que participaron en la evaluación a corto plazo cumplieron una nueva evaluación cinco meses después de la finalización del Programa. En la Tabla 9 se muestran los datos descriptivos del Programa Guía en los tres momentos de evaluación. El análisis de la pendiente mediante el método de máxima verosimilitud ha demostrado efectos positivos a largo plazo del Programa Guía en el vínculo parental, la conducta antisocial y la inteligencia emocional (adaptabilidad y estado de ánimo).

Tabla 9. *Eficacia a largo plazo del Programa Guía*

	Descriptivos		
	M (DT)		
	Pretest	Postest	Largo plazo
Vínculo parental			
Comunicación	27.94 (7.72)	27.94 (7.98)	30.25 (8.43)
Confianza	32.84 (9.78)	33.32 (8.50)	35.41 (8.54)
Alienación	22.41 (4.68)	22.45 (5.66)	21.02 (6.23)
Vinculación con los iguales			
Comunicación	36.98 (6.88)	36.12 (7.15)	36.82 (7.21)
Confianza	39.74 (5.68)	38.61 (6.54)	39.39 (5.91)
Alienación	15.47 (4.42)	15.06 (3.31)	15.14 (4.85)
Conducta antisocial			
	8.00 (5.00)	8.12 (4.78)	6.14 (4.49)
Inteligencia emocional			
Inteligencia intrapersonal	14.69 (3.58)	14.85 (3.86)	14.48 (3.83)
Inteligencia interpersonal	39.73 (5.19)	40.58 (4.99)	40.94 (4.66)
Adaptabilidad	29.94 (4.60)	31.94 (5.57)	31.73 (5.29)
Manejo del estrés	27.31 (7.41)	27.97 (7.46)	28.75 (8.11)
Estado de ánimo	44.85 (7.83)	46.31 (6.14)	47.35 (6.69)

Nota. En verde aparecen señalados los cambios estadísticamente significativos
* $p < .05$; ** $p < .01$

Aunque con carácter exploratorio, los análisis realizados con los *progenitores* participantes en el Programa Guía también dan muestras de su eficacia (Hidalgo et al., 2016). A este respecto, de forma preliminar contamos con evidencias de ganancias a corto plazo en la percepción de lugar de control (percepción de eficacia y percepción de control), en las prácticas educativas (permisividad, hiper-reactividad ante las conductas de los menores y hostilidad), así como en la inteligencia emocional (adaptabilidad). A largo plazo, el Programa Guía ha mostrado resultados positivos en las prácticas parentales (hiper-reactividad ante las conductas de los menores, hostilidad) así como en la inteligencia emocional (inteligencia intrapersonal, inteligencia interpersonal, adaptabilidad y manejo del estrés).

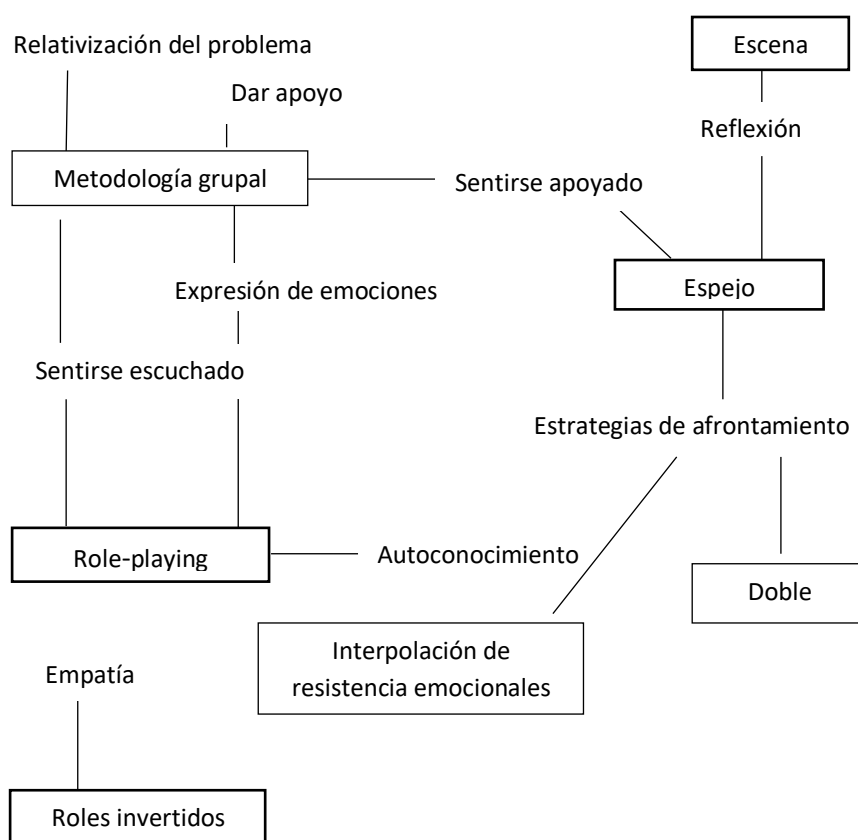
En relación con la **eficiencia**, esto es, el “grado de productividad del programa, estudiando la relación entre los objetivos alcanzados y los medios utilizados para ello con objeto de optimizar los recursos invertidos para mejorar su aplicabilidad futura” (Jiménez e Hidalgo, 2016, p. 94), el Programa Guía cumple con diversos estándares de calidad que han permitido demostrar ciertas evidencias de eficiencia en algunos aspectos.

Las *evidencias acerca de la eficiencia* del Programa Guía se sustentan en 16 grupos de discusión desarrollados con menores y progenitores participantes en el Programa durante 2015 y 2016 (Maya et al., 2018a). En estos grupos de discusión, los menores (63 en total) y sus figuras parentales (47 progenitores) informaron acerca de la utilidad de la metodología y técnicas empleadas en el Programa Guía. En las Figuras 7 y 8 se representan gráficamente la totalidad de las técnicas y los cambios expresados por los menores y las figuras parentales, respectivamente.

Como puede observarse en la Figura 7, desde el punto de vista de los menores, el Programa Guía ha probado la utilidad de la metodología grupal como facilitadora de la

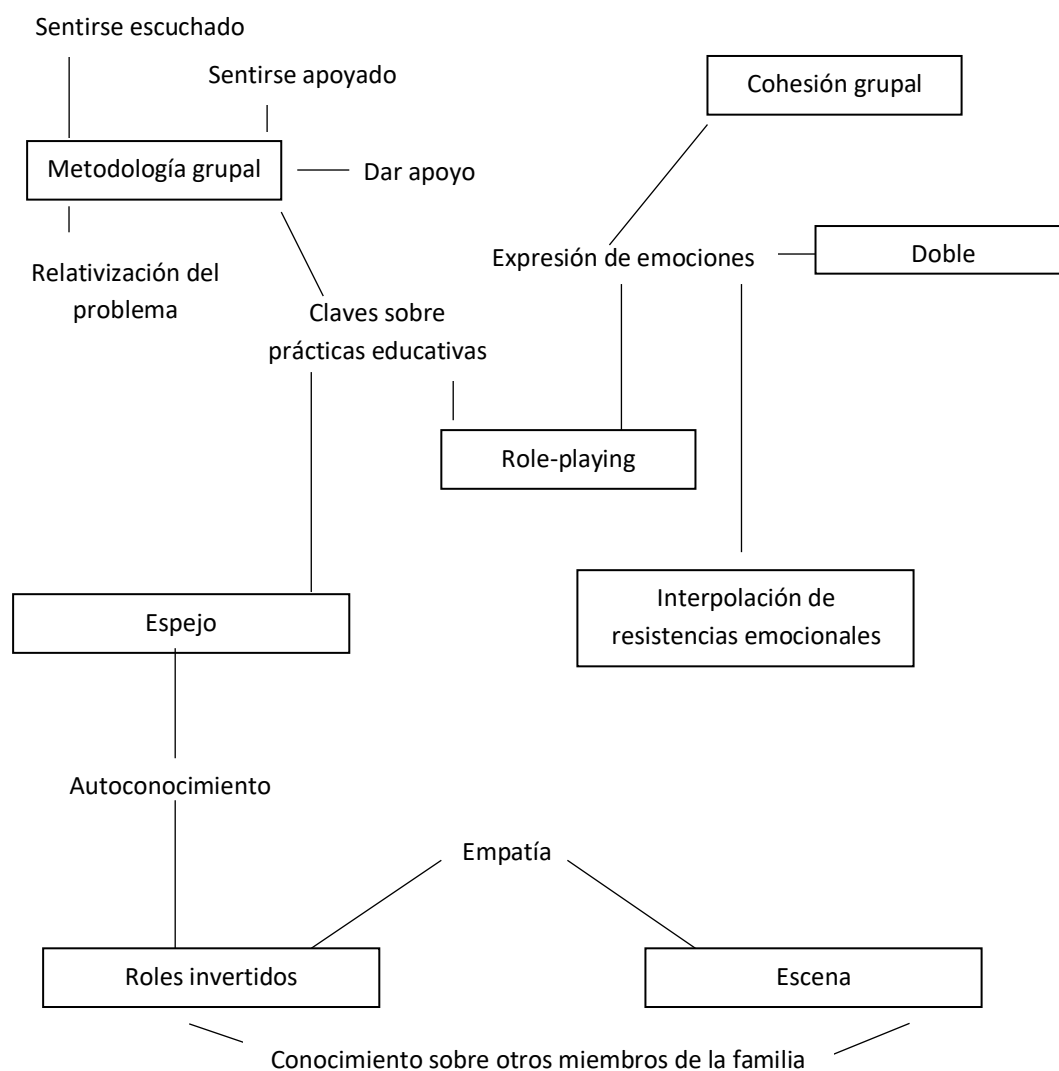
percepción de apoyo social y de la expresión de las emociones, así como para conocer a otros menores en la misma situación. En opinión de los menores, las principales técnicas que median en los cambios conseguidos durante el proceso terapéutico son el role-playing, el espejo y la interpolación de la resistencia emocionales. Estas técnicas han ayudado a los menores a adquirir nuevas estrategias para resolver conflictos, a expresar sus emociones y sentimientos, a percibir el apoyo de sus compañeros, a reflexionar sobre su situación y a mejorar su conocimiento sobre sus pensamientos, comportamientos y emociones.

Figura 7. Utilidad percibida por los menores de la metodología y técnicas del Programa Guía



Tal y como aparece en la Figura 8, las figuras parentales participantes en el Programa Guía han señalado que la metodología grupal les ha permitido conocer a otras familias en la misma situación, adquirir conocimientos sobre prácticas educativas, expresar emociones y formar una nueva red de apoyo social. Asimismo, destacan la importancia de la cohesión del grupo y la confianza grupal como facilitadores de la apertura emocional. Las técnicas del role-playing y del espejo son las más referenciadas como útiles por las figuras parentales, de cara a mejorar sus prácticas educativas, a expresar sus emociones y a mejorar su autoconocimiento sobre sus pensamientos, comportamientos y emociones. La escena también es señalada por las figuras parentales como una de las principales técnicas del Programa Guía que promueve la adopción de perspectivas y una mayor comprensión de los pensamientos y comportamientos de sus hijos e hijas.

Figura 8. Utilidad percibida de la metodología y técnicas del Programa Guía para las figuras parentales



A pesar de los avances en términos de eficiencia, el Programa Guía debe aún afrontar algunos *retos* en esta materia, por ejemplo, incrementar la información disponible para contar con un tamaño muestral que le permita analizar la eficacia de la intervención en función de los perfiles de los participantes (Maya et al., 2018b). Además, aún debe afrontar el reto de realizar registros exhaustivos de las condiciones de implementación, la intensidad de la intervención y la adherencia de los participantes con el programa, y realizar análisis rigurosos en función de dicha variabilidad, así como afrontar la tarea de realizar análisis de coste-efectividad y coste-beneficios, y desarrollar estudios de replicación en contextos diversos (Flay et al., 2005; Gottfredson et al., 2015).

Finalmente, en relación con las **garantías para la diseminación**, éste probablemente es el reto para la mejora más importante del Programa Guía y en el que los desarrolladores del programa se encuentran trabajando en la actualidad. Con garantías para la diseminación hacemos referencia al “grado de alcance del programa para saber si es posible la

institucionalización del programa, así como generalizar sus resultados y aplicarlo en otras poblaciones y con unos condicionantes culturales diferentes” (Jiménez e Hidalgo, 2016, p. 94). A este respecto, el Programa Guía cuenta con una manualización de las herramientas de evaluación para el seguimiento del programa, que se describirán a continuación. Así mismo, y como se ha descrito en un apartado anterior, incorpora información sobre los costes asociados a su implementación. Además, debe apostar por manualizar las herramientas para la formación y el entrenamiento de los profesionales, disponer de una infraestructura adecuada para poder poner en marcha esa diseminación, ofrecer asesoramiento a las entidades y/o profesionales durante el proceso de implementación. Para garantizar la diseminación del programa resultará fundamental también identificar los factores claves para asegurar su sostenibilidad, identificar los elementos clave del programa requeridos para garantizar su eficacia, así como identificar y adaptar los factores culturales necesarios para asegurar la validez ecológica de la intervención. En caso de que no se cumplan todos los criterios anteriores, será necesario realizar nuevos estudios de replicación (Flay et al., 2005, Gottfredson et al., 2015).

Características de la evaluación para el seguimiento

Como se ha puesto de manifiesto en el subapartado anterior, el Programa Guía cuenta con ciertas garantías de efectividad, y sus desarrolladores continúan trabajando para incrementar el grado de evidencia del programa. Estas circunstancias conllevan a que, en la actualidad, las aplicaciones que se llevan a cabo del Programa Guía cuenten con una evaluación de seguimiento.

La evaluación de seguimiento propuesta para el Programa Guía contempla un **diseño pretest-postest** con enfoque metodológico multi-método y multi-informante, recabando información de todas las familias participantes. En la Figura 9 se representa el diseño de evaluación para el seguimiento del Programa Guía.

Figura 9. *Diseño de evaluación de seguimiento del Programa Guía*



Como se desprende de esta figura, se propone el estudio de los participantes en el programa al comienzo y al final de la intervención. Es decir, el diseño propuesto prevé dos momentos diferentes de evaluación: inicial y final. La **evaluación inicial** se realiza al inicio de la intervención. Esta fase de la evaluación se realiza en la segunda sesión del programa (pretest), y en ella se recaba información de una serie de medidas individuales, interpersonales y sociales

de los distintos miembros de todas las familias. Fundamentalmente, la evaluación que se propone en este momento es de carácter cuantitativo y mediante la utilización de instrumentos estandarizados cuyas propiedades psicométricas han sido adecuadamente probadas en anteriores estudios. Esta evaluación inicial cumple principalmente una doble función, por un lado, permite realizar un análisis de las necesidades experimentadas por las familias para establecer los objetivos específicos de la intervención, así como tener la posibilidad de dar retroalimentación a las familias sobre su situación familiar, personal y social, y por otro lado, permite conocer con precisión la situación de la que parte cada familia. La comparación de estos datos de pretest con los datos de posttest (evaluación final) determinará el progreso alcanzado por los participantes.

La **evaluación final** se lleva a cabo a la finalización de la intervención (postest), concretamente en la última sesión del programa. En esta fase las familias son evaluadas en las mismas dimensiones y con los mismos instrumentos utilizados en el pretest, lo que permitirá conocer el impacto de la intervención. También se recogerá información cuantitativa sobre la satisfacción percibida de las familias tras la intervención.

La información obtenida mediante la evaluación de seguimiento del programa puede dar respuesta a diferentes **objetivos**. Por un lado, permite mantener el estatus de programa basado en evidencias, ya que los estándares de calidad en esta materia indican que es necesario contrastar la eficacia de la intervención en las distintas ediciones de los programas dado que las condiciones institucionales y/o de implementación pueden variar. Así mismo, y de forma muy importante, esta evaluación permite conocer el perfil de los participantes. La información sobre el perfil puede ser de utilidad para seleccionar a los participantes, así como para delimitar los objetivos específicos de la intervención. Además, los resultados de eficacia de esta evaluación pueden ayudar tanto a los profesionales como a las entidades responsables a conocer en qué medida cada una de las aplicaciones del programa está resultando eficaz. Finalmente, estos resultados pueden servir para ofrecer feedback a las familias participantes acerca de los aprendizajes y cambios experimentados tras su paso por el Programa Guía.

Orientaciones para la evaluación de seguimiento

A continuación se describen algunas orientaciones que pueden resultar de utilidad para los profesionales de cara a realizar la recogida de datos de la evaluación para el seguimiento del programa.

Respecto a los **momentos de evaluación**, y como se ha indicado en el subapartado anterior, la evaluación inicial se realiza en la segunda sesión del programa (pretest). Se propone la segunda sesión por dos motivos: por un lado, se aconseja no dedicar la primera sesión a la evaluación sino dirigir esta sesión a generar alianza terapéutica; por otro, retrasar la evaluación inicial a la tercera sesión o sub-siguientes resultaría disruptivo para la intervención y además podría comprometer los resultados de eficacia. La evaluación final, por su parte, se lleva a cabo a la finalización de la intervención (postest), concretamente en la última sesión del programa.

Para garantizar la fiabilidad de la evaluación, es importante desarrollar las sesiones de evaluación en un **espacio** confortable y que garantice suficiente intimidad, de modo que los participantes sientan que pueden contestar con honestidad. A este respecto, el contexto más adecuado sería disponer de habitaciones separadas para cada miembro de la familia (menores por un lado y progenitores por otro), así como tantas sillas y mesas como participantes en la sesión.

Previamente a la sesión de evaluación, es recomendable que el profesional se familiarice con los instrumentos de evaluación, para que pueda resolver las dudas que puedan surgir durante la sesión de evaluación. A este efecto, puede resultar interesante realizar algún pilotaje previo a la sesión de evaluación. Es necesario preparar y revisar las copias de la documentación necesaria para llevar a cabo la evaluación, así como lápices o bolígrafos para cumplimentar los cuestionarios auto-informados.

Al comenzar la sesión de evaluación, es fundamental aclarar los *objetivos* de la misma. Es importante que los participantes entiendan que la evaluación permite mejorar la intervención que se les ofrece y que en ningún caso está dirigida a evaluarles a ellos como personas. Éste es un momento idóneo para explicar el *consentimiento informado*, incidiendo en el carácter voluntario de la misma, así como en el uso anónimo de los datos. Es importante ofrecer un espacio a las familias poder expresar sus dudas y realizar preguntas relacionadas con la evaluación.

Una vez presentada la naturaleza y objetivos de la evaluación, es momento de ofrecer *instrucciones sobre cómo cumplimentar* los cuestionarios de evaluación. Se puede comenzar sugiriendo la cumplimentación del consentimiento informado y explicando la naturaleza de los datos sociodemográficos. Posteriormente, se pueden ofrecer instrucciones sobre cómo contestar una escala tipo likert. A tal efecto, puede ponerse un ejemplo con el primer ítem del primer cuestionario, resolviéndolo en voz alta, así como explicar de forma gráfica la escala tipo likert del cuestionario. Es importante hacer explícito que se trata de cuestionarios de opinión y que no existen respuestas correctas o incorrectas. Al hilo de esta idea, se puede informar de la importancia de cumplimentar la batería de forma individual, ya que se trata de dar valor a la opinión de cada participante. En este punto resulta fundamental destacar la importancia de que contesten a todas las preguntas.

Respecto al *formato de administración* de los cuestionarios, existe cierta variabilidad en las preferencias personales de los informantes. Para dar respuesta a esta variabilidad, se puede preguntar a cada participante si prefiere rellenar el cuestionario de forma individual o prefiere hacerlo en formato entrevista, de modo que el profesional vaya leyéndole en voz alta las preguntas. Habitualmente, las personas que presentan dificultades de lecto-escritura así como los menores más pequeños suelen preferir un formato de entrevista individual.

Durante la sesión de evaluación, el rol del profesional es fundamental para responder cualquier duda que pueda plantearse. A este respecto, es muy importante que las respuestas que se den no condicionen la respuesta del propio informante. Particularmente hay que prestar atención a no generar respuestas que creen deseabilidad social. Además, el profesional tiene un papel muy importante para garantizar que toda la información se recoge adecuadamente. A este

respecto, resulta particularmente importante revisar que los datos sociodemográficos están siendo cumplimentados, así como estar alerta por si alguien contesta de forma irreflexiva (particularmente entre los adolescentes pueden darse casos de este tipo). Es posible que algunas de las circunstancias planteadas en los cuestionarios no se hayan producido nunca y el participante no sepa cómo contestar. En estos casos, es importante pedir a esa persona que haga un esfuerzo por hipotetizar qué pasaría si se produjera esa situación.

Al finalizar la cumplimentación de los cuestionarios y antes de que los participantes se marchen, es esencial hacer un repaso de todos los ítems (caso por caso, fila por fila), para asegurarnos de que las respuestas seleccionadas son claras y que no quedan ítems sin contestar. Es una buena práctica finalizar agradeciendo la participación (el tiempo y esfuerzo dedicados) e insistiendo en la utilidad de esa información para la mejora de la intervención que se ofrece desde el Programa Guía.

La **custodia** de la documentación de evaluación debe cumplir con los *estándares éticos*, de modo que los cuestionarios se almacenen, trasladen y manejen cumpliendo los aspectos recogidos en el consentimiento informado. Dado que la propuesta de evaluación de seguimiento que se realiza para el Programa Guía tiene carácter longitudinal, un aspecto fundamental es la correcta **identificación** de los cuestionarios recogidos en la fase inicial, para su emparejamiento con los que se administren en la fase final. De cara a garantizar el anonimato, se puede emplear un código de identificación distintivo para cada informante. Concretamente, se propone generar un identificador formado por las dos primeras letras del primer apellido y la fecha de nacimiento de la persona. Por ejemplo, Francisco Javier González Campos, nacido el día 20.04.64 tendría un Id de GO200464.

Instrumentos de evaluación para el seguimiento

En este subapartado se describen los cuestionarios previstos en la evaluación de seguimiento del Programa Guía. A continuación, en las Tablas 10 y 11 se detallan todos los instrumentos que los progenitores y los menores deben cumplimentar, especificando las dimensiones a las que hacen referencia, el contenido de la evaluación y los momentos de evaluación.

Tabla 10. *Instrumentos de evaluación, dimensiones, contenidos y momentos de evaluación. Informantes: figuras parentales*

Instrumento	Autores	Dimensión	Contenido	Momento
CS-P	<i>Ad hoc</i>	Características sociodemográficas	Sí mismo e hijos/as	Inicial
EQ-i	Parker, Keefer, y Wood, 2011	Inteligencia emocional	Sí mismo	Inicial y final
PS	Arnold, O'Leary, Wolff, y Acker, 1993	Prácticas educativas	Sí mismo e hijos	Inicial y final

PLOC	Campis, Lyman, y Prentice-Dunn, 1986	Controlabilidad	Sí mismo e hijos/as	Inicial y final
SF	Olson y Wilson, 1982	Satisfacción familiar	Familia	Inicial y final
CSQ-8	Larsen, Attkisson, Hargreaves, y Nguyen, 1979	Satisfacción	Intervención	Final
PC-P	Maya, Jiménez, Lorence, del Moral e Hidalgo, 2018a	Cambios percibidos	Sí mismo e intervención	Final

Nota. El copyright del cuestionario EQ-i prohíbe su reproducción total o parcial.

Tabla 11. *Instrumentos de evaluación, dimensiones, contenidos y momentos de evaluación. Informantes: menores a partir de 11 años de edad*

Instrumento	Autores	Dimensión	Contenido	Momento
CS-A	<i>Ad hoc</i>	Características sociodemográficas	Sí mismo	Inicial
IPPA	Armsden y Greenberg 1987	Vínculo con el progenitor	Sí mismo y su progenitor	Inicial y final
EQ-YV	Bar-On y Parker, 2000	Inteligencia emocional	Sí mismo	Inicial y final
CSQ-8	Larsen, Attkisson, Hargreaves, y Nguyen, 1979	Satisfacción	Intervención	Final
PC-A	Maya, Jiménez, Lorence, del Moral e Hidalgo, 2018a	Cambios percibidos	Sí mismo e intervención	Final

Nota. El copyright del cuestionario EQ-i prohíbe su reproducción total o parcial.

Una descripción pormenorizada de cada uno de los instrumentos listados en las tablas anteriores con datos relativos a la autoría, dimensiones que evalúa, sistema de corrección y, cuando es posible, tablas de baremación con los datos de evaluación del programa durante los años 2015 y 2016 está recogida en el Protocolo de Evaluación de este programa (Maya, Jiménez, Lorence e Hidalgo, 2017).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexander, J.F., Waldron, H.B., Robbins, M.S., y Neeb, A.A. (2013). *Functional family therapy for adolescent behavior problems*. Washington, DC: American Association.
- Armsden, G.C., y Greenberg, M.T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 427-454. <http://dx.doi.org/10.1007%2FBF02202939>
- Arnold, D. S., O'Leary, S. G., Wolff, L. S., y Acker, M. M. (1993). The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment*, 5, 137-144.
- Asmussen, K. (2011). *The evidence-based Parenting Practitioner's Handbook*. Nueva York: Routledge.
- Barba, E. (1991). *Teatro Eurasiano*. Ponencia presentada en el III Simposi Intenacional D'Historia del Teatre. Barcelona
- Barba, E., y Grotowski, J. (1968). *El nuevo testamento del teatro*. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/77832346/El-Nuevo-Testamento-Del-Teatro>
- Bar-On, R., y Parker, J. D. A. (2000). *The Bar-On EQ-i:YV: technical manual*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder.
- Blatner, A., y Cukier, R. (2007). Appendix: Moreno's basic concepts. En C. Baim, J. Burmeister y M. Maciel (Eds.), *Psychodrama: advances in theory and practice* (pp. 293-306). New York: Routledge.
- Blatner, H.A. (1986). *Psicodrama*. México: Pax-México.
- Bowen, M. (1979). *De la familia al individuo: la diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Paidós: Barcelona.
- Brecht, B. (1991). *Arte y política*. Recuperado de http://www.academia.edu/5614166/Arte_y_Pol%C3%ADtica-Bertolt_Brecht.
- Brook, P. (2001). *Más allá del espacio vacío*. Barcelona: Alba.
- Campis, L. K., Lyman, R. D., y Prentice-Dunn, S. (1986). The parental locus of control scale: Development and validation. *Journal of Clinical Child Psychology*, 15(3), 260-267.
- Carr, A. (2014). The evidence-base for family therapy and systemic interventions for child focused problems. *Journal of Family Therapy*, 36(2), 107-157. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-6427.12032>

- Centeno, E. (2005). Biomecánica y antropología teatral: Meyerhold y Barba. *Revista de Filosofía*, 50.
- Chejov, M. (1987). *Al actor sobre la técnica de actuación*. Madrid: Quetzal.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Consejo de Europa (2006). Recomendación Rec (2006) 19 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre Políticas de Apoyo a la Parentalidad Positiva. Estrasburgo: Consejo de Europa.
- Cox, M.J. y Paley, B. (1997). Families as systems. *Annual Review of Psychology*, 48, 243-267. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.48.1.243>
- Cruz, A., Sales, C.M.D., Alves, P., y Moita, G. (2018). The Core Techniques of Morenian Psychodrama: A systematic review of literature. *Frontiers in Psychology*, 9:1263. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01263>
- Delgado, L., Penelo, E., Fornieles, A., Brun-Gasca, C., y Ollé, M. (2016). Estructura factorial y consistencia interna de la versión española del Inventario de Apego a Padres y Pares para Adolescentes (IPPA). *Universitas Psychologica*, 15(1), 15-26.
- Durlak, J. A. y DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41, 327-350. <http://dx.doi.org/110.1007/s10464-008-9165-0>
- Feixas, G. (1998). Constructos personales en la práctica sistémica. En R. A. Neimeyer y M. J. Mahoney (Comps.), *Constructivismo en psicoterapia* (pág. 273-309). Barcelona: Paidós, 1998.
- Fernández, E., London, S. y Tarragona, M. (2002) Las conversaciones reflexivas en el trabajo clínico, el entrenamiento y la supervisión. En H.Selicof, I. Pakentin y G. Licea (dirs.), *Voces, voces y más voces: el equipo reflexivo en México*. México, D.F.: Alinde.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751- 755.
- Fixsen, D. L., Naoom, S., F., Blase, K. A., Friedman, R. M. y Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.
- Flay, B., Biglan, A., Boruch, R. F., González, F., Gottfredson, D., Kellam, S. ... Ji, P. (2005). Standards of evidence: Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*, 6(3), 151-175. doi: 10.1007/s11121-005-5553-y.
- Friedlander, M.L., Escudero, V., Heatherington, L., y Diamond, G.M. (2011). Alliance in Couple and Family Therapy. *Psychotherapy*, 48(1), 25-33. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022060>.

- Gonçalves, O. (2002). *Psicoterapia cognitiva narrativa*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gottfredson, D.C., Cook, T.D., Gardner, F.E, Gorman-Smith, D., Howe, G.W., Sandler, I.N. y Zafft, K. M. (2015). Standards of evidence for efficacy, effectiveness, and scale-up research in prevention science: next generation. *Prevention Science*, 16(7), 893-926. Doi: 10/1007/s11121-015-0555-x
- Greenberg, M.T., y Lippold, M.A. (2013). Promoting healthy outcomes among youth with multiple risks: innovative approaches. *Annual Review of Public Health*, 34(1), 253-270. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031811-124619>.
- Grumann, A. (2008). Estética de la “danzalidad” o el giro corporal de la “teatralidad”. *Aisthesis*, 43, 50-70.
- Gurman, A.S., Kniskern, D.P. y Pinsof, W.M. (1986). Research on the process and outcome of marital and family therapy. En S.L. Garfield y A.E. Bergin, *Handbook of psychotherapy and behavior change*, (3rd ed., pp. 565–624). New York: John Wiley.
- Gutiérrez, J.A. (2015). Intervención Comunitaria desde el Enfoque Psicoescénico. *Mosaico* 60, 86-94.
- Haley, J. (1976). *Problem-solving therapy: New strategies for effective family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Harter, S., y Pike, R (1984). The Pictorial Scale of Perceived Competence and Acceptance for Young Children. *Child Development*, 55(6), 1969-1982.
- Hartman, D., y Zimberoff, D. (2004). Corrective Emotional Experience in the therapeutic process. *Journal of Heart-Centered Therapies*, 7(2), 3-84.
- Henggeler, S., Schoenwald, S., Bordin, C., Rowland, M., y Cunningham, P. (2009). *Multisystemic therapy for antisocial behaviour in children and adolescents*. New York, NY: Guilford.
- Hidalgo, M. V., Jiménez, L., Lorence, B. y Maya, J. (2015). Informe de evaluación del Programa Guía en los grupos financiados por Caixa Proinfancia. Documento no publicado: Asociación ESAFAM
- Hidalgo, M. V., Jiménez, L., Lorence, B. y Maya, J. (2016). Informe de evaluación del Programa Guía 2015. Documento no publicado: Asociación ESAFAM
- Hidalgo, M.V., Jiménez, L., López, I., Lorence, B. y Sánchez, J. (2016). El programa de Formación y Apoyo Familiar para familias en de riesgo psicosocial: el papel del proceso de implementación. *Psychosocial Intervention*, 25(6), 79-85. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psi.2016.03.002>
- Jiménez, L. e Hidalgo, M.V. (2012). La promoción del desarrollo infantil en el ámbito de la preservación familiar. ¿Cómo se explica el cambio en las familias que participan en programas de formación y apoyo familiar? *Sistemas Familiares*, 28(1), 7-24. Recuperado de

[https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/36513/Promoci%
c3%b3n%20del%20desarrollo%20infantil%20eprint.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/36513/Promoci%c3%b3n%20del%20desarrollo%20infantil%20eprint.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Jiménez, L. e Hidalgo, M.V. (2016). La incorporación de prácticas basadas en evidencias en el trabajo con familias: los programas de promoción de parentalidad positiva. *Apuntes de Psicología*, 34(2-3, monográfico sobre Intervención y Mediación Familiar), pp. 91-100. Recuperado de <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/600>.

Keiley, M.K., Zaremba-Morgan, A., Datubo-Brown, C., Pyle, R., y Cox, M. (2015). Multiple-family group intervention for incarcerated male adolescents who sexually offend and their families: Change in maladaptive emotion regulation predicts adaptive change in adolescent behaviors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 41(3), 324-339. <http://dx.doi.org/10.1111/jmft.12078>

Kellermann, P.F. (1984). The place of catharsis in psychodrama. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry*; 37(1), 1-13. Recuperado de <http://peterfelix.tripod.com/home/Catharsis.pdf>

Kipper, D.A., y Ritchie, T.D. (2003). The effectiveness of psychodramatic techniques: A meta-analysis. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 7(1), 13-25. <http://dx.doi.org/10.1037/1089-2699.7.1.13>

Kumpfer, K. L., Magalhães, C. y Xie, J. (2012). Cultural adaptations of evidence-based family interventions to strengthen families and improve children's developmental outcomes. *European Journal of Developmental Psychology*, 9(1), 104-116. <http://dx.doi.org/10.1080/17405629.2011.639225>

Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., y Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.

Lorence, B., Mora-Díaz, M., y Maya, J. (2018). Descripción y análisis de la calidad de los programas para el tratamiento de la conducta antisocial en la ciudad de Huelva. *Pedagogía Social: Revista Interuniversitaria*, 32, 109-121. https://doi.org/10.7179/PSRI_2018.32.09

Máiquez, M. L., Rodrigo, M. J., Capote, C. y Vermaes, I. (2000). Aprender en la vida cotidiana. Un programa experiencial para padres. Madrid: Aprendizaje Visor.

Matute, K. (2015). Formas interpretativas: vivencia y representación. El actor en la escena. Tesis Doctoral. Universidad Carlos III de Madrid.

Maya, J., Hidalgo, V., Jiménez, L., y Lorence, B. (en revisión). Effectiveness of Scene-Based Psychodramatic Family Therapy with adolescents with problem behaviors.

Maya, J., Jiménez, L., Lorence, B., del Moral, G., e Hidalgo, V (2018a). Scene-Based Psychodramatic Family Therapy with troubled adolescents and parents. A pilot study. *Family Process*. <https://doi.org/10.1111/famp.12401>

- Maya, J., Lorence, B., Hidalgo, V., y Jiménez, L. (2018b). The Role of Psychosocial Stress on a Family-Based Treatment for Adolescents with Problematic Behaviors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9): 1867 <https://doi.org/10.3390/ijerph15091867>
- Maya, J., Lorence, B., Jiménez, L. e Hidalgo, V. (2018c). El uso de las técnicas en la PIBE. Documento no publicado. ESAFAM.
- Maya, J., Jiménez, L., Lorence, B. e Hidalgo, V. (2017). Protocolo de Evaluación del Programa Guía: Programa preventivo para la atención, orientación e intervención a familias con menores en situación de conflicto o dificultad social. Documento no publicado. ESAFAM
- Meisner, S., y Longwell, D. (2012). Sanford Meisner on acting. Vintage: New York.
- Minuchin, S. (1974). Families and family therapy. Cambridge, M.A.: Harvard University Press.
- Minuchin, S., y Fishman, H.C. (1981). Family therapy techniques. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Moreno, J.L. (1946). Psychodrama (Vol. 1). Beacon, NY: Beacon House.
- Neimeyer, R.A. (1995). Constructivist psychotherapies: Features, foundations, and future directions. En R. A. Neimeyer y M.J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy*. (pp. 11-38). Washington: American Psychological Association.
- Olson, D.H., y Wilson, M. (1982). Family Satisfaction. En D. H. Olson, H. I. McCubbib, H. Barnes, A. Larsen, M. Muxen y M. Wilson (eds.): *Family inventories used in a national survey of families across the family life cycle*, 78-92. St. Paul, MN: University of Minnesota.
- Parker, J.D.A., Keefer, K.V., y Wood, L.M. (2011). Toward a brief multidimensional assessment of emotional intelligence: Psychometric properties of the Emotional Quotient Inventory-Short Form. *Psychological Assessment*, 23, 762-777.
- Pinto, J. L. y Sánchez, F. I. (2003). *Métodos para la evaluación económica de nuevas prestaciones*. Ministerio de Sanidad y Consumo: Madrid.
- Población, P. (2010). Manual de Psicodrama Diádico. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Pote, H., Stratton, P., Cottrell, D., Boston, P., Shapirto, D., y Hanks, H. (2000). Leeds Systemic Family Therapy Manual. Leeds: LFTRC.
- Puerta, M.D., Cañizares, A.B., y Ortega, R. (2015). Acercamiento a los presupuestos psicológicos que subyacen en el concepto de psicotécnica de Konstantín Stanislavski. *Acotaciones*, 35.
- Roberts, R. E., y Attkisson, C. C. (1983). Assessing client satisfaction among Hispanics. *Evaluation and Program Planning*, 6, 401-413.

- Rodrigo, M. J. Máiquez, M. L., Martín, J. C. y Rodríguez, B. (2015). La parentalidad positiva desde la prevención y la promoción. En M. J. Rodrigo (Coord.), *Manual práctico de parentalidad positiva* (pp. 25-43). Madrid: Síntesis.
- Rodrigo, M. J. y Correa, N. (2001). Representación y procesos cognitivos: esquemas y modelos mentales. En C. Coll, J. Palacios y Á. Marchesi (Comps.), *Desarrollo psicológico y educación* (ed. rev., Vol. 2, pp. 117-135). Madrid: Alianza.
- Rodrigo, M.J., Máiquez, M.L, Martín, J.C. y Byrne, S. (2008). *Preservación familiar: un enfoque positivo para la intervención con familias*. Madrid: Pirámide.
- Rojas-Bermúdez, J. (2000). *Teoría y técnicas psicodramáticas*. Barcelona: Paidós.
- Rojí, M.B. (1986). *La Entrevista Terapéutica: Comunicación e Interacción en Psicoterapia*. Madrid: UNED.
- Salovey, P., Mayer, J.D., Goldman, S.L., Turvey, C. y Palfai, T.P. (1995). Emotional attention, clarity and repair: exploring emotional intelligence using the trait meta-mood scale. En J. Pennebaker (Ed.): *Emotion, disclosure and health*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Santiago, M.G. (1995). Artaud: notas al otro lado. *Recerca-Revista de Pensament i Anàlisi*, 17(3), 88-98.
- Seisdedos, N. (1995). *Cuestionario A-D: conductas antisociales-delictivas*. Madrid: TEA Ediciones.
- Sexton, T.L. (2011). *Functional family therapy in clinical practice: An evidence-based treatment model for working with troubled adolescents*. New York, NY: Routledge.
- Sexton, T.L., y Datchi, C. (2014). The development and evolution of family therapy research: its impact on practice, current status, and future directions. *Family Process*, 53(3), 415-433. <http://dx.doi.org/10.1111/famp.12084>
- Small, S.A., Cooney, S.M. y O'Connor, C. (2009). Evidence-informed program improvement: Using principles of effectiveness to enhance the quality and impact of family-based prevention programs. *Family Relations*, 58, 1-13. doi:10.1111/j.1741-3729.2008.00530.x
- Stanislavski, K. (1963). *Manual de actor*. México: Diana.
- Trianes, M. V. y Carrasco, M. R. (2008). Modelos cognitivos de aprendizaje escolar. En M. V. Trianes y J. A. Gallardo (Eds.), *Psicología de la educación y del desarrollo en contextos escolares* (pp. 401-420). Madrid: Pirámide.
- Turner, W.L. (1963). Vakhtangov: El Director como Maestro. *Educational Theatre Journal*, 318-326.






- von Bertalanffy, L. (1976). *Teoría General de los Sistemas*. (2ªed.) Madrid: Fondo de Cultura Económica de España.
- von Sydow, K., Beher, S., Schweitzer, J., y Retzlaff, R. (2010). The efficacy of systemic therapy with adult patients: a meta-content analysis of 38 randomized controlled trials. *Family Process*, 49(4), 457-485. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2010.01334.x>
- Walsh, F (Ed.) (2012). *Normal Family Processes: Growing Diversity and Complexity* (4th Ed.). New York: The Guilford Press.
- Watzlawick, P., Beavin, J., y Jackson, D. (1991). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J., y Fisch, R. (1974). *Change*. New York, N.Y.: Norton & Company.
- Yalom, I.D., y Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New York, NY: Basic Books.

ANEXO II

Scene-Based Psychodramatic Family
Therapy with troubled adolescents and
parents. A pilot study



Scene-Based Psychodramatic Family Therapy With Troubled Adolescents and Parents: A Pilot Study

JESÚS MAYA* 
LUCÍA JIMÉNEZ* 
BÁRBARA LORENCE† 
GONZALO DEL MORAL‡ 
VICTORIA HIDALGO* 

Scene-Based Psychodramatic Family Therapy (SB-PFT) is an innovative treatment used with troubled adolescents and their parents to improve family relationships and reduce adolescents' problematic behavior. It integrates the principles of family therapy, psychodrama, and multiple-family group methodology. This research is a pilot study to obtain empirical evidence on the SB-PFT therapeutic process by gauging the perception of change of troubled adolescents and their parents, and assess the perceived helpfulness of its methodology and techniques. Ten multiple-family intervention groups were drawn up, with 110 participants (63 adolescents and 47 parents), and we adopted a qualitative methodology with focus groups, using an inductive analysis of 290 active constructions of participant narratives. Concerning perception of change, the adolescents reported mainly gaining in social support, prosocial attitudes, keys to problem solving, and expression of emotions due to the treatment. The parents perceived improvement in social support, keys for educational practices, emotional well-being, and expression of emotions due to the treatment. Regarding the perceived helpfulness of methodology and techniques, both adolescents and parents highlighted the usefulness of the group methodology for gaining social support, relativizing the problem, and expressing emotions. Additionally, participants referred to role-playing and mirror techniques as the most useful techniques. In conclusion, this first study on SB-PFT presents and describes its treatment for troubled adolescents and their parents. The participants' positive perception of their personal and relational change after treatment should serve to promote further studies with quantitative methodology in order to verify the effectiveness of SB-PFT treatment.

Keywords: Family Therapy; Psychodrama; Troubled Adolescents; Qualitative Methodology

Fam Proc x:1–16, 2018

*Department of Developmental and Educational Psychology, University of Seville, Seville, Spain.

†Department of Social, Developmental, and Educational Psychology, University of Huelva, Huelva, Spain.

‡Department of Education and Social Psychology, University of Pablo de Olavide, Seville, Spain.

Correspondence concerning this article should be addressed to Jesús Maya, Department of Developmental and Educational Psychology, University of Seville, c/ Camilo José Cela s/n, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Facultad de Psicología, Sevilla 41018, Spain. E-mail: jmaya3@us.es.

This study has been funded by PONTE Association and the Spanish Government. Ministry of Economy, Industry and Competitiveness (MINECO), Project reference: EDU2013-41441-P, "Evaluación de intervenciones psicoeducativas con familias en situación de riesgo psicosocial. Un análisis de buenas prácticas basadas en la evidencia". Ministry of Education, Culture and Sports, under research grant FPU Program-3113.

Troubled adolescents are characterized to a great extent by manifesting problematic behaviors in the family and social context such as oppositional behavior, fighting, lying, physical, or verbal aggression towards parents and peers, episodes of absenteeism or expulsions from school and other behaviors that may involve being included in the criminal justice system (Alexander, Waldron, Robbins, & Neeb, 2013; Sexton, 2011). The relationship between adolescent psychosocial adjustment and the family context is widely supported by studies of adolescent development (Bámaca-Colbert et al., 2017; Greenberg & Lippold, 2013). Thus, the family is one of the social systems in which adolescents maintain crucial interactions (Hunger et al., 2017). The family system provides a framework of belonging which attends to the needs, establishes links of trust, and promotes autonomy (Hunger et al., 2017). Additionally, there is also empirical evidence linking problematic behaviors during adolescence to a hostile and conflictive relationship with parents (Fosco, Lippold, & Feinberg, 2014). Accordingly, while treatments focusing on symptoms may initially reduce the problem behavior, if there is no intervention in the family context and relationships, the problem behaviors will re-surface (Sexton et al., 2011). Problematic behaviors are just the visible symptom that the family system and the adolescent are in crisis. Consequently, individual change partly depends on changes in other family members, as all the system contributes and is affected by the problem situation (Patterson, 2014).

Family therapy has been highlighted as a useful strategy for intervening with the family as a system when adolescents exhibit problematic behaviors (Greenberg & Lippold, 2013). Nevertheless, with the exception of Multisystemic Therapy (Henggeler, Schoenwald, Bordin, Rowland, & Cunningham, 2009), and Functional Family Therapy (Sexton, 2011), there are as yet relatively few evidence-based treatments for intervening with adolescents with problematic behaviors and their parents. This would explain the current interest in developing treatments that increase the resources of professionals for intervening with troubled adolescents and their parents, and in recent years we have seen the emergence of new treatments partially derived from family therapy. These include Family Constellations (FC; Cohen, 2006) which highlight interest in having evidence-based treatment to improve family interactions (Sexton et al., 2011). Spain has seen the development of Scene-based Psychodramatic Family Therapy (SB-PFT). This treatment has been positively evaluated by professionals working with adolescents with problematic behaviors and their parents (Lorence, Mora, & Maya, 2018). SB-PFT is a novel treatment respecting family therapy principles that innovates in comparison to other systemic approaches with troubled adolescents by adopting a multiple-family group format, as well as by helping the adolescents and their parents to experience conflict situations and assimilate other ways of resolving conflicts through psychodramatic techniques.

Scene-Based Psychodramatic Family Therapy

Scene-Based Psychodramatic Family Therapy is a specific therapeutic treatment that aims to improve family relationships and reduce adolescents' problematic behavior (Lorence, Díaz, & Maya, 2018; Gutiérrez, 2015). SB-PFT integrates the principles and techniques of systemic family therapy and the psychodramatic model using a group methodology, specifically multiple-family groups. SB-PFT includes assumptions derived from systemic family therapy, such as the importance of involving all the family members in the therapy, focusing on dysfunctional family relationships, understanding behavioral and emotional symptoms as part of the deterioration of family relations, and taking into account the perception, resources, and solutions proposed by the members of the family system (Minuchin & Fishman, 1981). SB-PFT draws on the strengths of the participants in order to enhance individual and family change (Lorence et al., 2018). According to the

psychodramatic approach, SB-PFT is based on the importance of the action and interpersonal roles (Moreno, 1946). SB-PFT places special emphasis on the development of appropriate interpersonal roles, that is, on the different behaviors, cognitions, and emotions that appear in the interaction with other people in different contexts (for example, in the adolescent, his role as a child, as a friend, his role in front of authority, etc.). Thus, role training based on the acquisition of behavioral and emotional strategies adapted to individual and family needs (negotiation, emotional understanding, expression of emotions, etc.) is meant to facilitate the management of different conflict situations (Blatner, 2007). In fact, Moreno (1946) believed that interpersonal roles should be trained through action as a way of improving the personal and social well-being of individuals. Specifically, SB-PFT focuses primarily on parent-adolescent interaction so that adolescents can train their role according to family and social norms, and parents can train their parenting role according to adolescents' needs (Lorence et al., 2018).

Scene-Based Psychodramatic Family Therapy uses the multiple-family group methodology that consists of therapeutically attending to several family systems conjointly (Keiley, Zaremba-Morgan, Datubo-Brown, Pyle, & Cox, 2015). The empirical data available for this methodology reveal that multiple-family groups favor intra-family communication and empathy (Keiley et al., 2015), problem solving (Keiley et al., 2015; Oruche, Draucker, Alkhatab, Knopf, & Mazurcyk, 2014), relativization of the problem (Oruche et al., 2014), and a reduction in adolescents' problematic behavior (Keiley et al., 2015).

Additionally, SB-PFT considers group therapeutic factors proposed by Yalom and Leszcz (2005), among which we highlight the catharsis of the participants in the group, the possibility of meeting other people with the same problem, gaining insight into the reason for their behaviors and emotions, interpersonal learning among the members of the group, or the possibility of correcting negative family dynamics through the help of the other members.

Scene-Based Psychodramatic Family Therapy uses five main psychodramatic techniques: role-playing, role reversal, mirror, doubling, and interpolation of resistances (Cruz, Sales, Alves, & Moita, 2018; Kipper & Ritchie, 2003; Moreno, 1946). Role-playing consists of the dramatization of the participants with the professional auxiliary ego in some interpersonal conflicts. Role reversal is similar to role-playing, although the protagonist assumes the role of the other party in the conflict during the dramatization with the aim of changing his or her point of view and gaining a better understanding of the other party. In the mirror technique, the protagonist does not dramatize the conflict. Another participant or the auxiliary ego assumes its role in dramatization. In this way, the protagonist is made aware of his or her actions from the outside. In the doubling technique, it is the professional auxiliary ego who gives voice to the participant's feelings and thoughts when the protagonist is unable to express him- or herself. Finally, interpolation of resistances consists of changing the conflict situation during dramatization to find out how the protagonist will act if the situation changes. In SB-PFT, conflict variation is characterized by the director giving the auxiliary ego an indication to express more emotions during role-play. In addition to the psychodramatic techniques, SB-PFT introduces a new technique in the therapeutic process: the scene. This technique is used at the beginning of the session and consists of the dramatization of a family conflict only by the expert auxiliary ego (Gutiérrez, 2015).

Change Mechanisms

The study of mechanisms of change is crucial in any rigorous assessment and it enables us to understand the process of personal transformation which occurs in participants during treatment (Sexton et al., 2011). SB-PFT attempts to achieve a process of change on the

basis of principles of family therapy and psychodrama. From the systemic perspective, family changes such as improvement in parent-child communication, individual changes in the family context such as development of empathy, the expression of emotions, or reduction of harsh parenting are seen to act as mediators towards achieving a better family relationship and a reduction in the problem behavior (Alexander et al., 2013; Sexton et al., 2011).

According to the psychodramatic approach, the process of change includes the catharsis of the participants by following sequential aspects: people's self-appraisal and evaluation of their relationships, the revelation, and expression of their emotions, and the final integration of their thoughts and emotions (Kellermann, 1984). This last point involves the identification and differentiation of the emotions, learning new coping strategies, knowledge of interpersonal relationships, and gaining emotional well-being.

Present Study

This paper presents the first study of SB-PFT. Specifically, we present the main characteristics of the treatment and a set of data collected from the experiences of the participants which we hope will encourage subsequent studies and ultimately a rigorous evaluation of SB-PFT. Currently, there is a growing tendency to use the qualitative perspective, both as a complement of the quantitative perspective and exclusively. This methodology provides a detailed picture about perceptions, opinions, and feelings of different participants (Patton, 2002).

Specifically, we set the following concrete objectives: (a) gauge the perception of change of troubled adolescents and their parents; and (b) examine the helpfulness of SB-PFT methodology and techniques for participants.

METHOD

Study Design

This study is based on a qualitative approach with focus groups in order to obtain a more accurate knowledge of SB-PFT from the content expressed by the participants. SB-PFT constitutes a novel treatment, although widely implemented in Spain, that is beginning to arouse scientific interest (Lorence et al., 2018). In this framework, this study design allows us to discover concepts and provide a theoretical view of data starting from the assumptions of Grounded Theory (Strauss & Corbin, 1998), giving priority to participants' discourse over researchers' previous knowledge. For this purpose, a set of analytical guidelines from Grounded Theory have been followed to generate inductive results regarding perceived changes and helpfulness of SB-PFT methodology and techniques through a comparative data analysis process (Charmaz, 2005; Strauss & Corbin, 1998).

This study constitutes the first step in a larger research project aimed at describing and assessing the effectiveness of Scene-Based Psychodramatic Family Therapy run by Child Welfare Services (CWS) in priority areas of southern Spain. These areas are characterized by a variety of risk factors such as socioeconomic (e.g., low income or low educational level), contextual risks (e.g., truancy, high violence in the neighborhood), and psychological factors associated with parental functioning such as parental stress (Cyr, Euser, Bakermans, & van Ijzendoorn, 2010). CWS are public services in priority areas aimed at reducing problematic family situations; their field of intervention includes environmental changes such as modification of family functioning (Jonson-Reid, 2004).

Child Welfare Services practitioners referred families recently enrolled in CWS (previous two years) for the SB-PFT treatment, if they met the following criteria: (a) families with troubled adolescents between 11 and 18 years exhibiting problematic behaviors such

as frequent fights with peers, alcohol use, social conflicts, or expulsions from school; (b) significant impairment of family relations; (c) consent for treatment from both adolescent and parents. CWS practitioners assessed problematic behavior through physical and verbal aggressiveness, anger, and hostility (Buss & Perry, 1992). Inadequate family dynamics and the use of dysfunctional educational practices defined the deterioration of family relationships (Lorber, Xu, Smith, Bulling, & O’Leary, 2014; Olson, Portner, & Lavee, 1985).

The SB-PFT Treatment

Scene-Based Psychodramatic Family Therapy developers recommend an average of 10 weekly multiple-family group treatment sessions, each one lasting 2 hours (Lorence et al., 2018). Two systemic therapists (directors) and two professional auxiliary egos with expertise in psychodramatic techniques lead each multiple-family group (Lorence et al., 2018). The therapists who lead the multiple-family group are psychologists and have training in systemic family therapy and psychodrama accredited by official entities. The auxiliary egos may be qualified psychologists, social workers, or social educators. The auxiliary egos are trained in SB-PFT by treatment therapists. This training 1 year prior to the application of the treatment has the objective of preparing the auxiliary egos in the use of psychodramatic techniques.

Scene-Based Psychodramatic Family Therapy intervenes in parent-adolescent conflicts which are having a negative influence on family dynamics. Each SB-PFT session runs through five phases: initial assessment, intragroup phase, intermediate assessment, intergroup phase, and final assessment. Figure 1 presents a structured session model of SB-PFT.

Initial assessment

Before the practical sessions, the practitioners responsible for the treatment (therapists and auxiliary egos) meet to agree on the objectives of the session and the opening scene

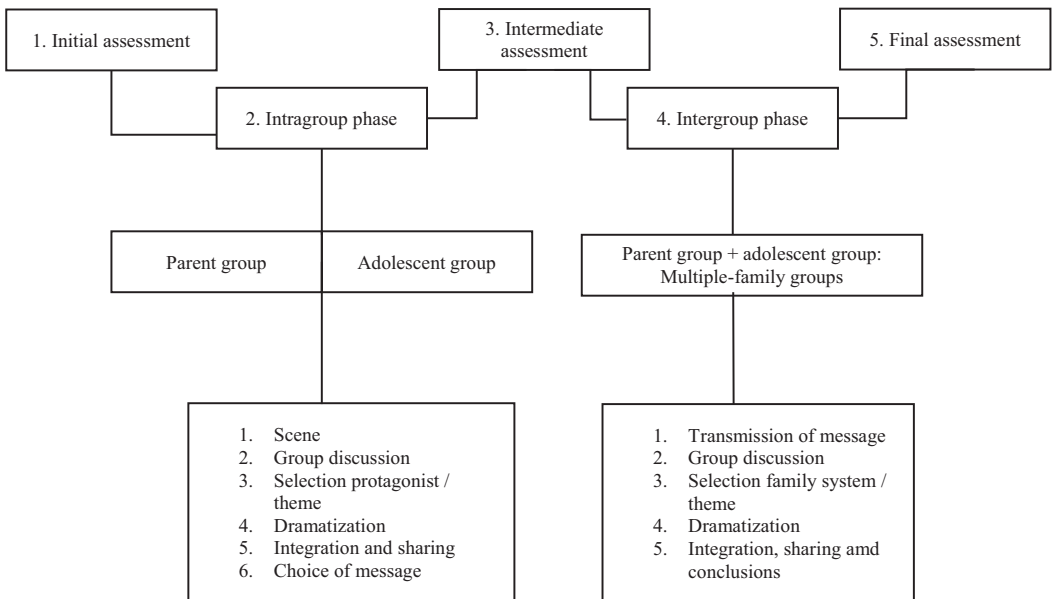


FIGURE 1. Scene-Based Psychodramatic Family Therapy: Session Structure

which generally represents a parent/adolescent conflict, although it can also take the form of expression of thoughts, emotional expression, ambiguous scenes, etc.

Intragroup phase

In this phase, the multiple-family group is divided into the adolescent group and the parent group. This phase lasts about 1 hour, and the aim is to achieve the catharsis of the participants (adolescents and parents) separately and produce a message to be communicated to the other group. There are six different moments: (a) Scene: the auxiliary ego acts out the selected scene; (b) Group discussion: discussion aimed at getting participants to express their opinions, feelings, and experiences regarding the content of the dramatized scene; (c) Selection of the protagonist/theme: the therapist supported by the auxiliary ego select the protagonist. The protagonist can be chosen from among the members of the group based on the following criteria: (i) the participant who has shown most enthusiasm or emotional impact after commenting on the scene; (ii) a participant who has not been the protagonist in previous sessions; (iii) a participant with influence in the group and whose specific problems coincide with those of the rest and therefore, is a good model to be a protagonist of the dramatization. Sometimes, the therapist prefers to choose a main theme so that several participants can dramatize a particular conflict situation; (d) Dramatization: the aim here is for the protagonist to reach catharsis through psychodramatic techniques (role-playing, role reversal, mirror, doubling, or interpolation of resistance); (e) Integration and sharing: in this stage people comment on what happened during the dramatization so that the protagonist can integrate the emotions experienced during the dramatization; (f) Choice of message: the group draws up a message to be given to the other group. This message can be from the protagonist to the other members of his or her family system or a group message. The message chosen may be a statement, a question, a conclusion, or a scene to be acted out in front of the other group for them to discuss.

Intermediate assessment

There is a 5-minute break in which the therapists and auxiliary egos from each group meet to relay the events that have occurred in each group so far and select the message to be transmitted to each group. They must decide whether it is the message that the adolescent group wants to transmit or the message that the parents want to transmit to the adolescents or both messages.

Intergroup phase

The two groups meet bringing together the different family systems adopting a multiple-family group methodology, under the co-direction of all the practitioners involved. The intergroup phase follows a similar routine to the intragroup one, although the focus of treatment is on family systems. At this final moment, the therapists provide feedback to the group which favors the process of integration of the emotions experienced during the session.

Final assessment

Practitioners meet to exchange information and assess the session. They assess the evolution of the group as a social system, and the evolution of each family system and its members. They conclude by identifying possible areas and contents for future interventions.

One of the implications of SB-PFT is the co-direction of the groups by the therapist and auxiliary ego. In general terms, the therapist must generate the therapeutic alliance with the group and take the main decisions during the therapeutic process (Blatner, 2007). In SB-PFT, the therapist observes the interactions within the group, formulates therapeutic

hypotheses within the framework of systemic theory and tests these hypotheses by proposing different dramatizations with the technical resources (role reversal, doubling, etc.) that the auxiliary must execute.

The auxiliary ego has to support, deliver, and execute the therapist's decisions. In this case, the auxiliary ego plays an important role during the sub-phase of dramatization because he/she is responsible for performing the dramatizations (role-playing, role reversal, etc.), which have previously been decided by the therapist (Moreno, 1978). Specifically, during the dramatization (the moment when participants must reach catharsis) the auxiliary ego interacts directly with the participants, while the director observes the dramatization from outside giving instructions and orders to the auxiliary ego to modify the existing interactions in order to mobilize participants' resources in conflictive situations.

Participants

This study included all the families which received SB-PFT in 2016. Specifically, 10 multiple-family intervention groups were drawn up, involving at least 1 adolescent and 1 parent from each family. As suggested by SB-PFT developers, 10 treatment sessions were performed with each multiple-family intervention group. The multiple-family groups ranged in size from 8 to 22 participants. The flow of cases through the trial is shown in Figure 2. Participants were classified as dropouts if they did not attend a minimum of three treatment sessions and the dropout rate was 31.67%. In total, 161 participants were enrolled in SB-PFT. From those, 110 participants (63 adolescents and 47 parents) completed the treatment and participated in the last session (focus groups). About 69.09% of completers attended more than six treatment sessions; eight sessions represented the modal number of sessions.

The adolescents' ages ranged from 11 to 18 ($M = 14.20$; $SD = 1.47$), with a balanced distribution of sex (53.97% girls). The parents' ages ranged from 29 to 54 ($M = 42.36$; $SD = 6.23$). In most cases (72.34%) the mother was the participant (21.28% the father, and 4.25% the parent's partner); and they had low-medium educational levels (14.89% incomplete compulsory schooling, 34.04% with primary studies, and 23.40% with secondary studies). As for types of family, 36.17% were single-parent, 38.29% intact two-parent, and 25.53% reconstituted families. Families consisted of approximately four members, with an average of two children. Of these, 95.45% were of Spanish origin; 2.72% were Colombian immigrants; and 1.82% Moroccan immigrants.

The main stressful life events experienced over the previous 5 years by these families, as reported by the adolescents, were: major financial difficulties in the family (54.0%); important arguments between the parents (50.8%); serious problems of adolescents or parents with the justice system (31.7%); a close relative's problems with drugs or alcohol (25.4%); conflictive relations between the adolescent and his/her partner (22.2%); intra-family abuse towards the adolescent (20.6%).

Procedure

In the last session, each multiple-family group was divided into the adolescent group and the parent group to conduct the focus groups and to explore the changes perceived by adolescents and parents. Sixteen focus group meetings were held in total. These groups met to promote interactions among the participants, obtain different points of view, analyze agreements and disagreements, and foster the onset of emerging contents (Barbour & Kitzinger, 1999). The size of the focus groups ranged from 4 to 13 people. Two members of the research team trained in this methodology chaired the focus groups, who had also participated as observers throughout the treatment.

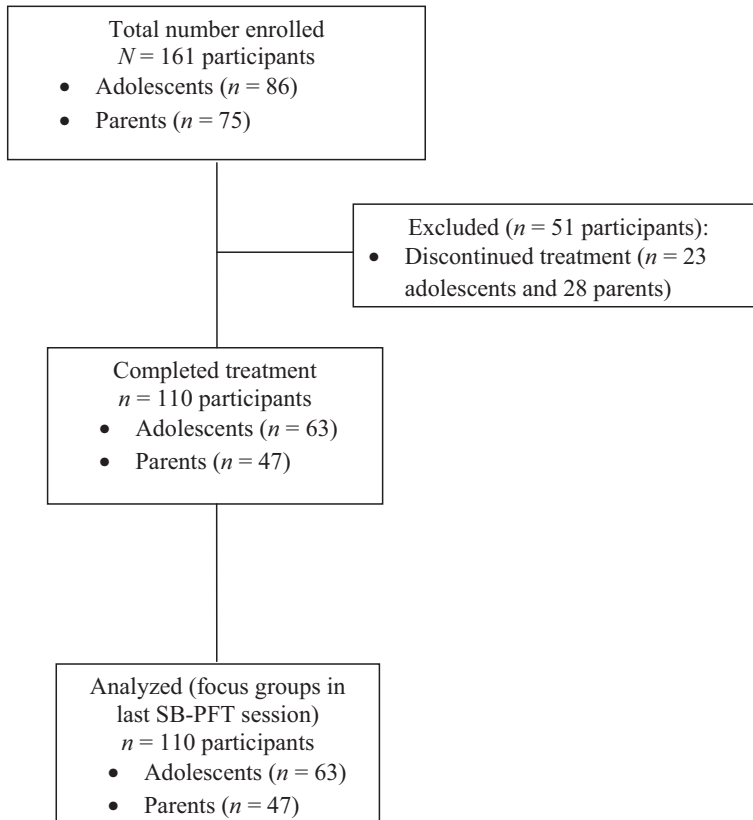


FIGURE 2. Flowchart of Participants Through the Study

The study researchers drew up the script to be discussed by the groups, and it was structured around two main themes: perception of change of the participants and perceived helpfulness of the methodology and techniques. The perception of change was evaluated by the following questions: “What has changed as a result of attending the sessions?”, “What changes have you perceived in your parents/child after the intervention?”, and “What is the best thing you take home from your participation?” We evaluated the usefulness of the SB-PFT methodology and the techniques through the following questions: “How has this group methodology helped you?” and “What do you think about dramatizations and other techniques used in these sessions?” The focus groups lasted from 30 to 40 minutes. We made audio recordings of all the groups.

Every informant participated in the study voluntarily, after signing an informed consent form in accordance with the Declaration of Helsinki. Researchers explained the aims of the project and assured participants their anonymity would be protected. Ethics approval was obtained from the University responsible for the study.

Data Analysis

The coordinators of each focus group transcribed the participants’ discourse for processing and coding with the qualitative data analysis software ATLAS.ti 7.0. ATLAS.ti 7.0. (Scientific Software Development GmbH, Berlin, Germany) We followed the assumptions of the Grounded Theory proposed by Strauss and Corbin (1998). Firstly, we performed a

process of open coding by identifying and defining significant fragments of the participants' discourse. The first analysis decision was to specify the interventions that were susceptible of analysis. For this purpose, the research team discarded the interventions that did not represent an elaboration of the discourse, such as "yes", "no", "me too" in order to eliminate possible cases of analysis doubling. The significant fragments of analysis were named active constructions of the narrative. This analysis began by coding the narrative inductively, openly, and without preset theoretical assumptions, thus carrying out a process of live coding, line by line. From this process, a list of codes emerged that prioritized the participants' own expressions and words.

Subsequently, we carried out an axial coding, grouping the codes into categories. To elaborate these analytical categories, we took into account the possible groupings and differentiations of the codes in central and peripheral themes, their frequency of occurrence, the properties of the created categories, the merging of categories, and the elimination of redundant categories. As Braun and Clarke (2006) made clear, this is a flexible process of analysis, going back and forth, quite unlike linear sequentially. Additionally, the researchers formed two groups to reach an agreement about the final outcome and ensure the thoroughness of the study (Creswell, 2007). The researchers reached full agreement about the codes after three in-depth reviews of the data.

Quality and Validity

In order to achieve an adequate level of rigor, validity, and credibility in the qualitative analysis of the data (Patton, 2002; Tracy, 2010), we adopted the following methods: (a) inter-data triangulation or constant comparative method (Strauss & Corbin, 1998) involving the systematic comparison of codes and their properties stemming from the analysis of the data in different fragments of the same material, among different materials, participants, situations, and at different times to search for regularities or patterns to allow us to define a category or relation; (b) theoretical saturation to validate that no new significant properties and dimensions had emerged from the analysis of the participants' narrations, leading to new categories (Patton, 2002); (c) triangulation or process of validation from different sources, facilitating the emergence of categories shared by different informants; in this study, through the comparison of categories of similar or different content between adolescents and parents (Creswell, 2007); (d) peer review or inter-analytic triangulation (Creswell, 2007), contrasting the results of each researcher's coding, analyzing in greater detail those in which agreement was not reached; (e) intra-evaluator reliability (Miles & Huberman, 1994); this procedure required each researcher, roughly two-thirds of the material analyzed, to start again and re-examine the codes; (f) consideration of outliers, that is, the analysis of data that pointed in the opposite direction of the general structure (Mays & Pope, 2000); (g) a multi-informant method through focus groups (Mays & Pope, 2000).

RESULTS

Due to space constraints and the large size of the tables, all of the tables are annexed as Supporting Information. They show examples of the discourse of participants in each category that emerged from the qualitative analysis.

Perception of Change

The in-depth analysis of the participants' discourse revealed the changes perceived by the participants, identifying 290 active constructions of narratives that reflected some kind of change. On the basis of the contents, we grouped these narratives into 23 categories or contents of change.

Table S1 presents the contents of change identified by the adolescents, their frequency of occurrence and an example from each category. We identified 13 contents of change in adolescents. Adolescents manifested that thanks to SB-PFT they had perceived an increase in their social support network, a change in their attitudes which led to improved family and social adjustment, and new keys to problem solving. Other changes that adolescents mentioned frequently were a greater facility for expressing their emotions and feelings, better communication with their parents, increased emotional wellbeing, or a reduction in their aggressive behaviors.

Table S1 also shows the changes that parents perceived in their children. Parents agreed with their children in seven out of the 13 categories. For the parents, the most important changes in the adolescents in SB-PFT were related to greater expression of emotion and feelings, a change in attitude which involved greater acceptance of family and social norms, new keys to problem solving and improved emotional wellbeing. The parents' discourse also identified four contents of change which the troubled adolescents had not mentioned. Of these, parents highlighted greater control of adolescents' impulsive behavior, greater empathy, and an increased awareness of why their parents behaved and thought as they did.

Table S2 presents the categories identified by the parents, the frequency of occurrence, and an example of each content. The parents identified 11 contents of change in this pilot study. The active constructions of parents' narrative indicated mainly an increase in their social support network after SB-PFT, new understandings of educational practices, greater expression of their emotions and feelings, and improved social wellbeing characterized by a greater presence of feelings of peace and calm. Other contents included better communication with their children, more self-awareness regarding their own and their children's behaviors, thoughts, and motivations, and a greater perception of self-control. Table S2 is completed with the changes that the adolescents perceived in their parents. Here adolescents and parents coincided in only four out of the 11 categories. The adolescents revealed that after SB-PFT their parents had a greater understanding of their children's behaviors and thinking, and showed greater empathy. Furthermore, the adolescents reported changes in their parents that the latter had not mentioned. Specifically, the adolescents pointed out that their parents showed less over-reactivity, more signs of affection, and greater promotion of their children's autonomy.

A synthesis of the changes that have emerged in adolescents and parents is presented in Figure 3.

Finally, it should be noted that the number of narratives that showed absence of changes in adolescents and parents was negligible in comparison with the presence of perceived changes. Only three of the parents' narratives and nine of the adolescents' narratives reflected absence of changes.

Perceived Helpfulness of Methodology and Techniques

Table S3 shows the methodological and technical aspects which were perceived as helpful by the adolescents and their parents, the frequency of occurrence, and an example of the narrative. Thus, in their discourse adolescents referred mainly to the helpfulness of the group methodology as a facilitator of social support and expression of emotions. Furthermore, the adolescents reported that the group nature of SB-PFT introduced them to other adolescents in their same situation. Likewise, the main techniques reported as helpful by adolescents during the therapeutic process were role-playing, the mirror and inter-polation of resistance. Adolescents reported that these techniques helped them acquire new strategies for resolving conflicts, express their emotions and feelings, perceive peer

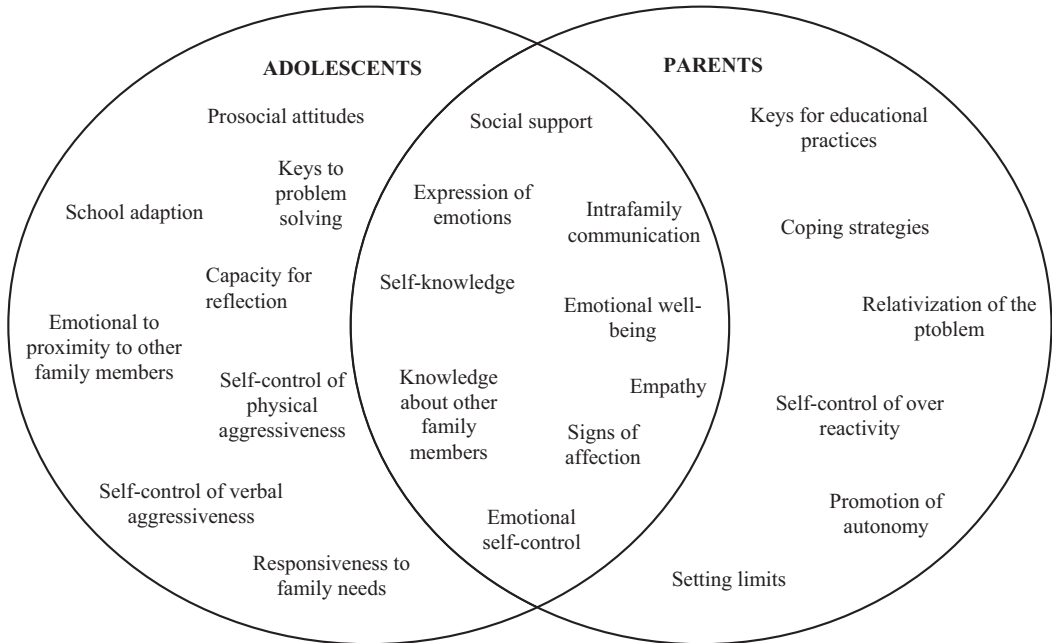


FIGURE 3. Contents of Perceived Change in Adolescents and Parents

support, reflect on their situation” and improve self-knowledge of their thoughts, behaviors, and emotions.

Finally, the parents revealed that the group methodology allowed them to meet others in the same situation, acquire understanding of educational practices, express emotions, and form a new social support network. Likewise, the parents highlighted the importance of group cohesion and trust to encourage them to open up emotionally. Role-playing and mirror techniques had the most references in the parents’ discourse analysis and they stated that these two techniques had helped them to improve their educational strategies, express emotions and improve their self-knowledge about their thoughts, behaviors, and emotions. The parents also referred to the scene as one of the main techniques in SB-PFT which facilitated the development of empathy and a greater understanding of their children.

DISCUSSION

This study has presented, for the first time, the theoretical and methodological principles of SB-PFT, implemented with adolescents with problematic behaviors and their parents in priority areas. It has included an extensive and detailed account of the treatment to facilitate its reproduction in future applications. The presentation of SB-PFT contributes to the search for intervention and treatment resources for a specific population—problematic adolescents and their parents—which requires therapeutic intervention (Sexton, 2011). The study results are discussed using a qualitative and multi-informant methodology to facilitate understanding of the contents manifested by adolescents and their parents (Tracy, 2010). These contents, analyzed inductively through the open and axial coding of Grounded Theory, allow us to respond to the objectives of the study and obtain a series of theoretical implications for future evaluations of SB-PFT.

The first study objective was to analyze the changes perceived as a result of the SB-PFT. Participants referred to changes in parent-child interactions (such as better intrafamily communication), individual changes in adolescents (such as the appearance of more prosocial and less conflictive behaviors), individual aspects of the parents (such as better expression of emotions and improved self-knowledge), and changes in the support network. Perception of change on different levels is important in these treatments intervening in the family system. In fact, Sexton et al. (2011) anticipated that it was important to achieve relational changes to prevent problematic behaviors from reappearing in adolescents.

Regarding relational changes, one of the objectives of SB-PFT is to improve family relations by modifying dysfunctional relations between adolescents and their parents. In family therapy (Minuchin & Fishman, 1981) one of the elements which changes parent-adolescent interactions is the use of educational practices better suited to the needs of the adolescent. In SB-PFT, parents revealed that they had modified their ideas about educational practices, highlighting the importance of using less coercive strategies, while the adolescents pointed to specific aspects of their parents' educational practice which had changed, such as the use of less reactive practices. Furthermore, according to systemic family therapy (Minuchin & Fishman, 1981), another important element revealed by both parents and adolescents, and which therefore seems to be a direct consequence of the SB-PFT, was the improvement in communication between them. In general, parents and adolescents revealed changes in parent-adolescent interactions such as greater attention to the needs of the other family member, and the promotion of autonomy that corresponds to the functions of the family as a social system (Hunger et al., 2017). The fact that parents and adolescents refer to improvements in family relations and changes in the other member of the family system has to be positive for adolescent development and the family climate (Bámaca-Colbert et al., 2017; Hunger et al., 2017).

In relation to the personal changes revealed by the adolescents, we found changes in problems of either a behavioral, cognitive, or emotional nature. The fact that the adolescents were the reason the families were referred to SB-PFT due to their problematic behaviors underlines the importance of the active constructions of the adolescents referring to a decrease in physical or verbal aggressiveness, and mainly the development of prosocial attitudes, such as acceptance of family, social, and school rules. Thus, adolescents' discourse on this point would seem to be consistent with the objectives of the treatment directly related to reducing problematic behaviors. Adolescents also referred to cognitive changes such as greater knowledge about the keys to problem solving and deeper self-knowledge. These results are consistent with other treatments for families with troubled adolescents (Robbins, Alexander, Turner, & Hollimon, 2016; Sexton, 2011), apart from the result referring to an improvement in self-knowledge, which has not been reported before. Finally, the adolescents revealed improvements in their emotional skills such as better expression of their emotions and greater emotional wellbeing. These changes are consistent with the use of the psychodramatic techniques in SB-PFT whose objective is to facilitate the emotional liberation (Kellermann, 1984).

From systemic principles, it is clear that changes in the adolescent partly depend on changes in the other family members and all the system contributes to, and is affected by, the problem situation (Patterson, 2014). Hence, this study analyzed the changes perceived by the parents. Besides changes in their educational practices, the parents revealed other cognitive and behavioral changes which were not initially foreseen in the objectives of SB-PFT. Parents reported greater self-knowledge and more coping strategies for the problems of daily life. At an emotional level, parents reported better expression of emotions and improved emotional wellbeing, changes possibly facilitated by the psychodramatic orientation of SB-PFT (Moreno, 1946).

Finally, adolescents and parents coincided in mentioning improvements in perceived social support. Encouraging sources and resources of social support in the lives of these families should be highlighted as one of the great strengths of this treatment. This result is not just remarkable for being the one referred to most by the participants, but also for the confirmed benefits of social support for personal wellbeing, family relations, and coping with stress (Cohen, 2004).

The second objective was to provide evidence of the perceived helpfulness of the methodology and techniques used in SB-PFT by troubled adolescents and parents. They coincided in highlighting the importance of the group methodology for promoting social support. Thus, one of the novel features of SB-PFT with respect to other treatments with adolescents with problematic behaviors is the use of multiple-family groups, the main implication of which is the generation of support networks. This result is consistent with the group therapeutic factors proposed by Yalom and Leszcz (2005). In accordance with these authors, the participants revealed how the group and the confidence reached between the families and the adolescents had enabled them to meet other families with the same problem, express their emotions, and facilitate interpersonal learning among the members of the group. These results tie in with those reported in interventions using multiple-family groups (Oruche et al., 2014).

As for the techniques used in SB-PFT, both adolescents and parents highlighted the value of role-playing and the mirror. Coinciding with the opinion of psychodramatic experts (Cruz et al., 2018; Moreno, 1946), adolescents and parents underlined the importance of role-playing for expressing emotions, improving self-knowledge, improving the keys for educational practices, and perceived support in the representation of conflictive situations. Role-playing facilitates the step from discourse to action and the cathartic process in the participants (Kellermann, 1984; Moreno, 1946). Together with role-playing, the participants valued the helpfulness of the mirror technique consisting of the dramatization of a situation in which the protagonist stays out of the dramatization and his or her role is played by the auxiliary ego or other member of the group (Cruz et al., 2018). This recent study highlighted the importance of the mirror for making protagonists become aware of their behaviors. In our study, both adolescents and parents made references in their discourses to this technique as a facilitator of the acquisition of keys to problem solving, for promoting reflection, improving self-knowledge, and the perception of feeling support. In turn, the scene (Gutiérrez, 2015) is a new technique proposed by SB-PFT for opening the treatment sessions. It was referred to more by parents than by adolescents as a technique favoring empathy and knowledge about other family members, although it was not referred to as much as role-playing or the mirror. Finally, in contrast to the study by Kipper and Ritchie (2003), the importance that participants attributed to techniques of role reversal and doubling was low.

Globally, the changes perceived by the participants after the SB-PFT are consistent with the objectives of the treatment. Indeed, that both the adolescents and their parents perceived relational and individual changes ties in with the framework of SB-PFT's systemic theoretical approach. Therefore, as a theoretical implication stemming from our inductive analysis (see Figure 3), we found that the changes perceived at different levels (parent-adolescent interaction; individual in the adolescent and in the parent; and the development of social support) should serve as a guide for developing empirical understanding about the effects of this treatment. In addition, in an area where deductive studies prevailed, the qualitative analysis on the helpfulness of psychodramatic techniques has increased understanding on a theme with few scientific contributions from an inductive point of view (Cruz et al., 2018). Therefore, participants' references to the utility of techniques such as role-playing and the mirror and the benefits mentioned of the group

methodology give us a positive vision of the SB-PFT, which is highly gratifying for the problematic adolescents and their parents.

LIMITATIONS AND FUTURE RESEARCH

There were several limitations in this study that should be considered when interpreting the findings. At the methodological level, there may have been drawbacks with the focus groups such as the influence that some participants may have exerted over the rest of the group. Additionally, the questions selected may have influenced the participants and served as guidelines for participants to report positive changes to satisfy researchers' expectations. Likewise, the questions may have hindered the generation of relationships and a final theory that links the contents of perceived changes and the perceived benefit of the methodology and techniques of the SB-PFT. Furthermore, we had to perform three reviews of the data before reaching consensus ratings due to differing levels of knowledge of the coding process amongst researchers. Hence, the results should be treated with caution and need to be contrasted at a later stage with quantitative approaches following quality standards in programme evaluation (Flay et al., 2005). Additionally, it would have been interesting to explore the components of treatments that did not help. At the theoretical level, we must bear in mind that troubled adolescents are not a homogeneous population (Sexton, 2011) and therefore the individual differences must be taken into account in the study design.

As for improvements for future studies, we propose that the results presented in this paper must be complemented by other studies to evaluate SB-PFT exhaustively with a multi-method design completing the collection and analysis of data with quantitative procedures in a randomized controlled trial. It would also be interesting to conduct more studies to be able to generalize the results obtained, establish an integration and explanation of the SB-PFT change model, and study the role of possible intervention moderators. The incorporation of all these improvements would allow compliance with all the principal quality criteria for evidence-based procedures (Flay et al., 2005). As for ways of improving SB-PFT, we make three suggestions: a) promote intervention components to encourage the development of empathy amongst the adolescents; b) train parents in new educational practices; c) enhance the use of the techniques of role reversal, doubling" and the scene so they are perceived as more helpful by participants; and d) develop strategies during the therapeutic process to make participants aware of their personal strengths.

CONCLUSIONS

Despite the aforementioned limitations, the use of an inductive and open methodology to analyze the participants' discourse revealed a wide range of perceived changes. The resulting contents will delimit the dimensions that must be evaluated in quantitative studies. Hence, this work, supported by the assumptions of Grounded Theory, has generated the first empirical findings about SB-PFT. Furthermore, this study has presented the theoretical and methodological framework of the SB-PFT. Additionally, the structure of the SB-PFT sessions and techniques have been described to encourage replication by other professionals. In conclusion, this study should help understanding of the therapeutic process behind SB-PFT and serve as a first step towards improving the intervention and research of SB-PFT with adolescents with problematic behaviors and their parents.

REFERENCES

- Alexander, J. F., Waldron, H. B., Robbins, M. S., & Neeb, A. A. (2013). *Functional family therapy for adolescent behavior problems*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bámaca-Colbert, M. Y., Gonzales-Backen, M., Henry, C. S., Kin, P. S. Y., Roblyer, M. Z., Plunkett, S. W. et al. (2017). Family profiles of cohesion and parenting practices and Latino Youth Adjustment. *Family Process, 57*, 719–736. <https://doi.org/10.1111/famp.12314>
- Barbour, R. S., & Kitzinger, J. (Eds.) (1999). *Developing focus group research: Politics, theory and practice*. London, UK: Sage.
- Blatner, A. (2007). The role of the meta-role: An integrative element in psychology. In C. Baim, J. Burmeister, & M. Maciel (Eds.), *Psychodrama: Advances in theory and practice* (pp. 53–67). London, UK: Routledge.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Buss, A. H., & Perry, M. P. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*(3), 452–459. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.3.452>
- Charmaz, K. (2005). Grounded theory in the 21st century. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research* (3rd ed., pp. 507–535). London, UK: Sage Publications.
- Cohen, D. B. (2006). ‘Family Constellations’: An innovative systemic phenomenological group process from Germany. *The Family Journal, 14*(3), 226–233. <https://doi.org/10.1177/1066480706287279>
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist, 59*, 676–684. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cruz, A., Sales, C. M. D., Alves, P., & Moita, G. (2018). The Core Techniques of Morenian Psychodrama: A systematic review of literature. *Frontiers in Psychology, 9*, 1263. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01263>
- Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans, M. J., & van Ijzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology, 22* (1), 87–108. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990289>
- Flay, B., Biglan, A., Boruch, R. F., González, F., Gottfredson, D., Kellam, S. et al. (2005). Standards of evidence: Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science, 6*(3), 151–175. <https://doi.org/10.1007/s11121-005-5553-y>
- Fosco, G. M., Lippold, M., & Feinberg, M. E. (2014). Interparental boundary problems, parent-adolescent hostility, and adolescent-parent hostility: A family process model for adolescent aggression problems. *Couple and Family Psychology, Research and Practice, 3*(3), 141–155. <https://doi.org/10.1037/cfp0000025>
- Greenberg, M. T., & Lippold, M. A. (2013). Promoting healthy outcomes among youth with multiple risks: Innovative approaches. *Annual Review of Public Health, 34*(1), 253–270. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031811-124619>
- Gutiérrez, J. A. (2015). Intervención comunitaria desde el enfoque psicoescénico. *Mosaico, 60*, 86–94.
- Henggeler, S., Schoenwald, S., Bordin, C., Rowland, M., & Cunningham, P. (2009). *Multisystemic therapy for antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Guilford.
- Hunger, C., Bornhäuser, A., Link, L., Geigges, J., Voss, A., Weinhold, J. et al. (2017). The Experience in Personal Social Systems Questionnaire (EXIS.pers.): Development and psychometric properties. *Family Process, 56*(1), 154–170. <https://doi.org/10.1111/famp.12205>
- Jonson-Reid, M. (2004). Child welfare services and delinquency: The need to know more. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program, 83*(2), 157–173.
- Keiley, M. K., Zaremba-Morgan, A., Datubo-Brown, C., Pyle, R., & Cox, M. (2015). Multiple-family group intervention for incarcerated male adolescents who sexually offend and their families: Change in maladaptive emotion regulation predicts adaptive change in adolescent behaviors. *Journal of Marital and Family Therapy, 41* (3), 324–339. <https://doi.org/10.1111/jmft.12078>
- Kellermann, P. F. (1984). The place of catharsis in psychodrama. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry, 37*(1), 1–13.
- Kipper, D. A., & Ritchie, T. D. (2003). The effectiveness of psychodramatic techniques: A meta-analysis. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice, 7*(1), 13–25. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.7.1.13>
- Lorber, M. F., Xu, S., Smith, A. M., Bulling, L., & O’Leary, S. (2014). A new look at the psychometrics of the Parenting Scale through the lens of Item Response Theory. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 43*(4), 613–626. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.900717>
- Lorence, B., Mora, M., & Maya, J. (2018). Description and analysis of the quality of programs for the treatment of antisocial behavior in the city of Huelva. *Journal of Research in Social Pedagogy, 32*, 83–95. <https://recyt.fecyt.es/index.php/PSRI/article/view/58622/40610>
- Mays, N., & Pope, C. (2000). Assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal, 320*(7226), 50–52. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7226.50>

- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. Newbury Park, CA: Sage.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Moreno, J. L. (1946). *Psychodrama* (Vol. 1). Beacon, NY: Beacon House.
- Moreno, Z. T. (1978). The function of the auxiliary ego in psychodrama with special reference to psychotic patients. *Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry*, *31*, 163–166.
- Olson, D. H., Portner, J., & Lavee, Y. (1985). *FACES III*. St. Paul, MN: University of Minnesota.
- Oruche, U. M., Draucker, C., Alkhatab, H., Knopf, A., & Mazurcyk, J. (2014). Interventions for family members of adolescents with disruptive behavior disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, *27*(3), 99–108. <https://doi.org/10.1111/jcap.12078>
- Patterson, T. (2014). A cognitive behavioral systems approach to family therapy. *Journal of Family Psychotherapy*, *25*(2), 132–144. <https://doi.org/10.1080/08975353.2014.910023>
- Patton, M. Q. (2002). Designing qualitative studies. In M. Q. Patton (Ed.), *Qualitative research and evaluation methods* (3rd ed., pp. 209–257). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Robbins, M. S., Alexander, J. F., Turner, C. W., & Hollimon, A. (2016). Evolution of Functional Family Therapy as an evidence-based practice for adolescents with disruptive behavior problems. *Family Process*, *55*(3), 543–557. <https://doi.org/10.1080/17571472.2017.1362713>
- Sexton, T. (2011). *Functional family therapy in clinical practice: An evidence-based treatment model for working with troubled adolescents*. New York: Routledge.
- Sexton, T., Gordon, K. C., Gurman, A., Lebow, J., Holtzworth-Munroe, A., & Johnson, S. (2011). Guidelines for classifying evidence-based treatments in couple and family therapy. *Family Process*, *50*(3), 377–392. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2011.01363.x>
- Strauss, A., & Corbin, J. M. (1998). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques* (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage.
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative quality: Eight “big-tent” criteria for excellent qualitative research. *Qualitative Inquiry*, *16*(10), 837–851. <https://doi.org/10.1177/1077800410383121>
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New York: Basic Book.

SUPPORTING INFORMATION

Additional Supporting Information may be found in the online version of this article:

Table S1. Contents of Perceived Change in Adolescents (Self-Perceived and Informed by Others)

Table S2. Contents of Perceived Change in Parents (Self-Perceived and Informed by Others)

Table S3. Perceived Helpfulness of the Methodology and Techniques of SB-PFT

Table S1

Contents of perceived change in adolescents (self-perceived and informed by others)

Self-perceived changes	Changes reported by the parents	Active constructions of the narrative
Social support (19) ¹		“The best thing about being here is having made friends.” (Girl, 16 years)
Prosocial attitudes (16)	Prosocial attitudes (9)	“Yes, yes, the sessions have helped me, at least to respect.” (Boy, 13 years)
Keys to problem solving (11)	Keys to problem solving (7)	“I think that I should also control myself because if I shout, my mother will go on shouting, and if I shut up, my mother will shut up, that's what I've come to realize.” (Girl, 14 years)
Expression of emotions and feelings (10)	Expression of emotions and feelings (11)	“Talking to someone who isn't one of us and telling them things that maybe they wouldn't tell us, but not to other kids, they are talking to adults and telling them about their problems and this helps them to get it off their chest.” (Mother, 41 years)
Intrafamily communication (9)	Intrafamily communication (5)	“Now we don't fight as much but before... at the slightest problem we'd explode but now we talk more about things before fighting.” (Girl, 15 years)
Self-knowledge (7)	Self-knowledge (4)	“What I've realized is that I'm a girl who gets excited the whole time and I tend to express this very quickly, but not in front of my mother.” (Girl, 14 years)
School adaption (6)		“I am also doing much better in my studies.” (Boy, 12 years)
Emotional well-being (6)	Emotional well-being (9)	“They are calmer, more relaxed.” (Mother, 36 years)
Capacity for reflection (5)		“I think about the problems I have there, at home, with my dad and things like that.” (Boy, 16 years)
Emotional proximity to other family members (4)		“I am more attached to my mother, for example.” (Girl, 15 years)
Self-control of physical aggressiveness (4)		“Now instead of hitting my brother, I hit the wall.” (Girl, 16 years)
Self-control of verbal aggressiveness (3)		“Before I used to answer back, I insulted her and things like that, and I think if I'd had a daughter like me, the way I was 10 weeks ago, I would have done her head in more than once.” (Girl, 13 years)
Responsiveness to family needs (3)	Responsiveness to family needs (3)	“And the truth is that, yes, I've noticed that it was good for him. Yes, because he asked me "Mum, how do you feel?", "don't worry", and so on and before, he didn't do that.” (Mother, 48 years)
	Knowledge about other family members (5)	“Because the children have seen the point of view that, let's say, it's us, for them we are a nightmare, always going on at them, but they have seen the other point of view.” (Mother, 36 years)
	Empathy (4)	“I've noticed mental clarity in him, he's capable of putting himself in someone else's shoes.” (Mother, 44 years)
	Signs of affection (3)	“Well, changing in the sense that she is more affectionate with me.” (Mother, 52 years)
	Emotional self-control (5)	“Actually, he is thanking you, in his way, lowering his anxiety, his impulse, controlling more.” (Mother, 44 years)

¹In brackets the frequency of occurrence of the active constructions of the narrative

Table S2

Contents of perceived change in parents (self-perceived and informed by others)

Self-perceived changes	Changes reported by their sons and daughters	Active constructions of the narrative
Social support (11) ¹		"I'm also taking a lot of friendship from here, from her -a mother- who I met ten days ago. I feel as if I've known her all my life, well all of them, but her especially, from the first day because my son and her son became good friends, and so I'll take home that feeling of having known her for years." (Mother, 47 years)
Keys for educational practices (9)		"I think that all of us who are here are not sure we are doing things right. When something goes wrong you always think that. There are some things that you reinforce and others that you think -maybe not this way-, -maybe this way I was getting it wrong." (Mother, 41 years)
Emotional well-being (9)	Emotional well-being (3)	"My mum is pretty much the same when it comes to patience, but in other things she's calmer." (Boy, 12 years)
Expression of emotions and feelings (9)	Expression of emotions and feelings (3)	"They made us bring our feelings out, they made us bring out the emotions that we are often incapable of showing, we put on our mask and everything stays inside and that is terrible. That was really good." (Mother, 34 years)
Intrafamily communication (8)		"I have changed in the sense that if she is too upset... what I tell her is "we'll talk later" when she is calmer and so on, then we talk." (Mother, 47 years)
Self-knowledge (7)		"It has helped me as a person, that is, not in relation to my son, but instead, I've learned to know myself." (Mother, 42 years)
Knowledge about other family members (7)	Knowledge about other family members (8)	"Before my mum thought I was a good-for-nothing, that I was a lay about, that's what she used to say." (Girl, 13 years)
Emotional self-control (7)		"It has helped us to control ourselves. I control myself more." (Stepmother, 42 years)
Empathy (4)	Empathy (4)	"I think I have also learnt to put myself in her position, to see how she feels." (Mother, 51 years)
Coping strategies (4)		"I've changed in my shyness, I was so shy I wouldn't talk, for me that was... but I've got over it, well, I'm getting over it little by little." (Mother, 42 years)
Relativization of the problem (4)		"Finding out that your children aren't the worst in the world, that they are doing the same things that others do, because that's how it is. And personally, that has taken a weight off my shoulders." (Mother, 34 years)
	Self-control of over-reactivity (8)	"Instead of suddenly shouting, now she controls herself and maybe doesn't shout at all." (Boy, 16 years)
	Promotion of autonomy (7)	"I don't know, well, before my mum, for example, would restrict some things for me but now she lets me because she can see I'm changing, because this is helping me." (Boy, 13 years)
	Signs of affection (7)	"My mum comes up and gives me a kiss, and, she's very loving." (Girl, 13 years)
	Setting limits (3)	"My mother is fairer with me, fairer." (Boy, 13 years)

¹ In brackets the frequency of occurrence of the active constructions of the narrative

Table S3

Perceived helpfulness of the methodology and techniques of SB-PFT

Methodology and techniques	Active constructions of the narrative	Helpfulness
Group methodology Adolescents (19) ¹ Parents (40)	“Listening to others you realize that your problem isn’t the only one in the world, and it’s not the biggest or the worst. There’s all sorts.” (Mother, 34 years)	Social support; Relativization of the problem; Expression of emotions and feelings; Keys for educational practices
Role-playing Adolescents (8) Parents (10)	"Maybe there’s something that’s going round and round in your head and maybe with her -auxiliary ego- we can do it, we can express it, and you can get it out.” (Boy, 13 years)	Expression of emotions and feelings; Self-knowledge; Keys for educational practices; Social support
Mirror Adolescents (6) Parents (10)	“Let’s see how we behave, that’s the main thing. And then you see it and you say: ‘Did I really get like that?’ (Father, 50 years)	Keys to problem solving; Capacity for reflection; Keys for educational practices; Self-knowledge; Social support.
Group cohesion and trust Parents (6)	“Then I saw there was trust and the people that made you open up, opened up themselves, which is good, because if you’re in a group and one person doesn’t say anything, and then another and another, you say to yourself ‘What am I doing here?’ (Father, 45 years)	Expression of emotions and feelings
Interpolation of resistance Adolescents (4) Parents (2)	“We started with one thing and finished with another, getting out what we needed to get out of our systems.” (Mother, 51 years)	Keys to problem solving; Expression of emotions and feelings
Role-reversal Adolescents (2) Parents (3)	“You’ve had a row with your mum, well it helps you to understand how your mum felt about it.” (Girl, 14 years)	Empathy; Knowledge about other family members
Scene Adolescents (2) Parents (4)	“Watching a scene helps from the point of view of how they feel, something that I would never have imagined: their feelings and how they see the situation.” (Father, 38 years)	Capacity for reflection; Empathy; Knowledge about other family members
Doubling Adolescents (2) Parents (2)	“Maybe we don’t know how to express or say things, while she (auxiliary ego) finds another way of expressing this which perhaps we would do badly.” (Boy, 13 years)	Keys to problem solving; Expression of emotions and feelings

¹ In brackets the frequency of occurrence of the active constructions of the narrative

ANEXO III

Effectiveness of Scene-Based
Psychodramatic Family Therapy in
adolescents with problematic behaviors

Effectiveness of Scene-Based Psychodramatic Family Therapy in Adolescents with Problematic Behaviors

Abstract

Scene-Based Psychodramatic Family Therapy is a multiple-family treatment for adolescents with problematic behaviors implemented by Child Welfare Services in Spain. This intervention is aimed at promoting adolescent well-being. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of Scene-Based Psychodramatic Family Therapy in 17 trials, measuring its impact on the emotional intelligence, parent attachment, peer attachment, and antisocial behavior of 216 adolescents (109 participating in the treatment and 107 in the control group). Repeated measures ANOVAs for pretest/posttest differences and long-term growth models were estimated. In the short-term the treatment had a positive impact on emotional intelligence and had a stabilizing effect on parent attachment, whereas the long-term results showed significant logarithmic growth in emotional intelligence and exponential growth in parent attachment and a decrease in antisocial behavior. However, there were no changes in peer attachment showed. This study shows Scene-Based Psychodramatic Family Therapy to be a potentially effective intervention for adolescents with problematic behaviors and emphasizes the importance of fostering emotional intelligence.

Keywords: adolescence; emotional intelligence; parent attachment; antisocial behavior; effectiveness; Child Welfare Services

Introduction

Adolescence is a developmental period in which several biological, cognitive, and psychosocial changes take place, sometimes accompanied by an increase in

problematic situations in the adolescent's family and social environments (Dishion & Stormshak, 2007). The increase of problematic situations and their inadequate resolution may hinder the adolescents' adaptation to the aforementioned changes, possibly resulting in serious antisocial behavior (Greenberg & Lippold, 2013). For example, in the USA, an estimated 10% of adolescents are in the judicial system (Sexton, 2011). In Spain, 830.7 out of 100000 minors are involved in the judicial system. Andalusia reported the highest figures in 2016, showing a 3% increase with respect to the previous year, mostly in adolescents between 16-17 years old (Ministry of Health, Social Service and Equality, 2017).

An effective measure for avoiding the aforementioned judicial consequences and guaranteeing the adjustment and wellbeing of these boys and girls and their families is to design interventions that meet the needs of those adolescents who begin to display problematic behaviors and who experience important conflicts in their social or family contexts (Sexton, 2011). As a consequence, current public policies include interventions focused on preventing the negative consequences of problematic behaviors, as well as promoting adolescent and family wellbeing (Jiménez, Antolín, Lorence, & Hidalgo, 2018). This present study offers evidence regarding specific intervention's impact on adolescents with problematic behavior: Scene-Based Psychodramatic Family Therapy (authors, 2018a; authors, 2018b).

Emotional intelligence and attachment security in adolescents with problematic behaviors

Adolescents with problematic behaviors are characterized by conducts such as verbal and physical aggression, noncompliant, coercion, school problems, truancy, disagreeing, fighting, oppositional behaviors and others that may result in judicial

intervention (Alexander, Waldron, Robbins, & Neeb, 2013; Kazdin, 2003; Liu, 2004; Sexton, 2011). Empirical evidence shows that these problematic behaviors may be associated with a lower development of emotional intelligence and poor parent attachment, characteristics that, amongst other, these adolescents display (Cobos, Fluja, & Gómez, 2017; Piquart, 2017; Wolfe & Renk, 2017). This association is hardly surprising given that both emotional intelligence and parent attachment are two key aspects of adolescent development that predict their personal, family, and social adjustment (Allen, Andretta, McKay, Harvey, & Perry, 2017; Cobos et al., 2017; Zavala & López, 2012).

Emotional intelligence is defined as the ability to express, understand, and control one's own emotions and those of others, resolve everyday problems, manage stress, and maintain an appropriate mood (Bar-On, 2006; Bar-On & Parker, 2000; Salguero, Palomera, & Fernández-Berrocal, 2012; Zeidner, Matthews, & Roberts, 2009). Most of the available evidence shows an association between an adolescent's positive results in intrapersonal intelligence, interpersonal intelligence, stress management and emotional state, and fewer problematic behaviors such as aggression and delinquency (Cobos et al., 2017; Hessler & Katz, 2010; Zavala & López, 2012). Nonetheless, the predictive capacity of emotional intelligence regarding adolescent behavior problems has recently been questioned (Davis & Wigelsworth, 2018).

Regarding the adolescent's attachment with other significant people in their life, Armsden and Greenberg (1987) defend that this connection is based on the adolescents' perception of communication, trust, and alienation in their relationship with others. Specifically, evidence shows that good parent attachment is associated with fewer adolescent behavior problems (Laghi, Pallini, Baumgartner, Guarino, & Baiocco, 2016; Tambelli, Laghi, Odorisio, & Notari, 2012). In this sense, Allen et al. (2007) observed

an increase in hostile and externalizing behaviors as parent attachment levels decreased. A later study found that high levels of parent attachment was related to a higher number of prosocial behaviors and with less oppositional defiance, thus confirming the importance of establishing a good bond between adolescents and parents as a protective factor against problematic behaviors (Andretta et al., 2015; Tambelli et al., 2012). Although the predictive capacity of parent attachment for problematic adolescent behavior has been widely studied, we cannot ignore the important role of peer relationships in adolescent adjustment (Dishion & Owen, 2002). Thus, although the evidence relating low parent attachment to problematic behaviors is generally more sound than for peer attachment (Laghi et al., 2016; Tambelli et al., 2012), some studies point out that peer rejection increases the probability that adolescents will display problematic behaviors (Tulker, Finkelhor, Turner, & Shattuck, 2014).

Likewise, emotional attachment and emotional intelligence seem to be closely associated throughout adolescence. Specifically, evidence shows that a good parental security is associated with a higher development of empathy and more control of emotions, and ultimately, with better emotional intelligence (Andretta et al., 2017; Cobos et al., 2017; Laible, 2007).

Interventions focused on adolescents with problematic behaviors

As was mentioned above, the high prevalence of adolescents in the judicial system justifies the recent development of therapeutic interventions aimed at improving family relationships and to reducing problematic behaviors in adolescents. However, despite this boost in intervention, there are still few treatments (with proven effectiveness) specifically for problematic adolescents and their families that

concentrate on emotion intelligence and parent-child attachment (Correll, Walker, & Edward, 2017).

To demonstrate the effectiveness of the intervention programs and the treatments one must keep in mind a series of standard international guidelines proposed by the Society of Prevent Research: an intervention's effectiveness should be evaluated through different applications; the impact of the treatment should be tested through a pretest, posttest, and a follow-up evaluation of the participants, and compared with a non-participating control group; psychometrically sound measures should be used which guarantee the construct validity and reliability, conduct thorough statistical analysis that shows legitimate statistical statement of confidence in the results and measure the treatment's possible iatrogenic effects; and lastly, scientific divulgation of the results must be accompanied by a detailed definition of the sample selection process and their characteristics, as well as a detailed description of the therapeutic intervention, so that the study may be replicated (Flay et al., 2005; Gottfredson et al., 2015; Sexton et al., 2011).

Although only a small number of interventions specifically aimed at adolescents with problematic behaviors are based on evidence, certain treatments stemming from systemic family therapy (and adhering the aforementioned quality standards) have proven their effectiveness in adolescent intervention. Specifically, Multisystemic Therapy (MST; Henggeler, Schoenwald, Bordin, Rowland, & Cunningham, 2009), and Functional Family Therapy (FFT; Sexton, 2011) are amongst the family-based treatments for adolescents with behavioral problems and their families recognized by Blueprints for Healthy Youth Development (<https://www.blueprintsprograms.org/>). Both treatments –widely used in the United States– are based on family therapy and focus on reducing problematic behaviors in adolescents. These treatments aim to

promote suitable parenting practices, acquire effective conflict-resolution strategies, improve family communication, favor adolescent adjustment, and ultimately improve family relationships (Henggeler et al., 2009; Sexton, 2011). Amongst the principal changes, post-treatment effectiveness analyses of FFT show an improvement in family communication, interactions, and functioning, in the adolescents' emotional wellbeing, and a reduction in problematic behaviors (Celinska, Furrer, & Cheng, 2013; Robbins, Alexander, Turner, & Hollimon, 2016). Regarding MST, evidence shows that adolescents who participate in this intervention improve their emotional wellbeing and peer relationships, and reduce antisocial behaviors (Ogden & Halliday-Bokins, 2004; Tan & Fajardo, 2017).

Despite the positive effects of FFT and MST, most of the evidence with these interventions is limited to North America. Therefore, there is a current need to introduce these new interventions for adolescents with behavioral problems into other sociocultural contexts, as well as conduct thorough evaluations of effectiveness (Robbins et al., 2016; Sexton, 2011). Attending to the theoretical principals of systemic family therapy and incorporating new methodological elements, a specific group treatment for adolescents with behavior problems and their families called Scene-based Psychodramatic Family Therapy (SB-PFT) is being implemented in Spain.

Scene-based Psychodramatic Family Therapy (SB-PFT)

Scene-based Psychodramatic Family Therapy is a treatment based on multiple-family groups that combines the theoretical principles of family therapy and psychodrama and is aimed at reducing adolescent behavior problems and improving family relationships. To achieve these goals, SB-PFT concentrates on developing the

adolescents' emotional intelligence –especially empathy towards the parents– and on improving parent attachment (authors, 2018a; authors, 2018b).

On a theoretical level, SB-PFT is based on the systemic principles of family therapy: include all family members in the intervention; building positive family communication; treat the symptom as a family problem which influences and affects all family members; and the participation of all family members in the solution (Minuchin & Fishman, 1981; Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967). Likewise, SB-PFT embraces certain psychodramatic premises such as the theory of interpersonal roles (Moreno, 1946). Specifically, SB-PFT points out the importance of training different roles –in this case the role of the adolescents in the intervention with the parents–, as well as the importance of the cathartic process, realized through emotional release and expression, and the subsequent explanation, order and integration of these emotions (Kellermann, 1984; Moreno, 1946).

On a methodological level SB-PFT adopts a multiple-family group format, intervening with various families simultaneously (Keiley, Zaremba-Morgan, Datubo-Brown, Pyle & Cox, 2015). Both adolescents and parents work in the same group, ranging in size between 8-12 families, with at least one adolescent and one parent in each family. The treatment consists of 10 weekly 2-hour sessions (authors, 2018a).

Each intervention group is led by two therapists (psychologist or social workers trained in systemic family therapy and psychodrama) and two auxiliary egos experts in psychodrama techniques. Regarding the sessions, SB-PFT follows a psychodrama design proposal: warm-up, dramatization, and sharing (Moreno, 1946). In addition, SB-PFT uses other psychodrama techniques such as role-playing, role reversal, interpolation of resistance, and doubling to ensure that the participants' catharsis and

expression of emotions leads to a subsequent cognitive integration of these emotions, at the same time that behavioral modeling and training is carried out (Kipper & Ritchie, 2003).

In addition to integrating various therapeutic aspects through the multiple-family group format, the other main contribution of SB-PFT is the use of the scene as a new therapeutic tool (Gutiérrez, 2015). This technique is used as a warm-up at the beginning of the session –consisting of a brief dramatization (under 5 minutes) of an intra-family conflict on behalf of the auxiliary ego experts– with the aim of identifying the content to be worked on during the session and helping the therapeutic process (Gutiérrez, 2015).

Current study

The aim of this study is to evaluate the effectiveness of SB-PFT. Although prior evaluations offer preliminary results on the impact of SB-PFT, a thorough study of its effectiveness has yet to be conducted. This study intends to increase scientific knowledge about this innovative group-treatment in order to provide professionals with the appropriate resources and alternatives to work with a population as specific as adolescents with behavioral problems in a Spanish-speaking context (Sexton, 2011).

Therefore, the main objective of this study is to obtain thorough and quality evidence on the effectiveness of SB-PFT in adolescents, both in the short- and long-term, in the following target variables: emotional intelligence, parent attachment, peer attachment, and antisocial behaviors. Specifically, this study hypothesized that adolescents who participated in SB-PFT would show short-term improvements in emotional intelligence and attachment and a reduction in problematic behaviors, and furthermore that these positive effects would be maintained long-term following a logarithmic growth curve.

Method

Study design

This study followed a quasi-experimental design. The data comes from the implementation of SB-PFT between 2015 and 2017 by Child Welfare Services (CWS) across 10 areas of southern Spain that were identified by the government as priority areas for intervention development to ensure child and adolescent psychosocial wellbeing. The impact of SB-PFT was tested using pretest (time 1, T1) and posttest (time 2, T2) measures for both the intervention group (IG) and a control group (CG). In addition, the IG was evaluated in a follow-up (time 3, T3) in order to observe the long-term effects of SB-PFT (five months later) and to test different growth models for the examined target variables.

Participants

This study took into consideration all 17 SB-PFT trials –consisting of 10 group sessions in each trial– conducted between 2015 and 2017. Each adolescent from the IG participated only in one trial, and assisted an average of eight SB-PFT sessions over the course of each trial. Figure 1 shows the flow of participants through the study. One hundred and nine adolescents from IG completed the pre- (T1) and posttest (T2) and 51 of those 109 completed the follow-up (T3). There was a 25.34% IG dropout rate between pretest and posttest. The CG consisted of 107 adolescents that were assessed in T1 and T2, with a 17.69% dropout between each point in time. A total of 216 adolescents, equally distributed by sex (50.46% were girls, 49.54% boys), between 11 and 17 years old ($M = 14.37$; $SD = 1.47$), participated in this study.

(Insert Figure 1)

Equivalence between IG and CG on sociodemographic, family and baseline risk characteristics was examined performing ANOVA tests for continuous variables and χ^2 tests for categorical variables. No statistical differences were found on the baseline characteristics listed in Table 1.

(Insert Table 1)

Measures

Sociodemographic information: The researchers developed a sociodemographic questionnaire ad hoc in order to collect self-reported information from the adolescents on different variables: individual (sex and age), family characteristics (family structure, and number of family members) and risk factors (e.g., conflicts with peers, school failure, judicial problems). This questionnaire was administered only at pretest (T1).

Emotional Quotient Inventory – Youth Version (Bar-On & Parker, 2000): This 60-item questionnaire measures five aspects of emotional intelligence: intrapersonal (e.g., “*It's easy to tell people how I feel*”), interpersonal (e.g., “*I know when people are upset, even when they say nothing*”), adaptability (e.g., “*I can understand hard questions*”), stress management (e.g., “*I get angry easily*”), and general mood (e.g., “*I am happy*”). Adolescents are required to rate the degree to which each item is true for them on a 4-point scale (from 1=*Very seldom true or not true of me* to 4=*Very often true of me or true of me*). The internal consistency of these scales in this study was: intrapersonal: $\alpha_{T1} = .61$, $\alpha_{T2} = .70$, $\alpha_{T3} = .73$; interpersonal: $\alpha_{T1} = .77$, $\alpha_{T2} = .79$, $\alpha_{T3} = .72$; adaptability: $\alpha_{T1} = .80$, $\alpha_{T2} = .85$, $\alpha_{T3} = .84$; stress management: $\alpha_{T1} = .83$, $\alpha_{T2} = .82$, $\alpha_{T3} = .87$; and mood: $\alpha_{T1} = .89$, $\alpha_{T2} = .86$, $\alpha_{T3} = .89$. This questionnaire was administered in T1, T2, and T3

The Inventory of Parent and Peer Attachment (Armsden & Greenberg, 1987):

This inventory assess three aspects related to parent attachment (25 items) and peer attachment (25 items): communication (e.g., “*My mother/father helps me to talk about my difficulties*”, “*My friends care about how I am feeling*”), trust (e.g., “*I feel my mother/father does a good job as my parent*”, “*I feel my friends are good friends*”) and alienation (e.g. “*I feel angry with mother/father*”, “*I feel angry with my friends*”). The adolescents rated each item on a 5-point scale (from 1=*Almost never or never true* to 5=*Almost always or always true*). For the parent attachment components, the adolescents were asked to answer questions regarding their main caregiver (mother, father or other relative). The reliability indexes in this study for parent and peer attachment, respectively, are the following: communication: $\alpha_{T1} = .83$ and $.90$, $\alpha_{T2} = .84$ and $.89$, $\alpha_{T3} = .89$ and $.89$; trust: $\alpha_{T1} = .87$ and $.88$, $\alpha_{T2} = .86$ and $.89$, $\alpha_{T3} = .89$ and $.86$; and alienation: $\alpha_{T1} = .61$ and $.60$, $\alpha_{T2} = .67$ and $.59$, $\alpha_{T3} = .63$ and $.61$. This questionnaire was administered in T1, T2, and T3.

Antisocial and Criminal Behavior Questionnaire (Seisdedos, 1995): This study used the antisocial subscale of this instrument in order to assess antisocial behavior such as trespassing or littering, amongst other conducts. It is comprised of 20 items (e.g., “*To respond badly to a superior, in class, cinema, etcetera*” or “*Breaking or knocking down things that are someone else’s*”). The adolescents responded to these questions in a yes/no format. The internal consistency of the scale was: $\alpha_{T1} = .87$, $\alpha_{T2} = .87$, $\alpha_{T3} = .85$. This questionnaire was administered in T1, T2, and T3.

Procedure

The IG was composed of adolescents, recently enrolled in Child Welfare Services (within the past two years), who were referred to SB-PFT based on the

following criteria: (a) age 11-17 years old; (b) exhibit problematic behaviors such as frequent fights with peers, alcohol use, social conflicts or expulsions from school; (c) significant impairment of family relations due to problems between parents and adolescents; and (e) both adolescents and parents consent to treatment. The CG consisted of a comparable sample of adolescents who were identified by their schools as troubled adolescents due to exhibiting problematic behaviors, and who met the following criteria: (a) age 11-17 years old; (b) reside in the same priority areas where the intervention took place; and (c) currently do not receive any therapeutic treatment.

Evaluation of SB-PFT in the IG was conducted at three points in time: T1 (pretest), T2 (posttest) and T3 (follow-up). The pretest was realized in the second session and the posttest in the last session (for those adolescents that had attended at least three intervention sessions). The follow-up was carried out five months after finalizing SB-PFT (for those adolescents evaluated in pretest and posttest) at the participants' homes. The researchers coordinated the evaluation that consisted of self-reported questionnaires –identical for both IG and CG– taking 30-45 minutes to complete. Adolescents in the CG were evaluated only in T1 and T2 with a period of three months between evaluation times. This evaluation was administered at the secondary schools by the researchers.

Every informant participated in the study voluntarily and both adolescents and parents signed the informed consent form in accordance with the Declaration of Helsinki. Researchers explained the aims of the project and assured participants that their anonymity would be protected. Ethics approval was obtained from the university responsible for the study.

Data analyses

Effectiveness analyses were performed using IBM SPSS Statistics 23. Several statistical assumptions were checked as a preliminary step: linearity, normality, homoscedasticity, absence of multicollinearity and singularity, and independence of residuals (Bonate, 2000). Two univariate outliers were detected through box-plot examination and removed from subsequent analyses (Tabachnick & Fidell, 2007). Missing data at item level were examined via missing value analysis. Random data distribution was confirmed using Little's MCAR test. Less than 5% of missing data were found per item, and less than 10% of items were missing per scale following a random distribution. Therefore, the SEM procedure was performed to impute data using the expectation-maximization (EM) algorithm from SPSS.

Repeated measures ANOVAs were used to examine longitudinal differences (pre and post-intervention) between IG and CG for each target variable: emotional intelligence, parent attachment, peer attachment, and antisocial behavior. For significant interaction effects, additional repeated measures ANOVAs were performed to examine main effects separately for the IG and the CG. A 95% confidence level was considered for the significance test and effect size was examined using partial eta-squared with the following considerations: negligible if $< .01$, small if $> .01$ and $< .06$, medium if $> .06$ and $< .14$, or large if $.14$ (Cohen, 1988).

Long-term effects and growth models were examined analyzing IG information at T1, T2 and T3 with Mplus version 7 (Muthén & Muthén, 1998–2012). Two latent variables were taken into account (intercept and slope), and maximum likelihood (ML) was chosen as estimation method. Three growth curves were estimated with the prediction of missing data using full-maximum likelihood (FIML). First, a linear growth model was tested and next two non-linear models were subsequently contrasted: an exponential growth model and a logarithmic growth model. Fixed time-scores were

specified for the exponential and logarithmic growth curve following the recommendations of Muthén and Muthén (1998–2012) for non-linear models. Several indicators of goodness-of-fit were examined: the Chi-square statistic (χ^2), the Comparative Fit Index (CFI), and the Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) with an associated 90% confidence intervals. Non-significant or low Chi-square, together with CFI values > 0.90 and RMSEA values < 0.08 were considered acceptable (Kline, 2016).

Results

Intervention vs. control group: the treatment effects

Table 2 shows descriptives and significant interactions time*group with repeated measures ANOVAs performed on the target variables: emotional intelligence, parent attachment, peer attachment, and antisocial behavior.

Two components of emotional intelligence –interpersonal and general mood– showed significant interactions (see Table 2). Specifically, adolescents participating in SB-PFT showed a trajectory of positive and significant change in both interpersonal intelligence ($F_{(1, 95)} = 4.93, p < .05, \eta^2_p = .05$) and mood ($F_{(1, 95)} = 7.36, p < .01, \eta^2_p = .07$).

Regarding parent attachment, communication and trust displayed significant interactions (see Table 2). Specifically, adolescents from the CG experienced a significant decrease in parent communication ($F_{(1, 102)} = 8.15, p < .01, \eta^2_p = .07$) and parent trust ($F_{(1, 102)} = 8.08, p < .01, \eta^2_p = .07$).

No significant interactions were found in peer attachment variables (communication, trust, and alienation) or antisocial behavior.

(Insert Table 2)

Long-term effects and growth model in the intervention group

Table 3 shows descriptives and goodness-of-fit indexes for the three growth models (lineal, logarithmic, and exponential) tested in the IG (T1, T2 and T3) on the following target variables: emotional intelligence, parent attachment, and antisocial behavior.

Concerning emotional intelligence, the variables interpersonal intelligence, adaptability, and mood presented a significant change in the slope. The logarithmic model showed the best fitting growth for adaptability and general mood. None of the models examined for interpersonal intelligence showed an adequate goodness-of-fit due to the failure to comply with the assumption of the $RMSEA < .08$.

Concerning parent attachment, the slope was statistically significant over time for communication and trust. The exponential growth model revealed the best fit-indexes for both communication and trust. Regarding peer attachment variables, no significant changes were observed in peer communication, trust, or alienation.

Lastly, antisocial behavior showed significant changes in the slope. The exponential model achieved adequate goodness-of-fit indexes for antisocial behavior.

(Insert Table 3)

Figure 2 displays the significant logarithmic and exponential trajectories over time of the five components that obtained the best goodness-of-fit indexes and a significant slope: adaptability, general mood, parent communication, parent trust, and antisocial behavior.

(Insert Figure 2)

Discussion

The results of this study reveal that SB-PFT has a positive impact on improving emotional intelligence and parent attachment, and decreasing antisocial behaviors in adolescents with behavior problems. North-American studies on intervention with adolescent behavior problems offer evidence on other treatments such as FFT and MST (also based on systematic family principles like SB-PFT), demonstrating their post-treatment effectiveness in aspects such as family communication, family functioning, adolescent emotional wellbeing, and a reduction of problematic behaviors (Celinska et al., 2013; Ogden & Halliday-Bokins, 2004; Robbins et al., 2016; Tan & Fajardo, 2017). This present study constitutes a first step towards solidifying SB-PFT as a potentially effective intervention for adolescent behavior problems in a non-North-American sociocultural context, and intervening in similar aspects to those reported in other proven treatments (Robbins et al., 2016). In addition, SB-PFT combines novel elements throughout the intervention process, such as the use of multiple-family groups and psychodrama techniques. The results of this study will be discussed in-line with the double data-analysis strategy developed according to the most thorough effectiveness evaluation standards (Flay et al., 2005; Gottfredson et al., 2015; Sexton et al., 2011): the pretest-posttest analysis compared with a control group, and the long-term monitoring of the effects.

The short-term evaluation partially confirmed the hypothesis, displaying a short-term impact on emotional intelligence, however no differences in antisocial behavior and peer attachment were found.

With regards to emotional intelligence, the group-based methodology of SB-PFT fostered the development of emotional skills. As Yalom and Leszcz (2005) propose, group interventions enable people to meet and interact with other individuals that share a similar situation –in this case adolescents with problematic behaviors–, as well as

promote interpersonal learning amongst group members. In fact, the results showed SB-PFT to have a high impact on the adolescents' interpersonal intelligence and mood. The use of psychodrama techniques during the therapeutic process seems to help develop emotional skills (Cruz, Sales, Alves, & Moita, 2018). Thus, dramatizing family conflicts through the use of techniques like reversed roles could help to gain perspective and alleviate tension surrounding the adolescent's problematic situations (Kellermann, 1984). These results are consistent with the qualitative study in which the adolescents reported post-treatment benefits of SB-PFT in expressing emotions, feeling supported and understood, and improving wellbeing (authors, 2018a).

With regards to parent attachment, the results show that adolescents who did not participate in the intervention worsened their communication and parent trust. Therefore, SB-PFT has shown a stabilizing effect on parent communication and trust. The fact that SB-PFT has a stabilizing effect on parent attachment implies that the treatment could be acting as a protective factor for stabilizing the degree of parent attachment between adolescents and parents (Lorence, Maya, & Jiménez, 2018). Luthar (1993) pointed out the importance of studying the stabilizing effects of family aspects during infant and adolescent development. This result highlights the importance of intervening with adolescents and their families at the first signs of problematic behaviors (Jiménez et al., 2018; Sexton, 2011), thereby avoiding aggravating the situation, which could result in a decrease in parent attachment and further damage to the adolescent's adjustment (Laghi et al., 2016; Tambelli, et al. 2012).

As opposed to parent attachment and emotional intelligence, no short-term changes were shown in the participating adolescents' peer attachment or antisocial conduct after their experience with SB-PFT. Specifically regarding peer attachment, this result is understandable considering the SB-PFT methodology (based on multiple-

family groups) as well as its objectives and contents (which focus on problematic family relationships instead of on peer relationships). However, it should be noted that although one of the objectives of SB-PFT is to reduce adolescent behavior problems, the treatment does not seem to achieve this in the short-term. These results are consistent with those found by authors (2018b) which identified no short-term changes in rage and aggression of SB-PFT participants, two aspects heavily related to antisocial behavior (Fosco, Lippold, & Feinberg, 2014).

The long-term follow-up evaluation of the participating adolescents partially confirmed the hypothesis. Specifically, the results demonstrated a long-term increase in emotional intelligence, an improvement in parent attachment, and a decrease in antisocial behavior. However, peer attachment did not vary in the long-term evaluation. These results confirm the importance of actively studying the prolonged effects of the therapeutic interventions (Flay et al., 2005; Gottfredsen, 2015; Sexton et al., 2011).

With regards to emotional intelligence, SB-PFT showed a significant long-term impact on the adolescents' interpersonal intelligence, mood, and adaptability. Additionally, when exploring the participating adolescents' trajectories of change –and in-line with the hypothesis– mood and adaptability showed a logarithmic growth curve, that is to say, the best index of fit values were obtained for the model that determined a more accentuated increase in mood and adaptability in the short-term, and a stable, or slight increase in this growth over time. These results reaffirm the importance of SB-PFT for provoking immediate changes in the adolescents' emotional intelligence during the intervention; changes which are maintained long-term probably due to the effect of the psychodrama techniques for fostering the participants' emotional development (Cruz et al., 2018). Specifically, in the qualitative study the adolescents showed how psychodrama techniques such as role reversal or mirror helped them to acquire conflict

resolution strategies and allowed them to gain perspective and empathy (authors, 2018a).

Regarding parent attachment, the long-term evaluation reported significant positive changes in participating adolescents' communication and parent trust. Contrary to emotional intelligence, and partially meeting the hypothesis, the exponential growth models (little short-term growth and higher long-term growth) of communication and parent trust showed the best adjustment indexes. The SB-PFT strongly emphasizes the systemic component during treatment, working on functional patterns in intra-family communication and on dysfunctional relationships based on the family members' resources (Minuchin & Fishman, 1981; Watzlawick, et al., 1967). The complexity of a systematic process of this type which can provoke changes in family relationships, may also mean that these changes require a prolonged period of time before they are manifested, as can happen in perceived communication and trust (Watzlawick, Weakland, y Fisch, 1974).

With regards to antisocial behavior, the results revealed significantly less antisocial behaviors in the long-term with respect to their baseline. Similar to parent attachment, antisocial behavior showed an exponential decrease, with a greater change in the follow-up evaluation. This result is consistent with SB-PFT's final objective and with the principal motive for referring the adolescents to treatment. It is likely that the positive short-term impact of SB-PFT in aspects such as interpersonal intelligence and mood is contributing to a progressive decrease of the adolescents' problematic behaviors, which has yet to be detected in the short-term. This finding is in-line with other studies showing the predictive character of emotional intelligence on problematic behavior (Hessler & Katz, 2010; Zavala & López, 2012).

Combining the short- and long-term results, and attending to the different growth curves, we can say that SB-PFT seems to motivate different personal and family aspects in the participating adolescents. Initially, emotional intelligence shows the first significant change, specifically in interpersonal intelligence and mood. Secondly, SB-PFT also seems to have a short-term stabilizing effect on attachment between these adolescents and their parents. The literature offers evidence confirming the association between good levels emotional and intelligence good parent attachment in adolescents (Andretta et al., 2017; Cobos et al., 2017; Laible, 2007). Therefore, promoting emotional skills in SB-PFT such as interpersonal intelligence could incite a modification in the adolescent's perception toward their parents and at the same time generate progressive changes in long-term parent attachment, as the results of this present study show. In addition, the literature extensively reports how emotional intelligence and parent attachment in adolescence predicts their psychosocial adjustment (Andretta et al., 2015; Cobos et al., 2017). Therefore, this improvement in emotional intelligence and parent attachment could influence positively in a long-term decrease in antisocial behavior, as the exponential curve in this study shows

However, this study has a series of limitation. On one hand, the statistical strength of the study could be improved given that the sample size (not excessively large due to the specificity of the population) and the statistical conditions of the longitudinal interaction analyses are influencing in the effect size (Bhaumik et al., 2008). Likewise, it would have been very interesting to conduct a third analysis (T3) in the control group. On a theoretical level, it would have been interesting to confirm the adolescents' results through a multiple-informant method involving the parents in the study. Lastly, no measures were used to evaluate family dynamics and functioning despite these being two of the main objectives of SB-PFT.

Notwithstanding these limitations, this study presents undeniable strengths. In the first place, it focuses attention on an emerging treatment –SB-PFT– on which recent international studies have reported regarding its therapeutic process. Specifically, this study complements and allows for a better interpretation of the results of the SB-PFT qualitative evaluation pilot study. Secondly, the study design adheres to the internationally accepted standards for evaluating effectiveness (Sexton et al., 2011). In addition, thorough statistical analyses were used. In this sense, this study stands out as the first long-term evaluation of SB-PFT that contrasted different growth models for each aspect of change. Lastly, it should be pointed out that this study leads the way for new research on the efficacy, effectiveness and efficiency of SB-PFT.

Conclusions

This study is the most thorough effectiveness evaluation of SB-PFT to date. In Spain there is a current dependence on interventions for adolescent behavior problems whose effectiveness has only been demonstrated in other sociocultural contexts (Robbins et al., 2016; Sexton, 2011). This study's results are promising regarding the potential effectiveness of SB-PFT and its possible implications for clinical and community practices. Specifically, it appears to confirm that SB-PFT improves interpersonal intelligence and mood, and establishes short-term perceived parent attachment for adolescents with behavioral problems. In the long-term, SB-PFT seems to prove its effectiveness for promoting the adolescents' emotional skills and parent attachment, and for reducing antisocial behaviors. Likewise, it is worth noting that the emotional changes in the adolescents happen first, as demonstrated by the kindness indexes of adjustment from the logarithmic curve in the emotional aspects, followed by changes related to the increase in parent attachment and the decrease in antisocial behaviors as confirmed in the exponential models. These results attest to the strength of

the theoretical and methodological assumptions of SP-PFT, such as the importance of implementing multiple-family groups from Child Welfare Services, the principles of systemic family therapy (working on the dysfunctional family relationships and family conflicts) and the use of psychodrama to foster the adolescents' emotional development.

References

- Alexander, J.F., Waldron, H.B., Robbins, M.S., & Neeb, A.A. (2013). *Functional family therapy for adolescent behavior problems*. Washington, DC: American Association.
- Allen, J.P., Porter, M., McFarland, C., McElhaney, K.B., & Marsh, P. (2007). The relation of attachment security to adolescents' paternal and peer relationships, depression, and externalizing behavior. *Child Development, 78*(4), 1222-1239.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01062.x>
- Andretta, J.R., McKay, M.T., Harvey, S A., & Perry, J.L. (2017). Inventory of parent and peer attachment-revised scores in adolescents: a psychometric and person-oriented study. *Family Relations, 66*(3), 527–540.
<https://doi.org/10.1111/fare.12252>
- Armsden G., & Greenberg M. (1987). The inventory of parent and peer attachment: individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 16*, 427–454.
<http://dx.doi.org/10.1007/BF02202939>
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema, 18*, 13-25.

- Bar-On, R., & Parker, J.D.A. (2000). *The Bar-On EQ-i:YV: technical manual*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Bhaumik, D.K., Roy, A., Aryal, S., Hur, K., Duan, N., Normand, S. L., ... Gibbons, R.D. (2008). Sample Size Determination for Studies with Repeated Continuous Outcomes. *Psychiatric annals*, 38(12), 765-771.
- Bonate, P.L. (2000). *Analysis of Pretest-Posttest Designs*. Boca Raton, FL: Chapman and Hall/CRC.
- Celinska, K., Furrer, S., & Cheng, C.C. (2013). An outcome-based evaluation of functional family therapy for youth with behavioral problems. *OJJDP Journal of Juvenile Justice*, 2(2), 23–36.
- Cobos, L., Fluja, J.M., & Gómez, I. (2017). The role of emotional intelligence in psychological adjustment among adolescents. *Annals of Psychology*, 33(1), 66-73. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.33.1.240181>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed)*. Hillsdale, N.J.:Erlbaum.
- Correll, J.R., Walker, S.C., & Edwards, T.C. (2017). Parent perceptions of participating in a program for adolescents who are violent at home. *Journal of Family Violence*, 32(2), 243-255. <http://dx.doi.org/10.1007/s10896-016-9847-6>
- Cruz, A., Sales, C.M.D., Alves, P., & Moita, G. (2018). The Core Techniques of Morenian Psychodrama: A systematic review of literature. *Frontiers in Psychology*, 9:1263. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01263>
- Davis, S.K., & Wigelsworth, M. (2018). Structural and predictive properties of the Emotional Quotient Inventory Youth Version–Short Form (EQ-i:YV[S]),

Journal of Personality Assessment, 100(2), 197-206.

<https://doi.org/10.1080/00223891.2017.1280502>

- Dishion, T.J., & Owen, L.D. (2002). A longitudinal analysis of friendships and substance use: bidirectional influence from adolescence to adulthood. *Developmental Psychology*, 38(4), 480-491. <https://doi.org/10.1037//0012-1649.38.4.480>
- Dishion, T.J., & Stormshak, E.A. (2007). *Intervening in children's lives: An ecological, family-centered approach to mental health care*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Flay, B., Biglan, A., Boruch, R.F., González, F., Gottfredson, D., Kellam, S. ... Ji, P. (2005). Standards of evidence: Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*, 6(3). <http://dx.doi.org/10.1007/s11121-005-5553-y>
- Fosco, G.M., Lippold, M., & Feinberg, M.E. (2014). Interparental boundary problems, parent-adolescent hostility, and adolescent-parent hostility: A family process model for adolescent aggression problems. *Couple and Family Psychology, Research and Practice*, 3(3), 141-155. <https://doi.org/10.1037/cfp0000025>
- Gottfredson, D.C., Cook, T.D., Gardner, F.E., Gorman-Smith, D., Howe, G.W., Sandler, I.N., & Zafft, K.M. (2015). Standards of evidence for efficacy, effectiveness, and scale-up research in prevention science: Next generation. *Prevention Science*, 16(7), 893–926. <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0555-x>
- Greenberg, M.T., & Lippold, M.A. (2013). Promoting healthy outcomes among youth with multiple risks: innovative approaches. *Annual Review of Public Health*, 34(1), 253-270. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031811-124619>

- Gutiérrez, J.A. (2015). Intervención comunitaria desde el enfoque psicoescénico. *Mosaico*, 60, 86-94.
- Henggeler, S., Schoenwald, S., Bordin, C., Rowland, M., & Cunningham, P. (2009). *Multisystemic therapy for antisocial behavior in children and adolescents*. New York, NY: Guilford.
- Hessler, D.M., & Katz, L.F. (2010). Brief report: associations between emotional competence and adolescents risky behavior. *Journal of Adolescence*, 33(1), 241-246. <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.04.007>
- Jiménez, L., Antolín-Suarez, L., Lorence, B., & Hidalgo, V. (2018). Family education and support for families at psychosocial risk in Europe: evidence from a survey of international experts. *Health & Social Care in the Community*. <https://doi.org/10.1111/hsc.12665>
- Kazdin, A. E. (2003). Psychotherapy for children and adolescents. *Annual Review of Psychology*, 54, 253–276. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145105>
- Keiley, M.K., Zaremba-Morgan, A., Datubo-Brown, C., Pyle, R., & Cox, M. (2015). Multiple-family group intervention for incarcerated male adolescents who sexually off end and their families: Change in maladaptive emotion regulation predicts adaptive change in adolescent behaviors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 41(3), 324-339. <http://dx.doi.org/10.1111/jmft.12078>
- Kellermann, P.F. (1984). The place of catharsis in psychodrama. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry*; 37(1), 1-13. Retrieved from <http://peterfelix.tripod.com/home/Catharsis.pdf>

- Kipper, D.A., & Ritchie, T.D. (2003). The effectiveness of psychodramatic techniques: A meta-analysis. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 7(1), 13-25.
<http://dx.doi.org/10.1037/1089-2699.7.1.13>
- Kline, R. B. (2016). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*, (4th Ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Laghi, F., Pallini, S., Baumgartner, E., Guarino, A., & Baiocco, R. (2016). Parent and peer attachment relationships and time perspective in adolescence: Are they related to satisfaction with life? *Time & Society*, 25(1), 24-39.
<http://dx.doi.org/10.1177/0961463X15577282>
- Laible, D. (2007). Attachment with parents and peers in late adolescence: Links with emotional competence and social behavior. *Personality and Individual Differences*, 43, 1185–1197. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2007.03.010>
- Liu, J. (2004). Childhood externalizing behavior: theory and implications. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 17(3), 93-103.
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2004.tb00003.x>
- Lorence, B., Maya, J., & Jiménez, L. (2018). Resilience in adolescents at psychosocial risk: the protective role of family cohesion. In A. Columbus (Ed.) *Advances in Psychology Research* (pp. 177-208). New York: Nova Science Publisher.
- Luthar, S.S. (1993). Annotation: methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. *Journal of Child Psychology*, 34(4), 441-453
- Ministry of Health, Social Service and Equality (2017). *Boletín de datos estadísticos de medidas impuestas a menores infractores* (Num. 16). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

- Minuchin, S., & Fishman, H.C. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Moreno, J.L. (1946). *Psychodrama* (Vol. 1). Beacon, NY: Beacon House.
- Muthén, L. K., & Muthén, B.O. (1998–2012). *Mplus User's Guide, 7th Edn.* Los Angeles, CA: Muthen & Muthen.
- Ogden, T., & Halliday-Boykins, C.A. (2004). Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: Replication of clinical outcomes outside of the US. *Child and Adolescent Mental Health, 9*(2), 77-83.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-3588.2004.00085.x>
- Pinquart, M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: an updated meta-analysis. *Developmental Psychology, 53*(5), 873-932. <http://dx.doi.org/10.1037/dev0000295>
- Robbins, M.S., Alexander, J.F., Turner, C.W., & Hollimon, A, (2016). Evolution of Functional Family Therapy as an evidence-based practice for adolescents with disruptive behavior problems. *Family Process, 55*(3), 543-557.
<https://doi.org/10.1080/17571472.2017.1362713>
- Salguero, J.M., Palomera, R., & Fernández-Berrocal, P. (2012). Perceived emotional intelligence as predictor of psychological adjustment in adolescents: a 1-year prospective study. *European Journal of Psychology of Education, 27*(1), 21-34.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10212-011-0063-8>
- Seisdedos, N (1995). A-D: Cuestionario de conductas antisociales-delictivas. Madrid: TEA.

- Sexton, T. (2011). *Functional family therapy in clinical practice: An evidence-based treatment model for working with troubled adolescents*. New York, NY: Routledge.
- Sexton, T., Gordon, K.C., Gurman, A., Lebow, J., Holtzworth-Munroe, A., & Johnson, S. (2011). Guidelines for classifying evidence-based treatments in couple and family therapy. *Family Process*, 50(3), 377-392. <http://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2011.01363.x>
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2007). *Using Multivariate Statistics (5th ed.)*. Boston, M.A.: Pearson Education.
- Tambelli, R., Laghi, F., Odorisio, F., & Notari, V. (2012). Attachment relationships and internalizing and externalizing problems among Italian adolescents. *Children and Youth Services Review*, 34(8), 1465-1471. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2012.04.004>
- Tan, J.X., & Fajardo, M.L.R. (2017). Efficacy of multisystemic therapy in youths aged 10–17 with severe antisocial behaviour and emotional disorders: systematic review. *London Journal of Primary Care*, 9(6), 95–103. <http://doi.org/10.1080/17571472.2017.1362713>
- Tulker, C.J., Finkelhor, D., Turner, H., & Shattuck, A.M. (2014). Sibling and peer victimization in childhood and adolescence. *Child Abuse & Neglect*, 38(10), 1599-1606. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.05.007>
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1967). *Pragmatics of Human Communication: A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*. New York: Norton.

- Watzlawick, P. Weakland, J.H., & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. Oxford: W.W. Norton.
- Wolfe, R.S., & Renk, K. (2017). Internalizing and externalizing behavior problems in middle school: An ecological-transactional, cross-sectional examination of early adolescent adjustment. *International Journal of Child Health and Human Development, 10*(2), 169-181.
- Yalom, I.D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New York, NY: Basic Book.
- Zavala, M.A., & López, I. (2012). Adolescentes en situación de riesgo psicosocial: ¿Qué papel juega la inteligencia emocional? *Behavioral Psychology, 20*(1), 59-75.
- Zeidner, M., Matthews, G., & Roberts, R.D. (2012). The emotional intelligence, health, and well-being nexus: What have we learned and what have we missed? *Applied Psychology: Health and Well-Being, 4*(1), 1–30. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2011.01062.x>

Table 1

Baseline characteristics for IG and CG

	IG (<i>n</i> = 109)	CG (<i>n</i> = 107)	Differences <i>F</i> / χ^2
Sociodemographic			
Gender	Boys: 51.38% Girls: 48.62%	Boys: 47.57% Girls: 52.43%	0.31 <i>n.s.</i>
Age	<i>M</i> = 14.17 (<i>SD</i> = 1.48)	<i>M</i> = 14.54 (<i>SD</i> = 1.44)	3.42 <i>n.s.</i>
Families			
Family structure	Single-parent : 41.28% Two-parent : 58.71%	Single-parent: 34.58% Two-parent: 65.42%	1.03 <i>n.s.</i>
N° family members at home	<i>M</i> = 4.10 (<i>SD</i> = 1.16)	<i>M</i> = 3.94 (<i>SD</i> = 1.02)	1.11 <i>n.s.</i>
Risk factors			
Repeat a year of school	62.04%	49.5%	3.41 <i>n.s.</i>
Death of a close relative	52.38%	60.38%	1.37 <i>n.s.</i>
Severe financial problems in the family	48.57%	44.33%	0.38 <i>n.s.</i>
Conflicts with peers	32.38%	22.52%	1.60 <i>n.s.</i>
Judicial problems (individually or in the family)	28.57%	17.92%	3.35 <i>n.s.</i>
Drug or alcohol addiction (individually or in the family)	25.71%	15.09%	3.67 <i>n.s.</i>
Conflicts with the partner	21.90%	13.21%	2.76 <i>n.s.</i>
Victim of intra-family violence	20.95%	12.26%	2.88 <i>n.s.</i>

Table 2

Descriptive analysis and significant interactions time*group

	IG		CG		Interaction effect $F (\eta^2_{\text{partial}})$
	$M (SD)$		$M (SD)$		
	T1	T2	T1	T2	
Emotional intelligence					
Intrapersonal intelligence	$M = 2.49$ ($SD = 0.63$)	$M = 2.43$ ($SD = 0.63$)	$M = 2.49$ ($SD = 0.62$)	$M = 2.50$ ($SD = 0.65$)	0.53 ^{n.s.}
Interpersonal intelligence	$M = 3.22$ ($SD = 0.49$)	$M = 3.32$ ($SD = 0.46$)	$M = 3.29$ ($SD = 0.44$)	$M = 3.24$ ($SD = 0.46$)	6.11** (.03)
Adaptability	$M = 2.98$ ($SD = 0.51$)	$M = 3.09$ ($SD = 0.61$)	$M = 3.02$ ($SD = 0.57$)	$M = 3.00$ ($SD = 0.53$)	2.76 ^{n.s.}
Stress management	$M = 2.24$ ($SD = 0.61$)	$M = 2.27$ ($SD = 0.66$)	$M = 2.53$ ($SD = 0.61$)	$M = 2.54$ ($SD = 0.53$)	0.06 ^{n.s.}
General Mood	$M = 3.14$ ($SD = 0.60$)	$M = 3.26$ ($SD = 0.50$)	$M = 3.30$ ($SD = 0.56$)	$M = 3.23$ ($SD = 0.57$)	9.52** (.05)
Parent attachment					
Communication	$M = 3.41$ ($SD = 0.96$)	$M = 3.42$ ($SD = 0.95$)	$M = 3.87$ ($SD = 0.82$)	$M = 3.63$ ($SD = 0.86$)	5.49* (.03)
Trust	$M = 3.50$ ($SD = 1.00$)	$M = 3.56$ ($SD = 0.89$)	$M = 4.06$ ($SD = 0.65$)	$M = 3.88$ ($SD = 0.75$)	7.26** (.03)
Alienation	$M = 2.68$ ($SD = 0.83$)	$M = 2.71$ ($SD = 0.82$)	$M = 2.20$ ($SD = 0.72$)	$M = 2.35$ ($SD = 0.87$)	1.01 ^{n.s.}
Peer attachment					
Communication	$M = 4.05$ ($SD = 0.92$)	$M = 3.95$ ($SD = 0.84$)	$M = 4.10$ ($SD = 0.81$)	$M = 3.98$ ($SD = 0.91$)	0.09 ^{n.s.}
Trust	$M = 4.32$ ($SD = 0.77$)	$M = 4.27$ ($SD = 0.73$)	$M = 4.33$ ($SD = 0.74$)	$M = 4.27$ ($SD = 0.78$)	0.05 ^{n.s.}
Alienation	$M = 2.28$ ($SD = 0.70$)	$M = 2.21$ ($SD = 0.60$)	$M = 2.33$ ($SD = 0.70$)	$M = 2.40$ ($SD = 0.75$)	2.03 ^{n.s.}
Antisocial behavior					
	$M = 9.09$ ($SD = 5.24$)	$M = 9.15$ ($SD = 5.23$)	$M = 6.99$ ($SD = 4.56$)	$M = 6.46$ ($SD = 4.22$)	1.10 ^{n.s.}

* $p < .05$; ** $p < .01$. Note. Significant interaction effects are in boldface.

Table 3

Long-term effects and growth model

Variables	Model	Mean slope	Variance slope	Mean intercept	Variance intercept	Covariance intercept and slope	χ^2 (df)	CFI	RMSEA [90%CI]
Emotional intelligence									
Intrapersonal intelligence	Li	-.052 (.050)	.120 (.063)	2.488 (.064)***	0.291 (.094)**	-.122 (.067)	0.025 (1)	1.000	.00 [.00, .14]
	Lo	-.088 (.084)	.422 (.221)	2.490 (.064)***	0.373 (.136)**	-.296 (.163)	0.002 (1)	1.000	.00 [.00, .00]
	Ex	-.014 (.016)	.012 (.003)***	2.477 (.060)***	0.209 (.057)***	-.023 (.012)	0.426 (2)	1.000	.00 [.00, .12]
Interpersonal intelligence	Li	.076 (.027)**	.032 (.012)**	3.225 (.049)***	0.168 (.045)***	-.037 (.022)	4.283 (2)	.957	.11 [.00, .25]
	Lo	.139 (.047)**	.129 (.049)**	3.220 (.050)***	0.207 (.059)***	-.099 (.053)	5.412 (2)	.935	.13 [.00, .27]
	Ex	.021 (.008)*	.002 (.001)*	3.247 (.046)***	0.135 (.032)***	-.006 (.005)	3.997 (2)	.962	.10 [.00, .25]
Adaptability	Li	.069 (.034)*	.046 (.018)**	2.992 (.052)***	0.174 (.053)**	-.012 (.030)	0.708 (2)	1.000	.00 [.00, .15]
	Lo	.126 (.059)*	.153 (.106)	2.987 (.052)***	0.190 (.078)*	-.040 (.084)	0.211 (1)	1.000	.00 [.00, .21]
	Ex	.020 (.011)	.003 (.001)**	3.007 (.051)***	0.154 (.039)***	.002 (.007)	3.567 (2)	.973	.09 [.00, .24]
Stress management	Li	.050 (.037)	.035 (.041)	2.238 (.061)***	0.263 (.074)***	-.010 (.045)	0.290 (1)	1.000	.00 [.00, .22]
	Lo	.078 (.063)	.101 (.141)	2.239 (.062)***	0.269 (.099)**	-.023 (.109)	0.575 (1)	1.000	.00 [.00, .24]
	Ex	.017 (.012)	.005 (.002)**	2.243 (.060)***	0.256 (.054)***	-.002 (.008)	0.012 (2)	1.000	.00 [.00, .00]
General mood	Li	.105 (.033)**	.028 (.030)	3.150 (.060)***	0.262 (.061)***	-.047 (.040)	0.141 (1)	1.000	.00 [.00, .20]
	Lo	.174 (.054)**	.110 (.111)	3.144 (.061)***	0.290 (.084)**	-.109 (.097)	0.075 (1)	1.000	.00 [.00, .18]
	Ex	.030 (.011)**	.002 (.004)	3.189 (.056)***	0.231 (.043)***	-.010 (.009)	2.803 (1)	.981	.14 [.00, .34]
Parent attachment									

Communi- cation	Li	.120 (.049)*	.137 (.039)***	3.395 (.093)***	0.800 (.163)***	-.095 (.076)	9.457 (2)**	.935	.19 [.08, .32]
	Lo	.183 (.083)*	.568 (.163)***	3.418 (.095)***	1.003 (.218)***	-.347 (.186)	14.744 (2)***	.889	.25 [.14, .37]
	Ex	.045 (.016)**	.010 (.003)***	3.385 (.089)***	0.665 (.120)***	-.005 (.017)	2.177 (2)	.998	.03 [.00, .20]
Trust	Li	.114 (.047)*	.027 (.078)	3.478 (.096)***	0.781 (.167)***	-.099 (.101)	1.599 (1)	.995	.08 [.00, .28]
	Lo	.169 (.078)*	.152 (.294)	3.486 (.098)***	0.847 (.228)***	-.239 (.250)	2.726 (1)	.986	.13 [.00, .32]
	Ex	.045 (.017)**	.013 (.003)***	3.490 (.092)***	0.748 (.126)***	-.037 (.018)*	2.575 (2)	.995	.05 [.00, .21]
Alienation	Li	-.088 (.055)	.138 (.046)**	2.713 (.078)***	0.384 (.127)**	-.064 (.069)	7.673 (2)*	.867	.16 [.05, .29]
	Lo	-.136 (.096)	.515 (.172)**	2.699 (.081)***	0.487 (.177)**	-.206 (.183)	12.851 (2)**	.745	.23 [.12, .35]
	Ex	-.032 (.017)	.001 (.011)	2.719 (.073)***	0.300 (.089)**	.006 (.020)	1.081 (1)	.998	.03 [.00, .26]
Peer attachment									
Communi- cation	Li	-.011 (.052)	.177 (.047)***	4.044 (.091)***	0.778 (.174)***	-.218 (.084)**	15.001 (2)***	.815	.25 [.14, .38]
	Lo	-.035 (.086)	.722 (.187)***	4.060 (.093)***	1.041 (.240)***	-.659 (.240)***	18.688 (2)***	.763	.29 [.18, .41]
	Ex	.003 (.017)	.014 (.004)***	4.012 (.086)***	0.566 (.115)***	-.038 (.019)*	8.681 (2)*	.905	.18 [.07, .31]
Trust	Li	.007 (.041)	.085 (.030)**	4.310 (.075)***	0.452 (.108)***	-.100 (.054)	5.776 (2)	.944	.14 [.00, .27]
	Lo	.003 (.071)	.352 (.125)**	4.318 (.076)***	0.562 (.143)***	-.276 (.129)*	7.558 (2)*	.917	.16 [.05, .30]
	Ex	.005 (.013)	.006 (.002)**	4.299 (.071)***	0.362 (.078)***	-.016 (.012)	3.230 (2)	.982	.08 [.00, .23]
Alienation	Li	-.036 (.051)	.087 (.036)*	2.267 (.061)***	0.061 (.082)	.020 (.049)	11.488 (2)**	.422	.22 [.11, .34]
	Lo	-.072 (.090)	.271 (.130)*	2.275 (.064)***	0.057 (.115)	.035 (.111)	18.528 (2)***	.000	.28 [.17, .41]
	Ex	-.008 (.015)	.007 (.003)**	2.252 (.055)***	0.072 (.054)	.011 (.011)	4.318 (2)	.859	.11 [.00, .25]
Antisocial behavior									

Li	-.890 (.281)**	1.559 (2.375)	9.288 (.531)***	21.43 (5.314)***	-3.093 (3.087)	8.936 (1)**	.910	.28 [.13, .46]
Lo	-1.261 (.490)*	5.843 (9.123)	9.198 (.543)***	23.11 (7.372)**	-6.840 (7.881)	11.895 (1)***	.877	.32 [.18, .50]
Ex	-.369 (.088)***	.321 (.094)**	9.313 (.501)***	20.19 (3.799)***	-.968 (.555)	3.422 (2)	.984	.08 [.00, .23]

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$ *Note.* Li = linear. Lo = logarithmic. Ex = exponential. Models with significant mean slopes and best goodness-of-fit indexes are in boldface.

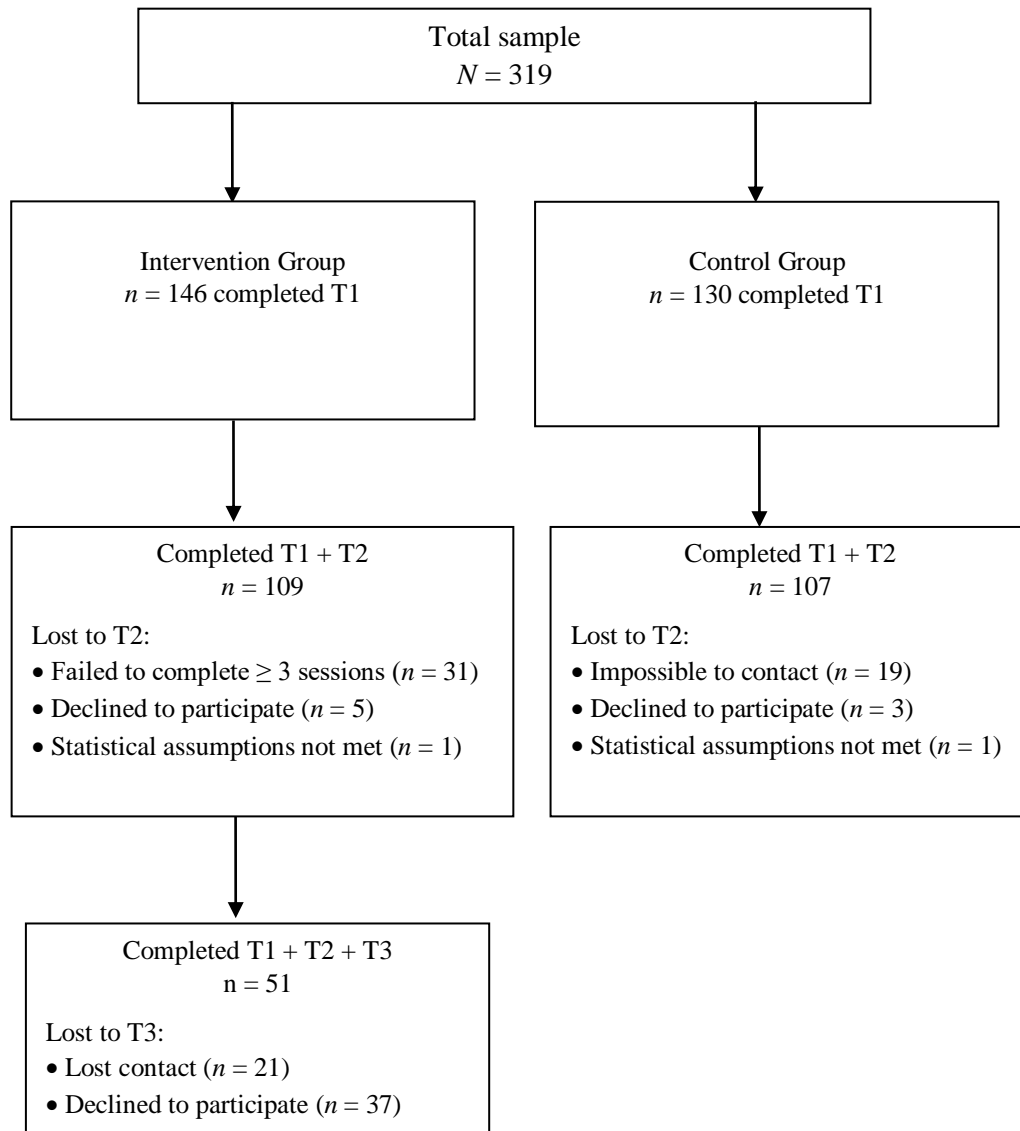


Figure 1. Flow of participants through the study

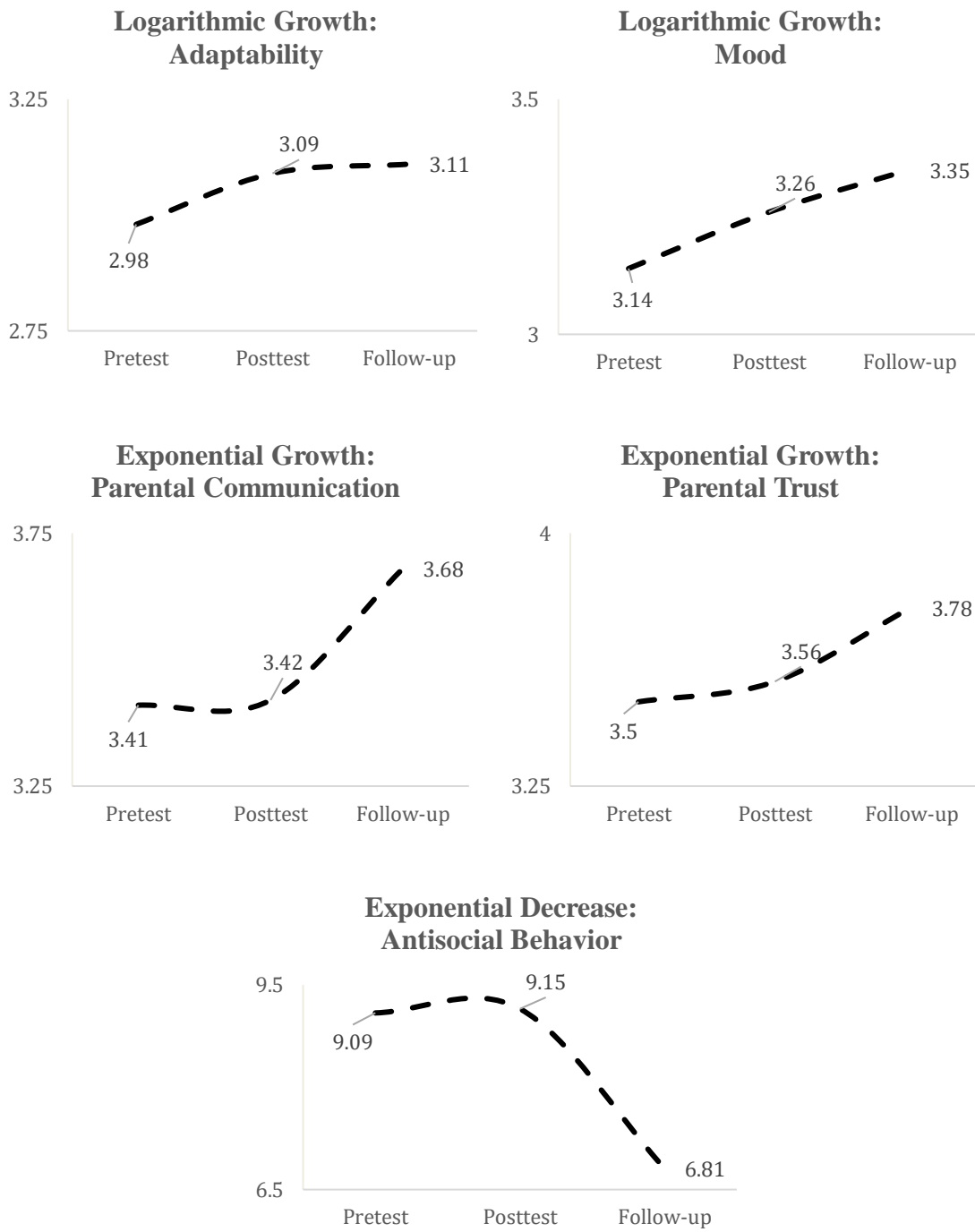


Figure 2. Trajectory of change over time of SB-PFT participants

ANEXO IV

The role of psychosocial stress on a family-based treatment for adolescents with problematic behaviors



Article

The Role of Psychosocial Stress on a Family-Based Treatment for Adolescents with Problematic Behaviors

Jesús Maya ¹ , Bárbara Lorence ^{2,*} , Victoria Hidalgo ¹ and Lucía Jiménez ¹

¹ Department of Developmental and Educational Psychology, University of Seville, Camilo José Cela s/n, 41018 Seville, Spain; jmaya3@us.es (J.M.); victoria@us.es (V.H.); luciajimenez@us.es (L.J.)

² Department of Social, Developmental and Educational Psychology, University of Huelva, Avda. Tres de Marzo s/n, 21071 Huelva, Spain

* Correspondence: barbara.lorence@dpee.uhu.es; Tel.: +34-959-219-209

Received: 26 July 2018; Accepted: 27 August 2018; Published: 29 August 2018



Abstract: The stressful life events experienced by adolescents with problematic behaviors, should be considered for implementing effective interventions. This study aimed to examine the adjustment of adolescents with problematic behaviors, and to assess the effectiveness of a family-based treatment, namely Scene-Based Psychodramatic Family Therapy (SB-PFT), according to different stress profiles. Ten SB-PFT sessions, over 17 trials were implemented. Stressful life events and adolescent adjustment were evaluated at pretest and posttest, for the SB-PFT participants ($n = 104$ adolescents) and a control group ($n = 106$). The adolescents were categorized into three profiles depending on the nature of the stressors: family stress profile, individual and family stress profile, and low stress profile. The individual and family stress group showed worse adjustment. Effectiveness analyses revealed improvements in SB-PFT participants' emotional intelligence, but not in anger and hostility. Furthermore, adolescents with low and family-related stress profiles showed enhancements in parent attachment. In conclusion, interventions involving adolescents with problematic behaviors must be tailored to the stressful life events experienced. Specific treatments should be used alongside SB-PFT, when adolescents are met with individual-related stress. Nevertheless, SB-PFT seemed to promote emotional intelligence and parent attachment, particularly in adolescents with problematic behaviors that experienced only family stressors.

Keywords: adolescence; behavior problems; stressful life events; emotional intelligence; parent attachment; effectiveness; family therapy

1. Introduction

Adolescents deal with several biological, cognitive, and psychosocial changes [1], some of which may be identified as potentially stressful among this population [2]. According to Lazarus and Folkman [3], how the individuals assess potentially stressful events and the resources they have to address these events will determine their stress status. Psychosocial stress in adolescents is accentuated by the presence of stressors or stressful life events that threaten their capabilities [2]. These stressful events may vary depending on the specific life domain, and can compromise adolescent development and well-being [2,4].

Special attention has been paid to the impact of stressful life events of an environmental nature on adolescence, such as living in priority neighborhoods that cope with social and economic challenges [2,5]. The effects of family stress factors, such as low household incomes, parental conflict and divorce, and a parent's illness have been also examined [6,7]. The presence of these environmental and family stressors is negatively related to adjustment and mental health in adolescents, and

precipitates the onset of problematic behaviors [2,6,8]. Specifically, financial instability and belonging to a priority area are associated with increased psychosocial stress and maladjustment in adolescence [2,9]. Family stressful events, such as marital conflict and parental divorce, also represent situations which significantly increase an adolescent's family stress load, and are related to the presence of problematic behaviors [6,7]. Furthermore, these stressful events may be comorbid. The negative effects of divorce on children have been shown to seemingly increase when families face economic hardship [7]. Along these lines, another source of family stress, such as parental illness, also seems to correlate with the presence of problematic behaviors during adolescence [6].

These environmental and family stressors can be accompanied by individual stressful events experienced by adolescents themselves, which place these youths in a particularly vulnerable situation [10,11]. Specifically, exposure to serious situations, such as peer victimization or bullying, family abuse, or sexual abuse has a negative impact on adolescent adjustment and mental health [12]. Of these individual stressors, peer victimization or bullying is reported as being the most prevalent among adolescents [13,14]. Adolescents' perceptions about feeling rejected, alienated, and harassed by peers during the bullying process can have major psychological consequences such as anxiety, depression, and externalizing problems as aggressive and disruptive behaviors [15–18]. Additionally, these symptoms in extreme cases during early adolescence can lead to a bipolar disorder diagnosis. Bipolar disorder may even be accompanied by abnormalities in white matter connectivity, and impairment of the neuronal circuits involved in emotional regulation [19]. Moreover, there are other contexts in which adolescents may also suffer from violence, such as the family context. These situations may be a leading source of psychosocial stress for adolescents. Specifically, aggressive behaviors from parents towards their sons and daughters are related to adolescent maladjustment and problematic behaviors [20,21]. Finally, although epidemiologically less frequent [13], when referring to individual stressful life events in young people, we cannot ignore cases of sexual abuse. Specifically, these events can precipitate the development of internalizing problems, such as depression [22] and problematic behaviors including sexual offending and violent acts [23,24].

The link between stressful life events and the problematic behaviors presented above, could be explained from several theories. General strain theory (GST) [25] highlights how exposure to stressful events generates negative emotions, such as anger and hostility, which hinder the individual's ability to successfully respond to environmental demands, instead promoting violent behavior as a way of escaping from stressors. The frustration–aggression hypothesis [26], argues that stressful events perceived as uncontrollable and unfair bring with them a series of negative feelings of frustration, thereby increasing the individual's risk for developing problematic behaviors. More recently, I³ theory [27,28] suggests that tackling stressful events uses up the individual's self-regulation strategies, thus making it difficult to develop the skills needed to inhibit any violent impulses. In sum, stressful life events mobilize the resources that adolescents draw on to manage stressors; this increases levels of emotional strain and facilitates the emergence of problematic behaviors in the absence of adequate cognitive, behavioral, and emotional stressor management.

Although stressful life events hinder adolescent development and a smooth transition to adulthood, not all stressful situations have the same consequences for adolescents [29,30]. Thus, the presence of protective factors at family (e.g., a strong parental bond) and individual level (such as good emotional intelligence), can buffer the negative impact of stressful life events [29,31]. In terms of the parent–child relationship, it has been shown that positive parenting practices reduce the negative psychological consequences behind stressful life events [32,33]. Thus, positive parenting is associated with decreased levels of psychosocial stress and better self-regulation in adolescents, so they can better cope with stressful situations [34,35]. Furthermore, we count on evidence that a parent–adolescent relationship built on support, communication, and caring renders adolescents less likely to develop problematic behaviors when faced with individual stressful situations, such as peer victimization [17,36,37]. Regarding individual protective factors, emotional intelligence in adolescents appears to moderate the negative impact of perceived psychosocial stress [38,39]. Moreover, emotional

understanding and emotional management mitigates the negative effects of perceived psychosocial stress and enhances life satisfaction in adolescence [31,40]. In fact, Hsieh et al. [41] observed that a better understanding of own and others' emotions in adolescent victims of peer victimization moderated their degree of hostility.

1.1. Interventions Involving Adolescents with Problematic Behaviors. The Scene-Based Psychodramatic Family Therapy

Throughout this introduction, we have described how the stressful life events of different nature that adolescents face, represent a risk factor for the onset of adolescent's problematic behaviors [6,8,42]. Problematic behaviors exhibited by adolescents, such as disobedience, fighting, lying, physical and/or verbal aggression, expulsion from school, and other forms of maladaptive conduct constitute nowadays a social concern, as may culminate with young boys and girls being involved in the criminal justice system [43,44].

Recent decades have seen a significant increase in interventions aimed at reducing disruptive behaviors in adolescents exposed to stressful situations. These initiatives seek to promote individual, family, and environmental protective factors to buffer the negative effects of exposure to risky situations that compromise adolescent well-being, i.e., neighborhoods with high rates of violence, truancy, family stress, peer substance abuse, etcetera [12,29,45].

Adolescents with problematic behaviors are often described homogeneously, although diverse risk profiles emerge in this population, both at an individual and family level [44]. For this reason, diverse profiles of adolescents with problematic behaviors should be considered when designing and evaluating intervention programs aimed at this population, to diversify and adapt available resources according to their specific profiles [46]. Specifically, the empirical evidence available underlines the importance of controlling for the presence and nature of stressful events to ensure that these interventions are effective [10,11].

Current family-based treatment programs for adolescents with behavior problems and their parents, recognized by Blueprints for healthy youth development [47], include Multisystemic Therapy (MST) [48] and Functional Family Therapy (FFT) [44]. Both treatments are based on the family therapy model, and aim to reduce adolescent problematic behaviors. The outcomes that these treatments seek to achieve include promoting positive parenting, positive adaptation and adjustment in adolescents, the acquisition of conflict resolution strategies, and improving family relationships as a main protective factor [49,50].

The Scene-Based Psychodramatic Family Therapy (SB-PFT) constitutes a novel treatment, specifically designed for families with adolescents with problematic behaviors from priority neighborhoods [51,52]. SB-PFT is a specific approach aimed at improving family relationships and reducing adolescent's problematic behaviors [51–53]. It integrates the principles and techniques of systemic family therapy (e.g., the importance of including all family members and focusing intervention on dysfunctional family relationships), with psychodramatic techniques (e.g., role-playing, role reversal, mirror, scene) using a multiple-family group format [52,54,55]. The usefulness of using psychodramatic techniques in the therapeutic process has recently been recognized in the European context [55]. From the perspective of multiple-family groups followed by SB-PFT, several family systems are worked on together therapeutically [56]. Multiple-family groups have proven effective in promoting parent-child communication and problem solving [56]. In SB-PFT, 10 weekly 2-h intervention sessions are held [51,52]. Each SB-PFT group is led by two psychotherapists trained in systemic family therapy and psychodrama, and two auxiliary egos who are experts in psychodramatic techniques [52]. The core contents dealt with during the sessions cover: conflicts in parent-adolescent interaction, and adolescent-experienced stressful situations (such as parental separation and conflict, violence at home, and peer conflict). The contents targeted in each SB-PFT session depend on the needs of the participants assessed by the professionals (i.e., adolescents' conflicts with their parents or in the social context), as well as on the problem situations that the participants express during the

therapeutic process. Each session of the SB-PFT follows a similar structure [52]. First, the therapists and auxiliary egos decide on the therapeutic objectives of the session, according to the components of the family system which may be influencing the problematic behaviors of the adolescents. Second, the auxiliary egos dramatize a conflictive situation. Finally, adolescents and parents discuss the content, and engage in a role-play with the auxiliary ego to express their emotions, become aware of their strengths and difficulties as a family, be able to order their emotions, and develop other ways to resolve family conflicts (or social conflicts) without using disruptive behaviors [52]. In this process, the psychodramatic techniques and the group therapeutic factors [55,57] play a relevant role. Specifically, the importance of knowing other adolescents in the same situation and acknowledging interpersonal learning are important components of the SB-PFT. In general terms, the SB-PFT seeks to provide an opportunity for adolescents and their parents to not only express and free the emotional strain behind existing conflicts, but to also acquire other conflict resolution strategies through dramatization and group integration in a therapeutic context with some family system [55,58].

1.2. Present Study

Although SB-PFT constitutes an innovative treatment, evidence supporting its effectiveness has been found in relation to emotional intelligence, parent attachment, and antisocial behavior [55]. To our knowledge, there are no studies that describe and assess the role of psychosocial stress on adolescents participating in SB-PFT, with a focus on the nature of the stressors.

Data on the high prevalence of stressful life events among Spanish adolescents (83% have experienced a stressful situation in their lives), have driven the development of initiatives and interventions involving these adolescents [13]. This high prevalence suggests the need for exploring in more depth, the role that psychosocial stress plays during adolescence, and for developing evidence-based interventions that minimize the negative effects of specific stressful life events. Hence, the differential impact of stressful life events, according to specific life domains, should be considered [4]. For this reason, in this study the adolescents were grouped according to the presence of family or/and individual stressors.

Specifically, this study aimed to: (1) Examine variability in emotional intelligence, aggressive behavior, and parent attachment in adolescents with problematic behaviors, according to the experience of stressful life events; and (2) Assess the effectiveness of SB-PFT treatment in adolescents with problematic behaviors, by each stress profile. Concerning the first objective, we expect that adolescents who had experienced both family and individual stressors, will exhibit the highest maladaptive profile. Regarding the second objective, we expect SB-PFT effectiveness for all the stress profiles, compared to the control group. Specifically, because SB-PFT is a multiple-family intervention, we expect higher effectiveness for adolescents who had experienced family stressors.

2. Materials and Methods

2.1. Study Design

This study was part of a larger research project aimed at describing and evaluating the effectiveness of a scene-based psychodramatic family therapy (SB-PFT) treatment run by Child Welfare Services (CWS), across 10 priority areas of southern Spain from 2015 to 2017. CWS are public services that deliver assistance to mitigate family problem situations. Their intervention areas cover environmental changes, such as improving family functioning, to ensure comprehensive child and adolescent development [59]. For this study, a quasi-experimental design was followed, using pretest (T1) and posttest (T2) measures, for both the intervention (IG) and control group (CG).

2.2. Participants

For the SB-PFT treatment, 17 trials were conducted with 10 sessions per trial (one session per week), and an average of 8 adolescents and their caregivers per trial. For the purpose of this study,

210 adolescents participated. Each adolescent from the IG participated in only one trial. Participants attended, on average, 8 sessions. The flow of cases through the study is shown in Figure 1. As can be observed in this figure, a 28.77% IG dropout rate and an 18.46% CG dropout rate were obtained. The IG ended up comprising 104 adolescents, and the CG 106 adolescents.

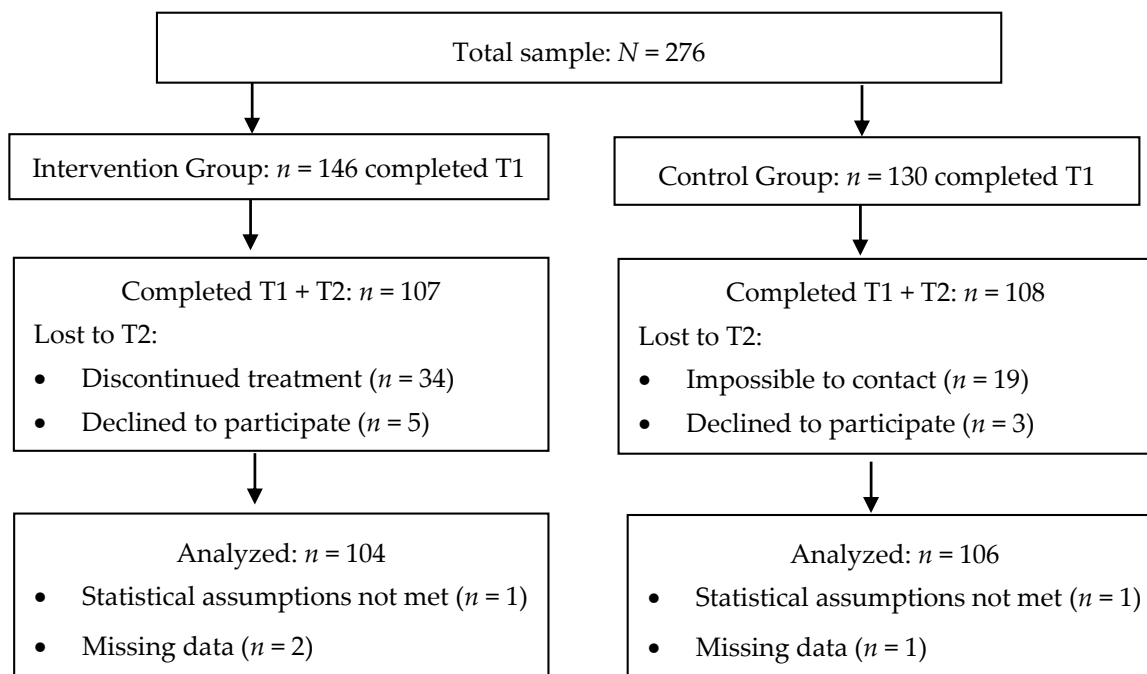


Figure 1. Flowchart of participants throughout the study.

The baseline characteristics of the IG completers, the CG completers, and the total sample are shown in Table 1. Regarding sociodemographic characteristics, a comparable profile was observed between the IG and the CG across all variables examined. As can be seen in Table 1, the sample was equally distributed by gender, yielding an average age of 14 years. By studying the psychosocial stress profiles, severe financial problems and chronic parental conflict, emerged as the most salient family stress factors. Individual stress factors were less frequent, with bullying or peer victimization ranked as the most prevalent stressors. Stressful event occurrence was comparable between the IG and the CG, except for chronic parental conflict, parent's new partner, and parent's mental or physical illness (higher occurrence reported in the IG).

Based on the stressful life events reported in this table, four stress profiles were established: (1) a family stress profile (FSP), comprising participants that had experienced only family-related stress factors ($n = 92$; 43.80% of the total sample); (2) an individual stress profile (ISP), made up of those adolescents who only experienced individual stress factors associated with violent episodes ($n = 10$; 4.8% of the sample); (3) an individual and family stress profile (IFSP), including those participants who experienced both family and individual stress factors ($n = 71$; 33.80% of the sample); and (4) a low stress profile (LSP), comprising adolescents who did not experience any family or individual factors in the five years prior to the study, from those listed in Table 1 ($n = 37$; 17.60% of the total sample), despite residing in potentially stressful neighborhoods. Given profile 2 (ISP) was made up of a small number of participants ($n = 10$), this group was excluded from subsequent analyses due to statistical power concerns. Stress profiles were distributed throughout both the IG and the CG, as follows: FSP (IG: 52.17%, CG: 47.83%); IFSP (IG: 59.15%, CG: 40.84%); and LSP (IG: 27.03%, CG: 72.97%).

Table 1. Baseline Characteristics for the Intervention Group (IG) and the Control Group (CG): Sociodemographic and Psychosocial Stress Profiles.

Profile	Total (n = 210)	IG (n = 104)	CG (n = 106)	Differences
Adolescents				
Girls	50.50%	49.00%	52.00%	$\chi^2 = 0.17$ <i>n.s.</i>
Age	$M = 14.34, SD = 1.47$	$M = 14.16, SD = 1.48$	$M = 14.52, SD = 1.44$	$F = 3.07$ <i>n.s.</i>
Families				
Two-parent structure	61.86%	58.33%	65.42%	$\chi^2 = 0.86$ <i>n.s.</i>
Number of members	$M = 4.00, SD = 1.10$	$M = 4.07, SD = 1.16$	$M = 3.94, SD = 1.05$	$F = 0.68$ <i>n.s.</i>
Family-related stressful events				
Severe financial problems	46.20%	48.10%	44.30%	$\chi^2 = 0.29$ <i>n.s.</i>
Chronic parental conflict	40.00%	47.10%	33.00%	$\chi^2 = 4.35$ * (0.14) ¹
Parents' divorce	28.60%	34.60%	22.60%	$\chi^2 = 3.69$ <i>n.s.</i>
Parent's new partner	24.80%	34.60%	15.10%	$\chi^2 = 10.74$ ** (0.23) ¹
Parent's mental or physical illness	24.30%	30.80%	17.90%	$\chi^2 = 4.71$ * (0.15) ¹
Individual stressful events				
Bullying (peer victimization)	28.10%	31.70%	24.50%	$\chi^2 = 1.35$ <i>n.s.</i>
Victim of intra-family violence	16.70%	21.20%	12.30%	$\chi^2 = 2.99$ <i>n.s.</i>
Sexual harassment or abuse	6.70%	8.70%	4.70%	$\chi^2 = 1.31$ <i>n.s.</i>

Notes: *n.s.* = non-significant; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; IG = intervention group; CG = Control group; ¹ Cramer's V in brackets.

2.3. Measures

Sociodemographic profile: This questionnaire was developed ad hoc by the researchers to collect from adolescents', sociodemographic information on individual variables and family characteristics through six items: sex, age, academic year, family structure, primary caregiver at home, and number of family members.

Stressful life events Inventory [60]: An adaptation of the Spanish questionnaire on stressful life events was used to assess psychosocial stress profiles [60]. Eight stressful life events were intentionally selected for this project: family-related stressful events (parents' divorce, chronic parental conflict, parent's new partner, severe financial problems, and parent's mental or physical illness); and individual stressful events (peer victimization, intra-family violence, sexual harassment or abuse). A 5-year period was considered for the occurrence of the stressors, rated in a dichotomist scale (0 = no, 1 = yes).

Emotional Quotient Inventory—Youth Version [61]: This 60-item questionnaire measures five components of emotional intelligence: intrapersonal (e.g., "It's easy to tell people how I feel"); interpersonal (e.g., "I know when people are upset, even when they say nothing"); adaptability (e.g., "I can understand hard questions"); stress management (e.g., "I get angry easily"); and general mood (e.g., "I am happy"). Adolescents were required to rate the degree to which each item was true for them on a 4-point scale (from 1 = Very seldom true or not true of me to 4 = Very often true of me or true of me). The reliability coefficients computed in this study were listed for each scale: intrapersonal ($\alpha_{T1} = 0.61$ and $\alpha_{T2} = 0.70$), interpersonal ($\alpha_{T1} = 0.77$ and $\alpha_{T2} = 0.79$), adaptability ($\alpha_{T1} = 0.80$ and $\alpha_{T2} = 0.85$), stress management ($\alpha_{T1} = 0.83$ and $\alpha_{T2} = 0.82$), and general mood ($\alpha_{T1} = 0.89$ and $\alpha_{T2} = 0.86$).

The Inventory of Parent and Peer Attachment [62]: The parent attachment scales of this measure were included in the present study, totaling 25 items related to communication (e.g., "My mother/father helps me to talk about my difficulties"); trust (e.g., "I feel my mother/father does a good job as my parent"); and alienation (e.g., "I feel angry with my mother/father") between the adolescent and his/her primary caregiver. Each item was rated on a 5-point scale (from 1 = Almost never or never true to 5 = Almost always or always true). The reliability coefficients in this study were described as: communication ($\alpha_{T1} = 0.83$ and $\alpha_{T2} = 0.84$), trust ($\alpha_{T1} = 0.87$ and $\alpha_{T2} = 0.86$), and alienation ($\alpha_{T1} = 0.61$ and $\alpha_{T2} = 0.67$).

Aggression Questionnaire [63]: Two dimensions from the 29-item version, adapted by Santiesteban and Alvarado [64], were used in this study to assess anger (e.g., "I have trouble controlling my temper"), and hostility (e.g., "I sometimes feel that people are laughing at me behind my back"). Each item was rated by the adolescents on a 5-point scale (from 1 = Extremely uncharacteristic of me to 5 = Extremely characteristic of me). The reliability coefficients founded in this study were $\alpha_{T1} = 0.64/\alpha_{T2} = 0.69$ for anger, and $\alpha_{T1} = 0.60/\alpha_{T2} = 0.68$ for hostility.

2.4. Procedure

CWS practitioners referred the adolescents for SB-PFT, if they met the following criteria: (a) aged between 11 and 17 years; (b) problematic behaviors, such as frequent fights with peers, alcohol use, social conflict, or expulsion from school; (c) significant impairment in family relations and a family crisis situation; and (d) consent to multiple-family treatment from both the parents and adolescents. The CG comprised a comparable sample of adolescents with problematic behaviors identified by the schools, who met the following criteria: (a) aged between 11 and 17 years; (b) residing in the same priority areas where the intervention took place; and (c) not receiving any therapeutic treatment.

The battery of questionnaires was administered by researchers at the CWS (IG) and at the schools (CG). For the IG, pretest was administered during the second SB-PFT session, and posttest took place during the last session, for those adolescents who attended at least three treatment sessions. For the CG, there was a 3-month interval between pretest and posttest assessment. All questionnaires were self-report and any doubts were clarified by the researchers. Assessment took between 20 and 45 min.

All adolescent participation was voluntary, once an informed consent form in accordance with the Declaration of Helsinki was signed. The researchers explained the aims of the project and assured participants that anonymity would be kept throughout. Ethics approval was obtained from the Andalusian Government (code 0985-M1-18).

2.5. Data Analyses

Analyses were performed using SPSS v.23 software (IBM, Armonk, NY, USA). The following statistical assumptions were checked, yielding satisfactory results: linearity, normality, homoscedasticity, absence of multicollinearity and singularity, and independence of residuals [65]. Two univariate outliers were detected through box-plot examination and removed from subsequent analyses [66]. Missing data at item level were examined via missing value analysis. Little's MCAR test was used to check whether data was randomly distributed. Less than 5% of missing data were found per item, and less than 10% of items were missing per scale. Therefore, the SEM procedure was performed to impute data using the expectation-maximization (EM) algorithm from SPSS.

For inter-group comparisons, one-way ANOVAs for quantitative variables and chi-square tests for qualitative ones were performed. DMS was explored using one-way ANOVAs for paired comparisons when required. Repeated measures ANOVAs were used for longitudinal analyses, and the interaction effect time*group (IG vs. CG) was examined independently for each stress profile, as described below. The 95% confidence level was considered for the significance test. Partial eta squared and Cramer's V were computed as effect-size indexes, respectively. Partial eta squared was deemed negligible if <0.01, small if >0.01 and <0.06, medium if >0.06 and <0.14, and large if >0.14. Cramer's V was considered negligible if <0.10, small if >0.10 and <0.30, medium if >0.30 and <0.50, and large if >0.50 [67].

3. Results

3.1. Psychosocial Adjustment of Adolescents with Problematic Behaviors According to Their Stress Profiles

Differences in emotional intelligence, aggressive behavior, and parent attachment by stress profile were studied. The descriptive data, statistics, and effect sizes, for these analyses are shown in Table 2.

Regarding emotional intelligence variables, significant differences with small-to-medium effect sizes were observed among the three stress profiles for intrapersonal intelligence, stress management, and general mood. Specifically, DMS analyses found significant differences between IFSP adolescents and LSP adolescents, for intrapersonal intelligence, stress management, and general mood. In addition, significant differences were observed between FSP adolescents and IFSP adolescents, for intrapersonal intelligence and general mood. IFSP adolescents obtained the lowest scores across all aforementioned comparisons.

As for the aggressive behavior dimensions, significant differences with small-to-medium effect sizes were observed among the three risk stress profiles of adolescents, for both anger and hostility. DMS analyses showed that IFSP adolescents scored significantly higher in anger and hostility, compared to their LSP peers, and higher in hostility than the FSP adolescents.

Regarding parent attachment, analyses revealed significant differences in the degree of communication, trust, and alienation, yielding small-to-medium effect sizes. Specifically, DSM analyses showed that LSP adolescents obtained better scores across all parent attachment dimensions, compared to both FSP and IFSP adolescents. FSP adolescents also scored higher in alienation than their IFSP peers.

Table 2. Emotional Intelligence, Aggressive Behavior, and Parent Attachment by Stress Profile.

Variables	LSP M (SD)	FSP M (SD)	IFSP M (SD)	Differences	
				F (η^2_{partial})	DMS
Emotional intelligence					
Intrapersonal	2.59 (0.52)	2.61 (0.67)	2.34 (0.54)	4.14 * (0.04)	LSP-IFSP * FSP-IFSP **
Interpersonal	3.30 (0.49)	3.24 (0.46)	3.26 (0.46)	0.22 <i>n.s.</i>	-
Adaptability	2.97 (0.62)	3.01 (0.51)	3.01 (0.55)	0.08 <i>n.s.</i>	-
Stress management	2.57 (0.49)	2.43 (0.63)	2.24 (0.65)	3.74 * (0.04)	LSP-IFSP **
General mood	3.37 (0.56)	3.36 (0.48)	3.03 (0.59)	8.72 *** (0.09)	LSP-IFSP ** FSP-IFSP ***
Aggressive behavior					
Anger	2.80 (0.82)	3.09 (0.79)	3.26 (0.85)	3.90 * (0.04)	LSP-IFSP **
Hostility	2.42 (0.71)	2.59 (0.61)	3.01 (0.72)	11.37 *** (0.11)	LSP-IFSP *** FSP-IFSP ***
Parent attachment					
Communication	4.02 (0.72)	3.61 (0.93)	3.53 (0.99)	3.72 * (0.04)	LSP-FSP * LSP-IFSP **
Trust	4.19 (0.50)	3.80 (0.83)	3.55 (1.00)	6.89 *** (0.07)	LSP-FSP * LSP-IFSP ***
Alienation	2.05 (0.78)	2.38 (0.82)	2.69 (0.72)	8.36 *** (0.08)	LSP-FSP * LSP-IFSP *** FSP-IFSP *

Notes: *n.s.* = non-significant; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$; LSP = low stress profile; FSP = family stress profile; IFSP = individual and family stress profile.

3.2. SB-PFT Effectiveness by Stress Profile

The effectiveness of SB-PFT, according to the stress profiles, was studied by analyzing the interaction effect time*group (IG vs. CG) using repeated measures ANOVAs separately for the LSP, the FSP, and the IFSP on the emotional intelligence, aggressive behavior, and parent attachment variables. The descriptive data, statistics, and effect sizes, for these analyses are shown in Table 3.

LSP adolescents showed significant interaction effects, with medium effect sizes, for interpersonal intelligence and parental alienation. Specifically, those adolescents who received SB-PFT achieved better results, than the adolescents who did not receive treatment.

FSP adolescents showed significant interaction effects, with small-to-medium effect sizes, for two parent attachment dimensions: communication and trust. Specifically, FSP adolescents who received SB-PFT treatment showed an improvement over the CG. The IG also showed a significant improvement in adaptability, compared to the CG (medium effect size).

Finally, for the IFSP adolescents, only general mood showed significant interaction, with a medium effect size. Specifically, the IG adolescents made greater improvements, compared to those who did not receive intervention.

Table 3. Scene-Based Psychodramatic Family Therapy (SB-PFT) Effectiveness by Stress Profile.

Variables	IG		CG		LSP	IG		CG		FSP	IG		CG		IFSP	
	T1/T2	M (SD)	T1/T2	M (SD)	F (η^2_{partial})	T1/T2	M (SD)	T1/T2	M (SD)	F (η^2_{partial})	T1/T2	M (SD)	T1/T2	M (SD)	F (η^2_{partial})	
Emotional intelligence	Intrapersonal	2.59 (0.63)	2.65 (0.80)	2.59 (0.50)	2.45 (0.64)	0.84 <i>n.s.</i>	2.71 (0.63)	2.56 (0.64)	2.50 (0.70)	2.68 (0.64)	3.70 <i>n.s.</i>	2.24 (0.52)	2.25 (0.58)	2.46 (0.55)	2.34 (0.65)	1.03 <i>n.s.</i>
	Interpersonal	3.23 (0.65)	3.46 (0.40)	3.32 (0.45)	3.12 (0.51)	4.53 * (0.12)	3.18 (0.45)	3.36 (0.46)	3.30 (0.46)	3.34 (0.41)	2.61 <i>n.s.</i>	3.23 (0.51)	3.25 (0.45)	3.32 (0.38)	3.28 (0.46)	0.32 <i>n.s.</i>
	Adaptability	2.88 (0.71)	2.74 (0.85)	3.01 (0.62)	3.06 (0.53)	0.57 <i>n.s.</i>	3.03 (0.46)	3.26 (0.60)	3.01 (0.56)	2.96 (0.48)	5.72 * (0.06)	2.93 (0.53)	3.06 (0.51)	3.13 (0.56)	3.08 (0.54)	2.94 <i>n.s.</i>
	Stress management	2.43 (0.27)	2.55 (0.74)	2.62 (0.55)	2.51 (0.53)	1.06 <i>n.s.</i>	2.30 (0.64)	2.32 (0.76)	2.54 (0.60)	2.60 (0.45)	0.13 <i>n.s.</i>	2.07 (0.57)	2.13 (0.50)	2.48 (0.70)	2.46 (0.67)	0.35 <i>n.s.</i>
	General mood	3.33 (0.71)	3.43 (0.53)	3.39 (0.53)	3.27 (0.56)	1.18 <i>n.s.</i>	3.31 (0.50)	3.38 (0.48)	3.43 (0.47)	3.40 (0.41)	2.00 <i>n.s.</i>	2.92 (0.59)	3.08 (0.49)	3.17 (0.58)	3.07 (0.63)	5.92 * (0.08)
Aggressive	Anger	3.00 (0.94)	2.68 (0.77)	2.74 (0.77)	2.69 (0.87)	0.72 <i>n.s.</i>	3.18 (0.72)	3.06 (0.95)	3.00 (0.86)	2.89 (0.81)	0.01 <i>n.s.</i>	3.39 (0.86)	3.33 (0.85)	3.10 (0.81)	3.06 (0.82)	0.01 <i>n.s.</i>
	Hostility	2.23 (0.81)	3.36 (1.03)	2.52 (0.67)	2.52 (0.77)	0.20 <i>n.s.</i>	2.54 (0.64)	2.33 (0.68)	2.65 (0.60)	2.59 (0.72)	0.95 <i>n.s.</i>	2.96 (0.67)	2.89 (0.68)	3.10 (0.77)	2.94 (0.80)	0.12 <i>n.s.</i>
Parent attachment	Communication	3.88 (0.62)	3.62 (0.92)	4.08 (0.76)	3.72 (0.86)	0.08 <i>n.s.</i>	3.33 (0.98)	3.49 (0.89)	3.91 (0.77)	3.68 (0.82)	5.88 * (0.06)	3.43 (0.97)	3.31 (0.97)	3.74 (0.95)	3.57 (0.92)	0.04 <i>n.s.</i>
	Trust	4.29 (0.40)	4.08 (0.46)	4.16 (0.54)	3.93 (0.78)	0.01 <i>n.s.</i>	3.52 (0.90)	3.66 (0.87)	4.09 (0.62)	3.95 (0.71)	4.31 * (0.05)	3.25 (1.04)	3.32 (0.90)	3.99 (0.78)	3.84 (0.80)	2.48 <i>n.s.</i>
	Alienation	2.35 (1.00)	2.00 (0.68)	1.94 (0.66)	2.33 (0.93)	4.35 * (0.11)	2.62 (0.85)	2.70 (0.86)	2.13 (0.70)	2.23 (0.73)	0.02 <i>n.s.</i>	2.84 (0.73)	2.92 (0.67)	2.45 (0.67)	2.45 (1.04)	0.19 <i>n.s.</i>

Notes: *n.s.* = non-significant; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$; LSP = low stress profile; FSP = family stress profile; IFSP = individual and family stress profiles.

The significant interaction effects described above are plotted in Figure 2.

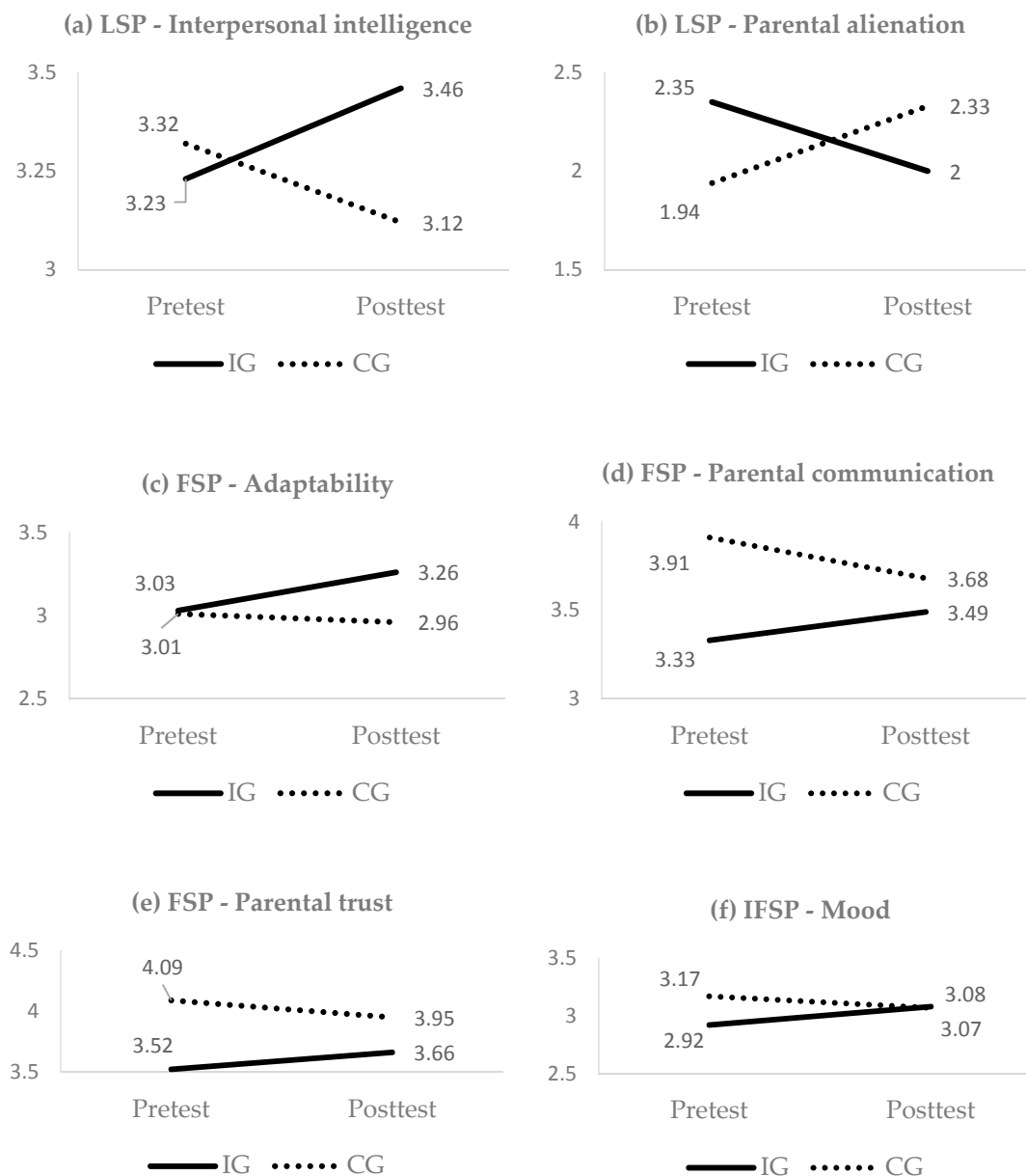


Figure 2. Significant interaction effects time*group (intervention vs. control). (a) LSP—Interpersonal intelligence: interaction effects on interpersonal intelligence in low stress profile group. (b) LSP—Parental alienation: interaction effects on parental alienation in low stress profile group. (c) FSP—Adaptability: interaction effects on adaptability in family stress profile group. (d) FSP—Parental communication: interaction effects on parental communication in family stress profile group. (e) FSP—Parental trust: interaction effects on parental trust in family stress profile group. (f) IFSP—Mood: interaction effects on mood in individual and family stress profile group.

4. Discussion

This study on the role of psychosocial stress in adolescents with problematic behaviors, sought to go beyond a descriptive analysis of stressful life events. Three profiles relative to the family and/or individual nature of recent stressful life events (low stress profile, LSP; family stress profile, FSP; and individual and family stress profile, IFSP), confirmed the existing diversity among adolescents growing up in priority neighborhoods. Previous studies have already reported heterogeneity among

adolescents with problematic behaviors, despite them all presenting these conflictive behaviors [44]. Specifically, the profile of adolescents with family stressors (FSP) was the most prevalent, followed by adolescents having faced individual and family stressors (IFSP), and finally the group of adolescents who had not experienced any of the studied stressful life events (LSP). Furthermore, if we look at the three events of individual nature under evaluation (bullying or peer victimization, intra-family violence, and sexual abuse), we could see a consistent pattern between the present research and another Spain-based study by Pereda et al. [13], showing bullying to be the most common episode among the events that involve violence intentionally directed towards adolescent.

Regarding the first objective, the results were consistent with the researchers' expectations. The data revealed higher maladjustment in IFSP adolescents, when compared with FSP and LSP adolescents. These findings support the need to examine the nature of stressful life events during adolescence, to enhance understanding about adjustment in this developmental period [4,29,30].

As for the differences found in aggressive behavior between the three stress profiles, the results coincided with the general strain theory [25]. The author of GST concludes that exposure to different stressful life events is linked to increased emotional strain, which in turn can lead to an increase in anger and hostility hastening the development of violent behaviors, as a way of escaping the strain brought on by stressful events. In line with other studies [10,11], adolescents who had been victims of at least one individual violent situation and that also accumulate family stressors appear to be especially vulnerable to stress that comes with high emotional strain, thus making the onset of troubled behavior more likely.

Regarding emotional intelligence, the differences observed among all three stress profiles can be explained from the perspective of I³ theory [27,28]. This theory holds that stressors limit the individual's capacity for self-regulation, thus hindering their ability to inhibit violent impulses. Data collected from this study on adolescents indicated that some components of emotional intelligence, such as intrapersonal intelligence, stress management, and mood, were more affected in IFSP adolescents than in FSP and LSP peers. In line with I³ theory [27,28], this finding could be explained by arguing that suffering from direct violence towards oneself diminishes the adolescent's emotional competence; in this case, intrapersonal intelligence, stress management, and mood were more restricted, which may prevent them from restraining their violent impulses.

In relation to the differences observed in parent attachment, the data once again showed greater difficulties on the part of IFSP adolescents. In this case and in contrast to aggressive behavior and emotional intelligence, the differences were also evident when comparing LSP with FSP adolescents, observing better communication, trust, and parental alienation in the LSP group. This finding supports existing evidence that highlights the protective role played by intra-family relationships, for buffering the impact of stressful life events [34].

In terms of the second objective, we partially met our expectations. Thus, adolescents participating in the SB-PFT significantly improved in some areas of emotional intelligence and parent attachment, but not significantly decreased aggressive behavior, compared to adolescents in the control group. These changes were particularly notable in the group with a family stress profile. These results confirmed the SB-PFT as a potentially effective treatment, for working in family stress situations.

First, SB-PFT showed a positive impact on mood for IFSP adolescents, compared with the CG. This finding supports those studies that highlight the importance of promoting well-being and optimism in adolescents who find themselves involved in situations, such as peer victimization, intra-family violence, and sexual abuse [14,21,22]. The lack of effectiveness of SB-PFT on other key components involving this adolescent profile (other features of emotional intelligence, aggressive behavior, or parent attachment), may be due to the seriousness of the stressful events (peer victimization, intra-family violence, or sexual abuse plus family stressors) that these boys and girls experience. There are studies that show the devastating effects of bullying, intra-family violence, and sexual abuse [15,21,23]. Thus, maybe IFSP adolescents would benefit from complementing SB-PFT with another specialized therapeutic intervention, focused on these situations marked by violence [16,24,32].

Nevertheless, SB-PFT's effect on mood in IFSP adolescents could be considered as a necessary prerequisite for changing other well-being facets. As such, adolescents with problematic behaviors may need to start by regaining good levels of motivation and general mood, which diminished when exposed to violent situations, enabling them to then engage in a therapeutic process where they tackle other changes related to self-regulation and the attachment with their parents.

Second, the FSP adolescents that participated in SB-PFT notably showed an improvement in the parent attachment dimensions, such as communication and trust, compared to the CG. The theoretical approaches of SB-PFT based on systemic postulates [54], its methodological characteristics deriving from multiple-family group approach [56], and SB-PFT's own objectives and content which focus primarily on improving family relationships through family conflict intervention [51,52], explain the enhanced parental trust and communication of adolescents involved in a family crisis situation. These findings coincide with previous studies on SB-PFT, where improvements in family relationships figure among the main implications of this intervention [52], and with other systemic interventions involving adolescents with problematic behaviors, such as FFT and MST [49,50]. Therefore, these results seem to confirm that SB-PFT is a potentially effective intervention to improve parent attachment, from the perspective of adolescents with a family stress profile.

Third, the LSP adolescents that benefited from SB-PFT reported positive changes, compared to the CG. Once again, an intra-family variable, such as parental alienation, was found to be a positive outcome of SB-PFT, highlighting how important it is to address family systems when behavior problems occur in adolescence [33,34]. What is more, positive changes in interpersonal intelligence among SB-PFT participants were observed, with these adolescents showing improved perspective-taking skills and a greater understanding of others' emotions, both of which are key components when developing and assessing interventions focused on stress coping strategies [10,29]. In this case, the absence of stressful situations in personal trajectories can make adolescents more sensitive and receptive to training in emotional skills, which consider the needs of others, thus promoting a protective factor that inhibits the emergence of troubled behaviors [27,41]. In our opinion, the SB-PFT effectiveness with LSP adolescents justifies the need to conduct early interventions, which protect adolescents from the negative impact of future family and/or individual stressors [2,68].

Lastly, and most noticeably, no impact of SB-PFT on adolescents' aggressive behavior was observed, regardless the stress profile. Adopting the approaches underlying I³ theory [27,28] and GST [25] it is likely that for anger and hostility to diminish, changes to the individual's self-regulation abilities and a decrease in strain brought on by exposure to stressful life events, should occur first. Therefore, the 10 SB-PFT sessions seemed to be the first step in bringing about changes to intra-family relationships and to adolescents' competence, changes which could lead to reduced anger and hostility in the future.

This study has several limitations. At the methodological level, the results about the inter-group comparison for the evaluation of the effectiveness of the SB-PFT should be taken with caution because of some weaknesses in comparability, such as a significant unequal distribution on the percentage of LSP adolescents in the IG and the CG. Sample specificity has placed restrictions on sample size, preventing us from not only achieving statistically stronger effect sizes, but also from performing additional moderation analyses, which could have led to a better understanding of SB-PFT effectiveness [69]. Moreover, it would have been interesting to conduct a follow-up assessment to identify any changes to the dimensions under study over time, for example, in anger and hostility [69,70]. At the theoretical level, it would be interesting in future studies to assess the presence of stressful life events by considering their permanence throughout the adolescent's life, and to explore the cumulative effect of stressful life events complementing the effects according to the specific life domain [4]. Moreover, it would be interesting to explore the impact of the stressors not only on the psychosocial adjustment of adolescents, but also on neurological aspects of the adolescent brain [19].

Despite these limitations, this study showed undeniable strengths. The SB-PFT is one of the few group treatments in Spain promoted with public funding from Child Welfare Services, for a

very specific population: adolescents with problematic behaviors and their families [51]. Moreover, multiple-family groups promote adolescents to meet other peers in the same situation and provide mutual support [52]. Likewise, this study is one of the first attempts to evaluate the SB-PFT, and to gain an in-depth knowledge of the stressful life events recently experienced by these adolescents. Specifically, studying the impact of stressful life events, according to their nature, contributes to the current approach, which emphasizes the importance of going beyond a cumulative explanation of stressful life events [4]. Finally, the results of this study go beyond the potential effectiveness of the SB-PFT and give us clues about the efficiency of the SB-PFT, according to the stress profiles.

5. Conclusions

This research has important implications for the study of psychosocial stress in adolescence, and in working with adolescents with problematic behaviors. Concerning stress profiles, it should be highlighted that: (a) the nature of stress profiles in adolescence is associated with different adjustment characteristics, and therefore different intervention needs; and (b) adolescents with family stressors who also find themselves involved in situations marked by violence, encounter more difficulties in emotional intelligence, exhibit more aggressive behavior, and report less parent attachment than adolescents with only family stressors or a low-stress profile. According to these remarks, from this study it can be concluded that the adolescents' stress trajectories need to be considered when designing (e.g., groups with similar profiles, deciding on number of sessions); implementing (e.g., objectives and contents tailored to the adolescents' needs); and assessing (e.g., evaluate dimensions, according to each adolescent stress profile) interventions geared towards adolescents with problematic behaviors.

If we look at the role of stress profiles on SB-PFT effectiveness, the following aspects should be remarked: (a) diversity is seen in SB-PFT effects, according to the nature of the stress profiles, being the adolescents with a family stress profile who benefited more from the treatment, followed by the low-stress profile, and lastly the adolescents with an individual and family stress profile; (b) irrespective of the stress profile, adolescents who participated in SB-PFT improved in some of the emotional intelligence components, being the one clear and shared objective when intervening with any adolescent with problematic behaviors; (c) there are notable changes related to parent attachment in adolescents exhibiting a family- and a low-stress profile; this result is an indicator of how important it is to address family conflict much like SB-PFT does by adopting a multiple-family approach; and (d) SB-PFT should be undertaken alongside other more specific treatments for those adolescents who have been direct victims of violent situations.

It should be noticed that a high drop-out rate was obtained for the group of adolescents participating in the SB-PFT. Abandonment of treatment could be a response of the adolescent to avoid coping with conflictive situations that generate strain [25]. Likewise, the low adolescent attachment with the peer group or therapists may influence the abandonment of SB-PFT. In this framework, to avoid this high drop-out rate, it is essential that professionals work for establishing therapeutic alliance with the participants [71].

In sum, this study has shown that adolescents with problematic behaviors, living in priority neighborhoods, constitute a heterogeneous group. Those that experience stressors, both at individual and family level, are the most vulnerable to experience maladjustment and require the highest attention from child institutions. The SB-PFT constitutes a valuable treatment for adolescents with problematic behaviors to be considered by CWS, in which emotional intelligence and parent attachment should be the intervention focus, particularly for those adolescents that accumulate family-related stressors.

Author Contributions: Funding Acquisition B.L. and V.H.; Conceptualization J.M., B.L., V.H., and L.J.; Investigation J.M. and B.L.; Methodology J.M., V.H., and L.J.; Formal Analysis J.M., B.L., and L.J.; Writing-Original Draft Preparation J.M., and B.L.; Writing-Review & Editing J.M., B.L., V.H., and L.J.; Supervision V.H., and L.J.; Project Administration B.L., V.H., and L.J. All authors have read and approved the final manuscript.

Funding: This study has been funded by Ponte Association, ESAFAM Association and the Spanish Government: Ministry of Economy, Industry and Competitiveness (MINECO), Project reference: EDU2013-41441-P, "Evaluación

de intervenciones psicoeducativas con familias en situación de riesgo psicosocial”, and Ministry of Education, Culture and Sports, under research grant FPU Program-3113.

Acknowledgments: The authors would like to acknowledge the contributions of PONTE Association and ESAFAM Association.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

References

1. Susman, E.J.; Dorn, L.D. Puberty: Its role in development. In *Handbook of Adolescent Psychology*, 3rd ed.; Lerner, R.M., Steinberg, L., Eds.; Wiley: Hoboken, NJ, USA, 2009; Volume 1, pp. 116–151.
2. Grant, K.E.; Compas, B.E.; Stuhlmacher, A.F.; Thurm, A.E.; McMahon, S.D.; Halpert, J.A. Stressors and Child and Adolescent Psychopathology: Moving from Markers to Mechanisms of Risk. *Psychol. Bull.* **2003**, *129*, 447–466. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
3. Lazarus, R.S.; Folkman, S. *Stress, Appraisal and Coping*; Springer: New York, NJ, USA, 1984.
4. Grant, K.E.; Compas, B.E.; Thurm, A.E.; McMahon, S.D.; Gipson, P.Y. Stressors and Child and Adolescent Psychopathology: Measurement Issues and Prospective Effects. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* **2004**, *33*, 412–425. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
5. Sanders, J.; Munford, R.; Boden, J. The Impact of the Social Context on Externalizing Risks—Implications for the Delivery of Programs to Vulnerable Youth. *Child. Youth Serv. Rev.* **2018**, *85*, 107–116. [[CrossRef](#)]
6. Roberts, Y.H.; English, D.; Thompson, R.; White, C.R. The Impact of Childhood Stressful Life Events on Health and Behavior in At-Risk Youth. *Child. Youth Serv. Rev.* **2018**, *85*, 117–126. [[CrossRef](#)]
7. Weaver, J.M.; Schofield, T.J. Mediation and Moderation of Divorce Effects on Children’s Behavior Problems. *J. Fam. Psychol.* **2015**, *29*, 39–48. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
8. Petersen, I.T.; Bates, J.E.; Dodge, K.A.; Lansford, J.E.; Pettit, G.S. Describing and Predicting Developmental Profiles of Externalizing Problems from Childhood to Adulthood. *Dev. Psychopathol.* **2015**, *27*, 791–818. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
9. Conger, R.D.; Conger, K.J.; Martin, M.J. Socioeconomic Status, Family Processes, and Individual Development. *J. Marriage Fam.* **2010**, *72*, 685–704. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
10. Ngo, H.M.; Le, T.N. Stressful Life Events, Culture, and Violence. *J. Immigr. Minor. Health* **2007**, *9*, 75–84. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
11. Yue, L.; Dajun, Z.; Yinghao, L.; Tianquiang, H. Meta-Analysis of the Relationship between Life Events and Depression in Adolescents. *J. Pediatr. Care* **2016**, *2*, 1. [[CrossRef](#)]
12. Baker, C.K.; Hishinuma, E.S.; Chang, J.Y.; Nixon, D.C. The Relationship among Exposure to Stressful Life Events, Drug Use, and Violence Perpetration in a Sample of Native Hawaiian, Samoan, and Filipino Adolescents. *J. Interpers. Violence* **2010**, *25*, 379–399. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
13. Pereda, N.; Guilera, G.; Abad, J. Victimization and Polyvictimization of Spanish Children and Youth: Results from a Community Sample. *Child Abus. Negl.* **2014**, *38*, 640–649. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
14. Turner, H.A.; Finkelhor, D.; Hamby, S.L.; Shattuck, A.; Ormrod, R.K. Specifying Type and Location of Peer Victimization in a National Sample of Children and Youth. *J. Youth Adolesc.* **2011**, *40*, 1052–1067. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
15. Fitzpatrick, S.; Bussey, K. The Development of the Social Bullying Involvement Scales. *Aggress. Behav.* **2011**, *37*, 177–192. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
16. Hawker, D.S.J.; Boulton, M.J. Twenty Years’ Research on Peer Victimization and Psychosocial Maladjustment: A Meta-Analytic Review of Cross-Sectional Studies. *J. Child Psychol. Psychiatry* **2000**, *41*, 441–455. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
17. Stadler, C.; Feifel, J.; Rohrmann, S.; Vermeiren, R.; Poustka, F. Peer-Victimization and Mental Health Problems in Adolescents: Are Parental and School Support Protective? *Child Psychiatry Hum. Dev.* **2010**, *41*, 371–386. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
18. Troop-Gordon, W.; Ladd, G.W. Trajectories of Peer Victimization and Perceptions of the Self and Schoolmates: Precursors to Internalizing and Externalizing Problems. *Child Dev.* **2005**, *76*, 1072–1091. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
19. Serafini, G.; Pompili, M.; Borgwardt, S.; Houenou, J.; Geoffroy, P.A.; Jardri, R.; Girardi, P.; Amore, M. Brain Changes in Early-onset Bipolar and Unipolar Depressive Disorders: A Systematic Review in Children and Adolescents. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* **2014**, *23*, 1023–1041. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

20. Bourassa, C. Co-Occurrence of Interparental Violence and Child Physical Abuse and It's Effect on the Adolescents' Behavior. *J. Fam. Viol.* **2007**, *22*, 691–701. [[CrossRef](#)]
21. Ho, J. Community violence exposure of Southeast Asian American adolescents. *J. Interpers. Violence* **2008**, *23*, 136–146. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
22. Tocker, L.; Ben-Amitay, G.; Horesh-Reinman, N.; Lask, M.; Toren, P. Predictors of Clinical Outcomes in Sexually Abused Adolescents. *J. Child Sex. Abus.* **2017**, *26*, 487–505. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
23. Giroux, M.E.; Chong, K.; Coburn, P.I.; Connolly, D.A. Differences in Child Sexual Abuse Cases Involving Child versus Adolescent Complainants. *Child Abus. Negl.* **2018**, *79*, 224–233. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
24. McCuish, E.C.; Cale, J.; Corrado, R.R. Abuse Experiences of Family Members, Child Maltreatment, and the Development of Sex Offending among Incarcerated Adolescent Males: Differences Between Adolescent Sex Offenders and Adolescent Non-Sex Offenders. *Int. J. Offender Ther. Comp. Criminol.* **2017**, *61*, 127–149. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
25. Agnew, R. Foundation for a General Strain Theory of Crime and Delinquency. *Criminology* **1992**, *30*, 47–87. [[CrossRef](#)]
26. Berkowitz, L. Frustration-Aggression Hypothesis: Examination and Reformulation. *Psychol. Bull.* **1989**, *106*, 59–73. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
27. Finkel, E.J. The I³ Model: Metatheory, theory and evidence. In *Advances in Experimental Social Psychology*; Olson, J.M., Zanna, M.P., Eds.; ElSavier: San Diego, CA, USA, 2014; Volume 49, pp. 1–104.
28. Slotter, E.B.; Finkel, E.J. I³ Theory: Instigating, impelling, and inhibiting factors in aggression. In *Human Aggression and Violence: Causes, Manifestations, and Consequences*; Shaver, P.R., Mikulincer, M., Eds.; American Psychological Association: Washington, DC, USA, 2011; pp. 35–52.
29. Grant, K.E.; Compas, B.E.; Thurm, A.E.; McMahon, S.D.; Gipson, P.Y.; Campbell, A.J.; Krochok, K.; Westerholm, R.I. Stressors and Child and Adolescent Psychopathology: Evidence of Moderating and Mediating Effects. *Clin. Psychol. Rev.* **2006**, *26*, 257–283. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
30. Rutter, M. Resilience: Some Conceptual Considerations. *J. Adolesc. Health* **1993**, *14*, 626–631. [[CrossRef](#)]
31. Cejudo, J.; Rodrigo-Ruiz, D.; López-Delgado, M.; Losada, L. Emotional Intelligence and Its Relationship with Levels of Social Anxiety and Stress in Adolescents. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2018**, *15*, 1073. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
32. Krishnakumar, A.; Buehler, C. Interparental Conflict and Parenting Behaviors: A Meta-analytic Review. *Fam. Relat.* **2000**, *49*, 25–44. [[CrossRef](#)]
33. Otis, K.L.; Huebner, E.S.; Hills, K.J. Origins of Early Adolescents' Hope: Personality, Parental Attachment, and Stressful Life Events. *Can. J. Sch. Psychol.* **2016**, *31*, 102–121. [[CrossRef](#)]
34. Lippold, M.A.; Davis, K.D.; McHale, S.M.; Buxton, O.M.; Almeida, D.M. Daily Stressor Reactivity during Adolescence: The Buffering Role of Parental Warmth. *Health Psychol.* **2016**, *35*, 1027–1035. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
35. Morris, A.S.; Silk, J.S.; Steinberg, L.; Myers, S.S.; Robinson, L.R. The Role of the Family Context in the Development of Emotion regulation. *Soc. Dev.* **2007**, *16*, 361–388. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
36. Li, D.; Zhang, W.; Wang, Y. Parental Behavioral Control, Psychological Control and Chinese Adolescents' Peer Victimization: The Mediating Role of Self-Control. *J. Child Fam. Stud.* **2015**, *24*, 628–637. [[CrossRef](#)]
37. Rasalingam, A.; Clench-Aas, J.; Raanaas, R.K. Peer Victimization and Related Mental Health Problems in Early Adolescence: The Mediating Role of Parental and Peer Support. *J. Early Adolesc.* **2017**, *37*, 1142–1162. [[CrossRef](#)]
38. Abdollahi, A.; Carlbring, P.; Khanbani, M.; Ghahfarokhi, S.A. Emotional Intelligence Moderates Perceived Stress and Suicidal Ideation Among Depressed Adolescent Inpatients. *Personal. Individ. Differ.* **2016**, *102*, 223–228. [[CrossRef](#)]
39. Villanueva, L.; Montoya-Castilla, I.; Prado-Gascó, V. The Importance of Trait Emotional Intelligence and Feelings in the Prediction of Perceived and Biological Stress in Adolescents: Hierarchical Regressions and fsQCA Models. *Stress* **2017**, *20*, 355–362. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
40. Extremera, N.; Durán, A.; Rey, L. Perceived Emotional Intelligence and Dispositional Optimism-Pessimism: Analyzing Their Role in Predicting Psychological Adjustment Among Adolescents. *Personal. Individ. Differ.* **2007**, *42*, 1069–1079. [[CrossRef](#)]

41. Hsieh, Y.-P.; Wei, H.-S.; Hwa, H.-L.; Shen, A.C.-T.; Feng, J.-Y.; Huang, C.-Y. The Effects of Peer Victimization on Children's Internet Addiction and Psychological Distress: The Moderating Roles of Emotional and Social Intelligence. *J. Child Fam. Stud.* **2018**. [[CrossRef](#)]
42. Timmermans, M.; van Lier, P.A.C.; Koot, H.M. The Role of Stressful Events in the Development of Behavioural and Emotional Problems from Early Childhood to Late Adolescence. *Psychol. Med.* **2010**, *40*, 1659–1668. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
43. Alexander, J.F.; Waldron, H.B.; Robbins, M.S.; Neeb, A.A. *Functional Family Therapy for Adolescent Behavior Problems*; American Psychological Association: Washington, DC, USA, 2013.
44. Sexton, T. *Functional Family Therapy in Clinical Practice: An Evidence-based Treatment Model for Working with Troubled Adolescents*; Routledge: New York, NY, USA, 2011.
45. Andretta, J.R.; McKay, M.T.; Harvey, S.A.; Perry, J.L. Inventory of Parent and Peer Attachment-Revised Scores in Adolescents: A Psychometric and Person-Oriented Study. *Fam. Relat.* **2017**, *66*, 527–540. [[CrossRef](#)]
46. Berry, M.; McLean, S. Family Preservation. In *Child Welfare for the Twenty-First Century. A Handbook of Practices, Policies, and Programs*, 2nd ed.; Mallon, G.P., Hess, P.M., Eds.; Colombia University Press: New York, NY, USA, 2014; pp. 270–287.
47. Blueprints for Healthy Youth Development. Available online: <https://www.blueprintsprograms.org/> (accessed on 4 July 2018).
48. Henggeler, S.W.; Schoenwald, S.K.; Borduin, C.M.; Rowland, M.D.; Cunningham, P.B. *Multisystemic Therapy for Antisocial Behavior in Children and Adolescents*, 2nd ed.; Guilford: New York, NY, USA, 2009.
49. Robbins, M.S.; Alexander, J.F.; Turner, C.W.; Hollimon, A. Evolution of Functional Family Therapy as an Evidence-Based Practice for Adolescents with Disruptive Behavior Problems. *Fam. Process* **2016**, *55*, 543–557. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
50. Xuan, J.; Restrepo, M.L. Efficacy of Multisystemic Therapy in Youths Aged 10–17 with Severe Antisocial Behaviour and Emotional Disorders: Systemic Review. *Lond. J. Prim. Care* **2017**, *9*, 95–103.
51. Lorence, B.; Mora-Díaz, M.; Maya, J. Description and Analysis of the Quality of Programs for the Treatment of Antisocial Behavior in the City of Huelva. *J. Res. Soc. Ped.* **2018**, *32*, 109–121.
52. Maya, J.; Jiménez, L.; Lorence, B.; del Moral, G.; Hidalgo, V. Scene-Based Psychodramatic Family Therapy with Troubled Adolescents and Parents. A Pilot Study. *Fam. Process.* in press.
53. Gutiérrez, J.A. Intervención Comunitaria desde el Enfoque Psicoescénico. *Mosaico* **2015**, *60*, 86–94.
54. Minuchin, S.; Fishman, H.C. *Family Therapy Techniques*; Harvard University Press: Cambridge, MA, UK, 1981.
55. Cruz, A.; Sales, C.M.D.; Alves, P.; Moita, G. The Core Techniques of Morenian Psychodrama: A Systematic Review of Literature. *Front. Psychol.* **2018**, *9*, 1263. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
56. Keiley, M.K.; Zaremba-Morgan, A.; Datubo-Brown, C.; Pyle, R.; Cox, M. Multiple-family Group Intervention for Incarcerated Male Adolescents Who Sexually Offend and Their Families: Change in Maladaptive Emotion Regulation Predicts Adaptive Change in Adolescent Behaviors. *J. Marital Fam. Ther.* **2015**, *41*, 324–339. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
57. Yalom, I.D.; Leszcz, M. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, 5th ed.; Basic Books: New York, NY, USA, 2005.
58. Kellermann, P.F. The Place of Catharsis in Psychodrama. *J. Group Psychother. Psychodrama Sociom.* **1984**, *37*, 1–13.
59. Jonson-Reid, M. Child Welfare Services and Delinquency: The Need to Know More. *Child Welf.* **2004**, *83*, 157–173.
60. Jiménez, L.; Menéndez, S.; Hidalgo, M.V. An Analysis of Stressful Life Events during Adolescence. *Psychol. Spain* **2009**, *13*, 1–8.
61. Bar-On, R.; Parker, J.D.A. *The Bar-On Emotional Quotient Inventory: Youth Version (EQ-i:YV): Technical Manual*; Multi-Health Systems: Toronto, ON, Canada, 2006.
62. Armsden, G.C.; Greenberg, M.T. The Inventory of Parent and Peer Attachment: Individual Differences and Their Relationship to Psychological Well-being in Adolescence. *J. Youth Adolesc.* **1987**, *16*, 427–454. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
63. Buss, A.H.; Perry, M. The Aggression Questionnaire. *J. Personal. Soc. Psychol.* **1992**, *63*, 452–459. [[CrossRef](#)]
64. Santisteban, C.; Alvarado, J.M. The Aggression Questionnaire for Spanish Preadolescents and Adolescents: AQ-PA. *Span. J. Psychol.* **2009**, *12*, 320–326. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

65. Bonate, P.L. *Analysis of Pretest-Posttest Designs*; Chapman and Hall/CRC: Boca Raton, FL, USA, 2000; ISBN 9781584881735.
66. Tabachnick, B.G.; Fidell, L.S. *Using Multivariate Statistics*, 5th ed.; Pearson Education: Boston, MA, USA, 2007.
67. Cohen, J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2nd ed.; Erlbaum: Hillsdale, NJ, USA, 1988.
68. Hidalgo, V.; Pérez-Padilla, J.; Sánchez, J.; Ayala-Nunes, L.; Maya, J.; Grimaldi, V.; Menéndez, S. An Analysis of Different Resources and Programmes Supporting At-Risk Families in Spain. *Early Child Dev. Care* **2018**. [[CrossRef](#)]
69. Flay, B.R.; Biglan, A.; Boruch, R.F.; Castro, F.G.; Gottfredson, D.; Kellam, S.; Mościcki, E.K.; Schinke, S.; Valentine, J.C.; Ji, P. Standards of Evidence: Criteria for Efficacy, Effectiveness and Dissemination. *Prev. Sci.* **2005**, *6*, 151–175. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
70. Gottfredson, D.C.; Cook, T.D.; Gardner, F.E.; Gorman-Smith, D.; Howe, G.W.; Sandler, I.N.; Zafft, K.M. Standards of evidence for efficacy, effectiveness, and scale-up research in prevention science: Next generation. *Prev. Sci.* **2015**, *16*, 893–926. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
71. Friedlander, M.L.; Escudero, V.; Heatherington, L.; Diamond, G.M. Alliance in Couple and Family Therapy. *Psychotherapy* **2011**, *48*, 25–33. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]



© 2018 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

ANEXO V

Descripción y análisis de la calidad de los programas para el tratamiento de la conducta antisocial en la ciudad de Huelva

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LOS PROGRAMAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA ANTISOCIAL EN LA CIUDAD DE HUELVA

DESCRIPTION AND ANALYSIS OF THE QUALITY OF PROGRAMS FOR THE TREATMENT OF ANTISOCIAL BEHAVIOR IN THE CITY OF HUELVA

DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA QUALIDADE DOS PROGRAMAS PARA O TRATAMENTO DE COMPORTAMENTOS ANTISOCIAIS NA CIDADE DE HUELVA

Bárbara LORENCE*, Macarena MORA DÍAZ* & Jesús MAYA SEGURA**

*Universidad de Huelva, **Universidad de Sevilla

Received date: 5.VI.2017

Reviewed date: 25.VIII.2017

Accepted date: 21.II.2018

PALABRAS CLAVE:

intervención
psicosocioeducativa
adolescencia
conducta antisocial
programas basados en
la evidencia
profesionales

RESUMEN: El objetivo de este estudio es explorar el trabajo que desde los Servicios Sociales Comunitarios de Huelva se está haciendo en el ámbito de la intervención de la conducta antisocial adolescente. El 47.83% de la totalidad de la población de profesionales de los centros sociales de la ciudad de Huelva participaron en este estudio transversal y de carácter descriptivo. Como técnicas de recolección de datos se utilizaron el formato de entrevista, una semiestructurada y otra abierta, y un cuestionario ad-hoc creado para esta investigación. Un total de tres programas, -GUIA, INGENIA y FAYME-, fueron identificados, y descritos de acuerdo con los estándares de calidad consensuados en la literatura para los programas basados en la evidencia. Los resultados apuntan que los programas cumplían en mayor medida los criterios relacionados con el enfoque ecológico, fundamentación teórica y condiciones de implementación de los programas, y en menor grado con aspectos relacionados con la evaluación de las intervenciones. Todos los programas fueron valorados muy positivamente por los profesionales, siendo el más destacado para el tratamiento de la conducta antisocial el programa GUÍA. En conclusión, este estudio permite describir en profundidad las intervenciones desarrolladas con adolescentes con conducta antisocial en Huelva y establece la necesidad de ampliar los recursos de intervención con adolescentes basándose en los criterios de los programas basados en la evidencia.

CONTACTO CON LOS AUTORES: BÁRBARA LORENCE LARA. Departamento de Psicología Social, Evolutiva y de la Educación, Universidad de Huelva, Campus del Carmen. Avda. Tres de Marzo s/n. 21071. Huelva. Tel. (+34) 959 219201. E-mail: barbara.lorence@dpee.uhu.es

<p>KEY WORDS: psychoeducative intervention adolescence antisocial behavior evidence-based programs professional</p>	<p>ABSTRACT: This study explores the work done in the field of intervention of antisocial adolescent behavior by Community Social Services in Huelva (southern Spain). Forty-seven and eighty-three percent of the total population of professionals in the social centers of the city of Huelva participated in this transversal and descriptive study. We collected data using interviews, one semi-structured and one open-ended, and an ad-hoc questionnaire designed for this research. We analyzed three programs (GUIA, INGENIA and FAYME) in terms of the quality standards in the literature for evidence-based programs. The results indicated that, on the whole, the programs met the criteria related to the ecological approach, theoretical basis and conditions of implementation, but were weaker on intervention evaluation. In conclusion, this study provides an in-depth description of the interventions with adolescents with antisocial behavior in Huelva and underlines the need for more intervention resources with adolescents based on the criteria of evidence-based programs.</p>
<p>PALAVRAS-CHAVE: intervenção psicoeducativa adolescência comportamento antissocial programas baseados na evidência profissionais</p>	<p>RESUMO: O objetivo deste estudo é explorar o trabalho que estão a fazer os Serviços Sociais Comunitários de Huelva no âmbito da intervenção no comportamento antissocial adolescente. O 47.83% da população total de profissionais dos centros sociais da cidade de Huelva participaram neste estudo transversal de carácter descritivo. Como técnicas de recolha de dados, utilizou-se a entrevista - uma semi-estruturada e outra aberta - e um questionário ad-hoc. Foram identificados três programas - GUIA, INGENIA e FAYME - que posteriormente se analisaram de acordo com as diretrizes de qualidade consensuais na literatura para os programas baseados na evidência. Os resultados sugerem que os programas cumpriam em maior medida os critérios relacionados com a abordagem ecológica, fundamentação teórica e condições de implementação, e em menor grau os aspetos relacionados com a avaliação das intervenções. Todos os programas receberam avaliações muito positivas por parte dos profissionais, destacando-se o programa GUÍA. Em conclusão, este estudo permite descrever em profundidade as intervenções desenvolvidas com adolescentes com comportamentos antissociais em Huelva e estabelece a necessidade de ampliar os recursos de intervenção com adolescentes adotando os critérios dos programas baseados na evidência.</p>

1. Justificación y objetivos

La adolescencia se considera una etapa de transición a la vida adulta caracterizada por importantes cambios biológicos, cognitivos y psicológicos que exponen a los adolescentes a nuevos desafíos y retos en su vida diaria (Lerner & Steinberg, 2009). Las características de la adolescencia hacen que los chicos y las chicas con estas edades sean especialmente vulnerables a la aparición de comportamientos denominados de riesgo, entre los cuales se encuentra la conducta antisocial (Adams *et al.*, 2016; Rechea, 2008). Así, algunos autores se refieren a la adolescencia como un periodo crítico en el inicio y/o incremento de este tipo de problemas de conducta (Greenberg & Lippold, 2013).

1.1. La conducta antisocial en la adolescencia: riesgo y protección

La conceptualización del término conducta antisocial es ambigua ya que se define como diferentes comportamientos que reflejan transgresión de las reglas sociales y/o una acción contra los demás (Kazdin & Bucla-Casal, 1999). Esta definición engloba una alta diversidad de acciones que están claramente determinadas por el contexto sociocultural en el que se estudian. Estos comportamientos hacen referencia a acciones que implican la infracción de normas sociales y

de convivencia, siendo éstas cuantitativamente y cualitativamente diferentes a otras conductas que aparecen en la vida diaria del adolescente. Bajo la etiqueta de conducta antisocial se contemplan acciones tan diferentes como hurto, vandalismo, piromanía, absentismo escolar, huidas de casa, agresiones, entre otras (Alexander, Waldron, Robbins, & Neeb, 2013; Kazdin & Bucla-Casal, 1999; Seisdedos, 1988). Según Moffitt (1993) existen dos perfiles de adolescentes antisociales: (1) aquellos cuya conducta antisocial se limita a la adolescencia y (2) los jóvenes cuyos comportamientos antisociales escalan en frecuencia y severidad con los años, siendo persistentes en el curso de la vida. Según este autor la confluencia de ambos grupos explicaría el aumento que se observa de actos antisociales en la adolescencia, así como el descenso de éstos al inicio de la adultez coincidiendo con la desaparición del primero de estos grupos de adolescentes. La literatura científica ha evidenciado la existencia de estos dos perfiles e incluso se habla de la existencia de un tercer grupo que se inicia de forma tardía en estos actos, estos perfiles se asocian a carreras delictivas diferentes (Jolliffe, Farrington, Piquero, MacLeod, & Van de Weijer, 2017).

Las características de la conducta antisocial (frecuencia, intensidad, gravedad, duración, significado, topografía y cronificación) pueden hacer requerir la atención clínica, y en muchas ocasiones entroncan directamente con el mundo del

derecho y la justicia (Seisedos, 1988). En estos casos, no solo hablaríamos de adolescentes antisociales sino también delictivos. El Informe desarrollado por la Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia (2016) muestra que el número de medidas ejecutadas por un delito en el año 2014 es muy alto en estas edades. Este informe apunta que la Comunidad Autónoma con más medidas ejecutadas por infracciones de sus jóvenes, en todos los segmentos de edad analizados, es Andalucía con un 18.22%. En concreto, se tomaron medidas judiciales a un total de 3128 menores entre 14 y 17 años en Andalucía durante el año 2015, y más específicamente en la provincia de Huelva fueron 178 menores los que recibieron alguna medida judicial (Defensor del Menor de Andalucía, 2016). En las consecuencias de los comportamientos antisociales y delictivos de los adolescentes no sólo se debe tener en cuenta la amenaza sobre su desarrollo normativo, sino también la alteración de su funcionamiento social y familiar (Henggeler, Schoenwald, Bordin, Rowland, & Cunningham, 2009). Así un patrón de conducta antisocial se asocia con problemas en las relaciones interpersonales con los iguales, estrés parental, frustración y rechazo en los padres, relaciones paterno-filiales tensas, baja satisfacción familiar e incluso problemas en la convivencia familiar (Cunningham & Boyle, 2002; Fosco, Lippold, & Feinberg, 2014; Seipp & Johnston, 2005). Estas consecuencias concomitantes complican aún más el trabajo con este colectivo de jóvenes.

Existen investigaciones desarrolladas con adolescentes que crecen en entornos familiares en riesgo que muestran los problemas de adaptación personal de este colectivo (Gorman-Smith, Henry, & Tolan, 2004; Lorence, 2013), Concretamente, Jiménez (2009) obtuvo que es tres veces más probable que un adolescente que ha crecido en una familia de Servicios Sociales muestre problemas de adaptación en relación a su grupo de iguales. Del mismo modo, otros autores observan la alta presencia de problemas de ajuste, tales como agresividad, conducta antisocial, desórdenes conductuales, delincuencia, ansiedad, depresión y suicidio (Gwynne, Blick, & Duffy, 2009; Lorence, 2013; Repetti, Taylor, & Seeman, 2002). La prevalencia de comportamientos desadaptativos en este colectivo se explica como una consecuencia de los procesos de riesgo y vulnerabilidad en los que los menores se ven implicados así como de la falta de recursos necesarios y adecuados para afrontar las dificultades diarias (Adams et al., 2016; Henggeler et al., 2009; Lorence, Jiménez, & Sánchez, 2009; McLoyd, 1998).

Por todo ello, la puesta en marcha de programas preventivos que potencien los factores de

protección a la vez que eliminen o minimicen los efectos adversos del riesgo en estos contextos familiares debe ser tan pronto como sea posible (Henggeler et al., 2009; Piquero, Farrington, Welsh, Tremblay, & Jennings, 2009). El modelo integrado de Andrew y Bonta (2010) categoriza en ocho dominios los grandes elementos de riesgo presentes en la aparición de la conducta antisocial. Los primeros cuatro (historia criminal, patrón de personalidad antisocial, cognición antisocial, relaciones con otros iguales antisociales) los denominaron *big four* por su alto impacto en la aparición de la conducta problemática, los cuatro restantes (relaciones familiares, rendimiento escolar, actividades de ocio y abuso de sustancia) los llamó *moderate four*. Lösel y Farrington (2012) agrupó en cinco categorías los elementos de protección de la conducta antisocial: características individuales (i.e., actitud positiva, baja impulsividad), familiares (i.e., supervisión parental, baja coerción física, relaciones paterno-filiales positivas), escolares (i.e., apoyo y supervisión de los profesores), iguales (i.e., compañeros no antisociales), y del vecindario o comunitarios (i.e., barrio no conflictivo). Unos y otros deben ser tomados en cuenta en el trabajo con estos adolescentes (Greenberg & Lippold, 2013).

1.2. La intervención de la conducta antisocial adolescente. Programas basados en la evidencia

La vulnerabilidad de los adolescentes a la presencia de comportamientos antisociales, así como el hecho de que una aparición temprana de estas conductas aumenta la probabilidad de una adultez antisocial y delictiva, preocupa a los profesionales que trabajan con los menores de las familias en riesgo social (Garaigordobil & Maganto, 2016; Piquero, Farrington, & Blumstein, 2003; Rutter, Giller, & Hagell, 2000; Tremblay, 2000). En la actualidad, se sabe que cualquier intervención no es eficaz, y que son precisamente aquellas que cumplen con unos mínimos estándares de calidad las que resultan exitosas (Henggeler et al., 2009). De acuerdo con la definición de Davies (2004), el movimiento basado en evidencias destaca la toma de decisiones y la programación de acciones bien fundamentales, desde el punto de vista teórico y de la investigación, poniendo a disposición de los políticos y profesionales la mejor evidencia disponible. En el contexto nacional, Jiménez e Hidalgo (2016) presentan una síntesis de doce criterios de calidad generales relacionados con los programas basados en la evidencia que son tomados como referencia en este trabajo.

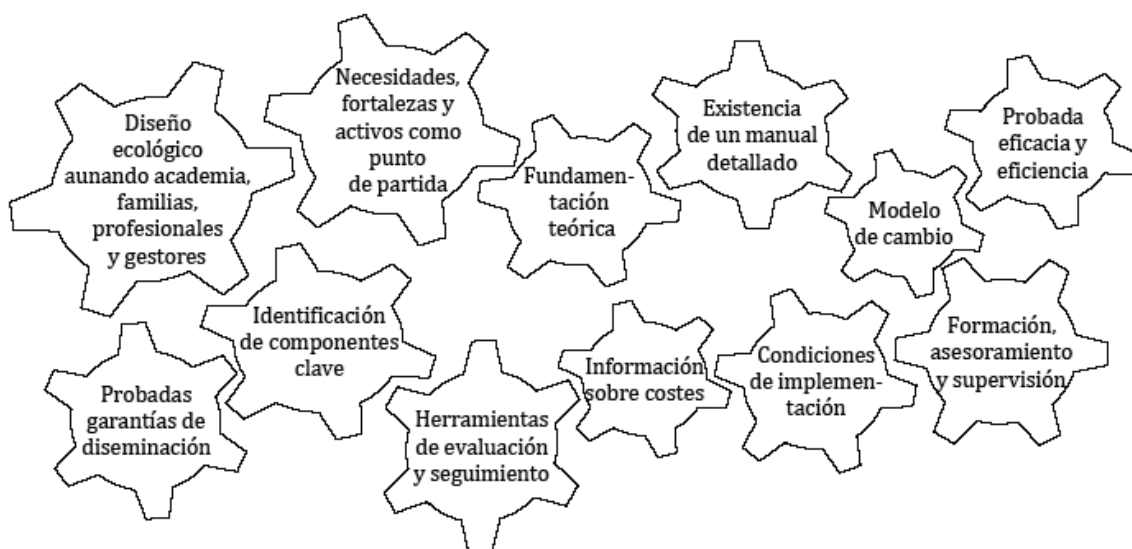


Figura 1. Criterios de calidad de los programas basados en evidencias (tomado de Jiménez e Hidalgo, 2016)

Uno de estos criterios generales hace referencia a la adecuación del programa a un diseño ecológico (Bronfenbrenner, 1979), característica también destacada para el tratamiento de la conducta antisocial (Henggeler *et al.*, 2009). De tal modo, que la conducta antisocial se entiende como la compleja combinación de factores provenientes de diferentes ámbitos que interactúan entre sí y que afecta de forma específica a los menores. En este sentido, resulta destacable el trabajo en red e interdisciplinar haciendo partícipes a agentes de diversos entornos ecológicos en los que participa el menor (Melendro & Cruz, 2013).

Referente a los principios teóricos que explican el modelo de cambio en el trabajo con adolescentes, las metodologías aplicadas que han demostrado un mayor éxito han sido las influenciadas por los planteamientos cognitivo-conductuales y sistémicos (Orte & Amer, 2014). Asimismo, existen evidencias que muestran el éxito de intervenciones tanto con una orientación marcadamente cognitivo-conductual (Dretzke *et al.*, 2009; Garaigordobil, 2010) como sistémica (Henggeler *et al.*, 2009; Von Sydow, Retzlaff, Beher, Haun, & Schweitzer, 2013) para la conducta antisocial. Desde la acción socioeducativa también existen resultados exitosos con adolescentes en riesgo social (Garaigordobil, 2005; Melendro, Cruz, Iglesias, & Montserrat, 2014; Melendro, González, & Rodríguez, 2013). Estas orientaciones, lejos de ser excluyentes entre sí desde una postura teórica, se combinan con frecuencia en la práctica profesional dada su complementariedad (Pascual, Gomila & Amer, 2015). Además, la utilización de una aproximación integral que combine diversas metodologías parece ser una característica importante de las intervenciones con adolescentes en riesgo (Rutter & Giller, 1983). De hecho, programas

internacionales basados en la evidencia para adolescentes problemáticos como el *Functional Family Therapy* combina principios sistémicos con el entrenamiento parental desde un enfoque psicoeducativo (Sexton, 2011).

Resultan exitosas también las intervenciones que buscan los efectos no sólo en los adolescentes sino en sus agentes de socialización con el objeto de promover la generalización del tratamiento y el mantenimiento a largo del tiempo (Henggeler *et al.*, 2009; Sexton, 2011). El entrenamiento a padres y madres en habilidades parentales (e.g., establecimiento de normas y límites, comunicación, negociación, etc.), se ha destacado como elemento clave de éxito del tratamiento de la conducta antisocial, por su efecto positivo sobre las relaciones paterno-filiales y, a su vez, sobre el comportamiento ajustado de los menores (Bernazzani & Tremblay, 2006; Piquero, Farrington, Welsh, Tremblay, & Jennings, 2009; Sexton, 2011). La importancia de que los progenitores formen parte de la intervención no significa que la participación de los adolescentes se releve a un segundo plano, ambos deben estar implicados en el proceso de cambio (Fossum, Handegård, Martinussen, & Morch, 2008; Oruche, Draucker, Alkhattab, Knopf, & Mazurcyk, 2014; Welsh & Farrington, 2006). Padres e hijos deben ser reconocidos como principales responsables de su propio desarrollo, localizando sus potencialidades y estableciendo una relación de ayuda desde la corresponsabilidad (Melendro *et al.*, 2014).

El resto de criterios de calidad de los programas basados en la evidencia tienen que ver con la importancia de basarse en evaluaciones centradas tanto en las necesidades como en las fortalezas de la población objeto, identificar cuáles son los componentes claves de la intervención, aportar

información acerca de los costes y condiciones de implementación, contar con una presentación detallada del programa en formato de manual, describir la formación y asesoramiento que reciben los profesionales responsables de la intervención y conocer las garantías de eficacia, eficiencia y diseminación del tratamiento (Jiménez & Hidalgo, 2016). Tras la revisión realizada, exceptuando lo referente con los resultados de evaluación, la difusión científica que existe de este último grupo de criterios es muy escasa. Para ello, la valoración que hacen los profesionales responsables de la implementación y/o coordinación de estas intervenciones constituye un instrumento de comunicación clave al encontrarse en un lugar privilegiado para informar acerca de la adecuación de estos programas a tales estándares de calidad (Orte, Amer, Pascual, & Vaqué, 2014). Sin ser un indicador de eficacia, la percepción que tiene un profesional de la intervención resulta de gran utilidad ya que ésta posiblemente no sea solo reflejo de su grado de satisfacción general con el programa, sino también del impacto real que éste haya generado en sus participantes. Así, el profesional de los Servicios Sociales suele ser un informante habitual en los estudios de evaluación de programas (Montserrat & Melendro, 2017)

En la actualidad, la administración y sus profesionales cada vez son más conscientes de la necesidad de conocer no sólo qué se está haciendo sino también cómo se está haciendo, con la finalidad de tomar decisiones profesionales y desarrollar políticas que garanticen la continuidad de los programas exitosos (Hamby & Grych, 2013). Con este trabajo se espera contribuir a este campo de conocimiento, planteándose el objetivo general de explorar el trabajo que desde los Servicios Sociales Comunitarios de Huelva se está haciendo en el ámbito de la intervención de la conducta antisocial adolescente. En concreto, se analizan las características de los programas de intervención desde la perspectiva de los profesionales de los Servicios Sociales. Este objetivo general se concreta en dos objetivos específicos.

- Describir los programas de intervención dirigidas a adolescentes con problemas de conducta antisocial que se están implementando en la ciudad de Huelva de acuerdo con los estándares de calidad de los programas basados en la evidencia.
- Conocer la percepción que los profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios de la ciudad de Huelva tienen de las intervenciones identificadas de acuerdo al conocimiento sobre su existencia, la adecuación al tratamiento de la conducta antisocial adolescente y la pertinencia de su continuidad.

2. Metodología

2.1. Muestra

La muestra de este estudio estuvo constituida por un total de 11 profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios del Ayuntamiento de Huelva. Para la recolección de datos se ha contactado con la globalidad de la población objetivo ($N = 23$), obteniéndose una tasa de respuesta del 47.83% de los profesionales (psicólogos, trabajadores sociales y educadores sociales) que en ese momento constituían la plantilla personal de los centros sociales de la ciudad. La distribución de la muestra según el porcentaje de participación de los agentes de los centros fue el siguiente: Centro (27.27%), Marismas del Odiel (18.18%), La Orden (18.18%), Torrejón (18.18%), Cristina Pinedo (9.09%), y Lazareto (9.19%),

La media de edad de los participantes fue de 39.8 años y se distribuyeron de forma no equitativa según el sexo, el 77.73 % de la muestra era mujer, y el resto, 22.27%, hombre. Estos profesionales contaban con una media de 16.82 años de experiencia en los Servicios Sociales Comunitarios y la profesión que ejercían en esos momentos estaba vinculada con el trabajo social (45.5%), la psicología (18.18%) y la educación social (36.36%). El 100% de los participantes afirmaron tener formación complementaria en el ámbito de la adolescencia en general y concretamente en conducta antisocial.

Cabe destacar que para completar la información dada por estos profesionales acerca de los programas de intervención identificados en el primer momento de la evaluación, se solicitó también información a los responsables de los programas GUÍA y FAYME de la Asociación PONTE y Distrito V de Huelva. Concretamente, una persona de cada entidad colaboró aportando datos acerca de las características de estos programas.

2.2. Instrumentos

Los datos de este estudio se recogieron a través de dos entrevistas personales y un cuestionario ad hoc creado para esta investigación.

- Entrevista inicial. Formato semi-estructurado de entrevista que permite recabar información acerca del perfil sociodemográfico (sexo, edad y titulación) y profesional de los participantes (zona en la que trabajan, profesión que ejerce, años de experiencia, y formación complementaria en adolescencia y problemas de conducta antisocial. Adicionalmente, se realizaron tres preguntas cerradas relacionadas con el catálogo de programas existentes en su

zona territorial para la población adolescente en general “¿Crees que la ciudad de Huelva cuenta con un amplio catálogo de programas o recursos destinados a adolescentes de 11 a 17 años? (sí/no)”; “¿crees que deberían existir más recursos o programas para adolescentes de los que están accesibles en la actualidad? (sí/no)”; “¿podría valorar su grado de satisfacción con los programas para adolescentes que se ofertan en Huelva? (contesta en un rango de 1 a 5, siendo 1 baja y 5 alta)” Finalmente, esta entrevista se cierra con una pregunta abierta general que tiene por objetivo identificar los programas dirigidos a población adolescente con conducta antisocial que en el momento de la evaluación se están implementando en su ámbito territorial, “¿qué programas se están poniendo en marcha en la ciudad de Huelva para el tratamiento de la conducta antisocial adolescente?”.

- Entrevista sobre los programas de intervención GUÍA, INGENIA Y FAYMPE. Esta segunda entrevista se plantea tras la identificación de los programas. Se plantea en un formato de entrevista abierta que responde a las siguientes cuestiones de cada una de las tres intervenciones: a) características generales (descripción general, datos de contacto de autoría formato de presentación, orientación teórica, ámbito de aplicación territorial, perfil de los participantes y objetivos generales), b) características metodológicas (metodología individual/grupal y modelo de cambio de la intervención), c) proceso de implementación (contenidos, temporalización y perfil de los profesionales que lo implementan) y d) de evaluación de las intervenciones (evaluación interna/externa, diseño de evaluación, difusión de los resultados de evaluación).
- Cuestionario ad-hoc de seis preguntas dicotómicas (sí / no) por programa que permite conocer la percepción de los profesionales acerca de la existencia del programa, su adecuación al tratamiento de los problemas de conducta antisocial adolescente y pertinencia de su continuidad. Este cuestionario finaliza con una pregunta abierta en la que se le permite al encuestado hablar de cualquier otra intervención que, sin haber sido identificada previamente en la entrevista inicial, se hubiera implementado en Huelva con los objetivos del estudio “¿conoces algún otro programa dirigido a adolescentes (distintos a los mencionados anteriormente) que se haya implementado en Huelva en los últimos tres años y que trabaje los problemas de conducta antisocial durante la adolescencia?”.

2.3. Procedimiento

El trabajo de campo de esta investigación fue desarrollado en el año 2013, por lo que los resultados derivados del mismo deben situarse en ese momento temporal. Según la clasificación de Montero y León (2005), el diseño utilizado en este estudio es de carácter transversal y descriptivo. El procedimiento seguido para la recolección de información se establece en momentos diferentes:

En un primer momento, se solicitó el consentimiento del Jefe de los Servicios Sociales Comunitarios de Huelva para contactar por correo electrónico con los psicólogos, trabajadores sociales y educadores sociales que conformaban los equipos técnicos de todos los centros sociales de la ciudad. El procedimiento empleado para recabar información de los diferentes profesionales fue variado mediante varios canales de comunicación: correo electrónico, llamadas telefónicas y visitas personales a los centros de trabajo. Si bien es cierto que este procedimiento posibilitó contactar con el total de profesionales de los equipos de los seis centros sociales de los Servicios Sociales Comunitarios del Ayuntamiento de Huelva, sólo 11 de ellos decidieron participar voluntariamente en esta investigación. Desde un principio se garantizó el carácter anónimo de la entrevista y se subrayó que sus comentarios e información tendrían un objetivo científico y académico.

En un segundo momento, se mantuvo la entrevista inicial con los profesionales por teléfono, la cual supuso una primera toma de contacto en la que se identificaron las tres intervenciones objeto de este estudio. En un tercer momento, se contactó nuevamente con los profesionales para una entrevista personal sobre los programas GUÍA, INGENIA y FAYME en sus centros de trabajo. Las preguntas del cuestionario ad-hoc diseñado para esta investigación la completaron la mayoría de los profesionales en este mismo encuentro, excepto algunos que prefirieron hacerlo por correo electrónico.

Por último, siguiendo el formato de entrevista similar a la de los programas se contactó con los responsables de las entidades involucradas muy directamente con la puesta en marcha de los programas GUÍA y FAYME. Estas entrevistas permitieron completar información sobre las características de estas intervenciones desconocidas por los profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios.

Los resultados de este trabajo han sido tratados y analizados utilizando el paquete estadístico SPSS 18.00.

3. Resultados

Los profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios que participaron en este trabajo mostraron su insatisfacción con el catálogo general de programas o recursos destinados a adolescentes en la ciudad de Huelva (100% consideraba necesaria la ampliación de programas para atender la población adolescente de esta ciudad). Así, en un rango de 1 a 5, estos profesionales valoraron con una media de 2.86 (*Min* = 1; *Max* = 4.5; *DT* = 0.95) su satisfacción con respecto a la oferta de programas que Huelva ofrece a sus adolescentes en general. De acuerdo con los objetivos del estudio, se presentan dos apartados de resultados.

3.1. Características de los programas de intervención onubenses para adolescentes con problemas de conducta antisocial

Los profesionales revelaron la existencia de tres programas de intervención psicoeducativa. Se refirieron al Programa GUÍA de la Asociación PONTE, el programa INGENIA del equipo técnico del Centro Social Marismas del Odiel y el programa FAYME del Distrito V de Huelva. Las características de diseño, metodológicas, implementación, y evaluación de estos programas se presentan a continuación en las Tablas 1 (programa GUIA), 2 (programa INGENIA) y 3 (programa FAYME).

Tabla 1. Características del Programa GUIA

PROGRAMA GUÍA	
Características Generales	
Descripción general	Programa preventivo de atención a familias afectadas por una crisis relacional en la que los progenitores demandan ayuda ante la presencia de conductas violentas/antisociales en los menores.
Datos de contacto	asociacionponte@hotmail.com
Presentación	No existe en ningún formato
Orientación teórica	No se especifica.
Ámbito territorial	Huelva, Almonte, Lepe, Villanueva de los Castillejos, Trigueros, Cartaya y Villalba del Alcor.
Participantes	Menores de edades comprendidas entre 14 y 17 años con conductas violentas/agresivas. Familia de los adolescentes (padre, madre, abuelos y hermanos).
Objetivos generales	Contribuir a una mejora de las relaciones familiares, a través de la creación y promoción de un espacio de interés común. Fomentar las experiencias de intervención temprana, ya que es necesario intervenir antes de que el problema se consolide y se desarrollen conflictos posteriores.
Características metodológicas	
Metodología	Taller Guía de Padres y Madres. Intervención grupal didáctica, activa y participativa, que propicia la reflexión sobre las temáticas de conflicto. Se busca favorecer la creación de un vínculo que permita aceptar nuevas opiniones del otro en su misma situación, huyendo del "rol de experto". Taller Guía de Jóvenes. Abordaje de trabajo en grupo donde se invita a los jóvenes a encontrar uno o varios puntos de interés común y trabajarlos bajo una doble vertiente lúdica (aprender divirtiéndose) y cultural (expresión mediante artes escénicas). Taller Guía Familia. Intervención familiar en la que padres y adolescentes están juntos trabajando sobre el conflicto familiar.
Características de implementación	
Contenidos	Se abordan dificultades en las relaciones familiares conflictivas (agresividad). Se comparten experiencias. Se facilita una vivencia grupal de apoyo mutuo en su aspecto más terapéutico. Se les aporta habilidades de escucha y de diálogo. Se prueban nuevas alternativas y se flexibilizan esquemas y reglas para optimizar las relaciones familiares.

Temporalización	El programa consta de 9 sesiones semanales de 2 horas y media cada una.
Profesionales	2 psicoterapeutas y entre 2 y 4 actores de la Asociación PONTE. Personal referente de los Servicios Sociales Comunitarios y de los Equipos de Tratamiento Familiar: Psicólogos/as y trabajadoras sociales.
Características de la evaluación	
Tipo de evaluación	Evaluación externa. Universidad de Huelva.
Proceso de evaluación	Proceso de la evaluación: Previo a la puesta en marcha del programa, se solicitó a los profesionales implicados en la selección de las familias participantes de los grupos que valoraran las características generales del programa. Una vez concluido el programa: Se solicitó de nuevo a los técnicos una valoración del programa. Se les preguntó a progenitores y adolescentes sobre su actitud ante el programa, relevancia, procesos de cambio, disponibilidad de recursos, eficacia e integridad.
Difusión resultados	Artículo científico (Soto y González, 2014)

Tabla 2. Características del Programa INGENIA

PROYECTO INGENIA	
Características Generales	
Descripción general	Tipo de Programa de intervención socio-familiar en situación de vulnerabilidad. Programa elaborado por el Equipo Municipal de Servicios Sociales Comunitarios "Marismas del Odiel" (Zona con necesidades de Transformación Social) dirigido a los menores de esta zona, especialmente a los más vulnerables de encontrarse en riesgo social. El nombre del Proyecto nace del reconocimiento del "ingenio" de los menores.
Datos de contacto	Servicios Sociales Comunitarios de la Zona Marismas del Odiel
Presentación	Formato papel y formato pdf.
Orientación teórica	No se especifica.
Ámbito territorial	Zona de trabajo social nº 3 de Huelva, que comprende las barriadas de Marismas del Odiel, Santa Lucía, Cárdena, La Navidad, El Carmen, Las Colonias y los Dolores.
Participantes	Menores en general
Objetivos generales	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir para normalizar el proceso de socialización de los menores, elevando los niveles de competencia social y creando alternativas integrales para generar una conducta social positiva. <ul style="list-style-type: none"> o Entrenar en Habilidades Sociales para mejorar las relaciones interpersonales. o Incrementar la autonomía personal para una readaptación social. o Potenciar la autoestima para una mejor satisfacción de las necesidades. o Fomentar una actitud positiva hacia "aprender a aprender".
Características metodológicas	
Metodología	La metodología seguida por este proyecto es la utilización del ocio como agente facilitador de la intervención, haciendo uso de la <i>ludoteca</i> con función principal de que piensen en un lugar en el que divertirse. Con los adolescentes, también se utiliza la técnica de la <i>Economía de Fichas</i> dirigida a promover el cambio comportamental.

Características de implementación	
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> - Motivación: se parte de lo que conocen los menores, de lo que les gusta, de su entorno. Se trata de descubrir lo que les motiva y desarrollarlo. - Modificación de conducta. Trabajando con técnicas como el modelado, moldeamiento, economía de fichas... - Ocio y tiempo libre: talleres de pintura, marquería, barro, biblioteca, teatro, juegos, canciones, inventos, etc.
Temporalización	Con los menores y adolescentes se realizan dos sesiones semanales durante 6 meses. Con los padres y madres existen sesiones bimensuales.
Profesionales	Psicólogo/as, monitores, educadores/as de calle.
Características de la evaluación	
Tipo de evaluación	Interna
Forma de evaluación	La evaluación con los menores y adolescentes se realiza mediante observación de sus conductas y habilidades sociales. Con los progenitores, se realiza una evaluación mediante fichas de asistencia y cuestionarios de motivación.
Difusión resultados	Se desconoce

Tabla 3. Características del Programa FAYME

PROYECTO FAMILIA Y MENORES (FAYME)	
Características Generales	
Descripción general	Programa de intervención sociofamiliar en situación de vulnerabilidad destinado a los adultos responsables de familias con menores de los Servicios Sociales del Distrito V de Huelva que se encuentran en situación de vulnerabilidad psicosocial.
Datos de contacto	Centro de Servicios Sociales Comunitarios de "El Torrejón"
Presentación	Proyecto en formato papel y formato pdf.
Orientación teórica	No se especifica
Ámbito territorial	Servicios Sociales del Distrito V, compuesto por las barriadas de Diego Sayago ("El Torrejón"), Verdelluz, Hispanidad y Tres Ventanas.
Participantes	Padres/madres del Distrito V que tienen hijos menores a su cargo.
Objetivos generales	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a prevenir y/o evitar aquellas situaciones que puedan constituir un obstáculo para el desarrollo óptimo de los menores y adolescentes. - Concienciar a padres y madres de la importancia que tiene la familia en el bienestar de los menores, y fortalecer sus competencias para que pueden desempeñar con un mayor éxito la parentalidad.
Características metodológicas	
Metodología	La metodología usada para llevar a cabo este proyecto, es por un lado, con los padres y las madres, a través de un formato de escuela de padres, el "Fayme", con módulos destinados a la educación de los hijos y otros dedicados al cuidado personal, físico y emocional de las participantes. Por otro lado, se crea un grupo para adolescentes y también se realizan talleres para niños/as menores de 12 años.

Características de implementación	
Contenidos	<ul style="list-style-type: none">- Se motiva a los/as usuarios/as en el conocimiento de las funciones parentales.- Se imparte formación para la adquisición de hábitos saludables en cuanto a la alimentación, salud e higiene.- Se dan a conocer las distintas necesidades básicas de los menores dependiendo de la etapa evolutiva en la que se encuentren.- Se propician pautas de comportamiento adecuadas en cuanto a estilos educativos, para el buen desarrollo psicosocial de los menores.- Técnicas de resolución de conflictos.- Técnicas de organización doméstica orientada hacia las necesidades de los menores, incluyendo la gestión racional de los recursos económicos.- Acciones formativas sobre temas de interés que puedan proponer los/as participantes para su mejor funcionamiento familiar.- Talleres de expresión de los sentimientos
Temporalización	Se lleva a cabo desde el mes de Marzo hasta el mes de Agosto, con posibilidad de ampliarlo hasta Septiembre en caso de que haya financiación.
Profesionales	Educadores, psicólogos y animadores.
Características de la evaluación	
Tipo de evaluación	Evaluación interna.
Forma de evaluación	La evaluación de este programa se realiza por grupos, mediante cuestionarios de satisfacción y según los objetivos marcados. La información se recoge al inicio y en la finalización del taller/curso.
Difusión resultados	Se desconoce

Según la información recabada, los tres programas presentados estaban destinados al colectivo de adolescentes en riesgo psicosocial, siendo el programa GUÍA diseñado para el tratamiento de la conducta antisocial. Como se observa en las tablas, se observan tanto similitudes como diferencias en las características de estas intervenciones.

3.1. Los programas GUIA, FAYME e INGENIA según la percepción de los profesionales

Todos los profesionales hicieron hincapié en la escasez de programas e intervenciones para el tratamiento de la conducta antisocial adolescente, demandando la existencia de intervenciones más concretas centradas en esta problemática. La valoración general que hicieron de los programas que abordaban estas dificultades de

comportamiento en su ciudad fue, en una escala del 1 (baja) a 5 (alta), de 3.5 puntos ($DT = 0.85$; $min = 2$; $max = 5$).

Respecto al cuestionario para profesionales de los programas GUÍA, FAYME e INGENIA, los datos mostraron que la totalidad de los agentes conocían el programa GUIA, algo que no ocurrió con los otros dos programas. Así, el proyecto INGENIA no era conocido por uno de los profesionales y el proyecto FAYME por tres de ellos, posiblemente por ser un recurso de una zona concreta que cuenta con un número de aplicaciones reducido. En la Tabla 4 se presenta, en términos de porcentajes, el número de profesionales que contestaron con un Sí a las preguntas que se plantearon en este cuestionario para valorar la adecuación de los programas al tratamiento de la conducta antisocial así como su continuidad en el tiempo.

Tabla 4. Datos porcentuales de la información aportada por los profesionales de cada uno de los programas

	GUÍA (n = 11)	INGENIA (n = 10)	FAYME (n = 8)
¿Este programa admite la derivación de adolescentes con problemas de conducta antisocial?	100%	60%	75%
¿Recomendaría este programa a mis usuarios adolescentes con conductas antisociales?	100%	60%	75%
¿Considero que este programa es adecuado para tratar los problemas de conducta antisocial?	90.91%	60%	75%
¿Pienso que este programa debería continuar en el tiempo?	100%	100%	100%
¿Creo que debería ampliarse a otras zonas?	No procede*	100%	87.50%
En los últimos tres años, ¿he derivado a este programa algún usuario adolescente?	90.91%	40%	37.50%

* El programa GUÍA se estaba implementando en la totalidad de las zonas territoriales de Huelva.

Se encontró un alto consenso entre los profesionales en las respuestas referidas al programa GUÍA, frente a los programas FAYME e INGENIA en la que se observaron mayores discrepancias. No obstante, la valoración global dada por los profesionales para las tres intervenciones fue muy satisfactoria. Atendiendo a un escala de 1 al 5, el programa que recibió una valoración más positiva fue el Programa GUIA ($M = 4.40$; $DT = 0.84$; $min = 3$; $max = 5$), seguida de FAYME ($M = 4.14$; $DT = 0.69$; $min = 3$; $max = 5$) y finalmente INGENIA ($M = 3.50$; $DT = 0.85$; $min = 2$; $max = 5$). No se observó una asociación entre las valoraciones dadas por los profesionales, no resultando el coeficiente de correlación de Pearson estadísticamente significativo en ninguna de las asociaciones por pares efectuadas entre los tres programas examinados ($r_{guía-ingenia} = -.12$; $p = .74$; $r_{guía-fayme} = .18$; $p = .71$; $r_{ingenia-fayme} = -.30$; $p = .51$).

Por último, se exploró si los profesionales conocían algún otro programa, diferente a los mencionados, que se hubiese implementado entre los años 2010- 2013 en Huelva en colaboración con los Servicios Sociales Comunitarios y que trabajase en la conducta antisocial adolescente. A este respecto, el 70% de los participantes contestaron no conocer ningún otro programa, y mientras que un 30% se refirieron a programas de la ciudad de Huelva o programas en los que los Servicios Sociales Comunitarios no estaban implicados en su puesta en marcha.

4. Discusión y conclusiones

Teniendo en cuenta que las estadísticas nacionales destacan que la comunidad autónoma de Andalucía es la que presenta la tasa de menores infractores más alta de España (Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia, 2016), la necesidad de que se lleven a cabo intervenciones para el tratamiento de la conducta antisocial en ciudades andaluzas como Huelva es prioritaria. Así, el reducido tamaño de la ciudad de Huelva favorece el acceso a los profesionales y facilita la descripción y análisis en profundidad de las intervenciones con adolescentes con comportamientos antisociales. La alta tasa de menores infractores en Andalucía resulta más preocupante cuando observamos la insatisfacción que los profesionales de los Servicios Sociales de esta ciudad tienen no sólo con los programas dirigidos a población adolescente sino también con el escaso número de intervenciones especializadas en la prevención y/o intervención de la conducta antisocial.

Concretamente, los profesionales informaron de la existencia de tres programas de intervención grupal (GUIA, INGENIA, FAYME) para el tratamiento de la conducta antisocial adolescente. Según la información recabada, los tres programas presentados estaban destinados al colectivo de adolescentes en riesgo psicosocial, planteando una intervención preventiva fundamentalmente de tipo secundaria. El ámbito de aplicación de los

tres programas no era puntual sino que existían varios grupos en funcionamiento, destacando entre ellos, el programa GUÍA. Estos programas presentaban similitudes y discrepancias en cuanto al cumplimiento de los criterios de calidad de los programas basados en evidencias. A continuación, discutiremos las características de las intervenciones examinadas de acuerdo con los estándares de calidad propuestos por Jiménez e Hidalgo (2016), así como se pondrá en relación con la evidencia disponible relativa al tratamiento de la conducta antisocial.

En cumplimiento con estos criterios de calidad, todas estas intervenciones hacían un abordaje de la problemática de acuerdo con el modelo ecológico (Bronfenbrenner, 1979). En este marco, todos los programas consideraban el desarrollo adolescente como fruto de la influencia de diferentes contextos. Sin embargo en la práctica, el único entorno sobre el que se intervenía era el familiar, obviando el trabajo directo con otros contextos importantes para el desarrollo adolescente como la escuela y el barrio. De acuerdo con Melendro y Cruz (2013), la intervención integrada con la familia, escuela, amigos y barrio sigue siendo uno de los retos de los profesionales que trabajan hoy día con familias y menores en riesgo en el contexto español.

Una de las fortalezas de los programas descritos es el trabajo en red e interdisciplinar (Melendro & Cruz, 2013). Así, tanto profesionales de las Ciencias Sociales como de la Educación conforman los equipos de los Servicios Sociales Comunitarios y se involucran en la implementación de los programas considerando la conducta antisocial de los adolescentes como una cuestión a abordar integrando diferentes perspectivas. Respecto a la formación complementaria de los profesionales, este estudio aportó datos acerca de una especialización en el ámbito de la adolescencia y conducta antisocial, pero desconocemos un entrenamiento específico en la aplicación de los programas. Se sabe que el entrenamiento de los profesionales mejora la fidelidad, entendida como el grado en que la aplicación del programa es fiel a su diseño original (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman & Wallace, 2005), imprescindible para plantear intervenciones pautadas y susceptibles de ser validadas (Orte *et al.*, 2014). Un entrenamiento previo es importante no sólo porque ha demostrado ir acompañado de mejores resultados en la intervención (Durlak & Dupre, 2008) sino porque promueven en los profesionales actitudes y creencias más coherentes con el enfoque del programa (Orte, Ballester, Amer y Vives, 2017). La falta de cursos preliminares de capacitación profesional es una

cuestión que tienen pendiente las tres intervenciones analizadas.

La comparación de estos programas también mostró diferencias interesantes de entre ellos. En contra de los estándares de calidad de los programas, ninguno de los profesionales de las entidades supo precisar cuál era el modelo teórico de cambio que sustentaba estas intervenciones; no obstante, los objetivos, contenidos y metodología descritos en las tablas 1, 2 y 3 ofrecieron pistas acerca de la aproximación de al menos dos de los programas. Así, el programa GUÍA se puede entender como una intervención familiar fundamentalmente sistémica con orientación psicodramática y el proyecto INGENIA un programa basado tanto en estrategias cognitivo-conductuales como socioeducativas. La cobertura teórica de ambas intervenciones ha sido avalada empíricamente por estudios previos (Dretzke *et al.*, 2009; Garaigordobil, 2010; Melendro *et al.*, 2014; Orte & Amer, 2014; Von Sydow *et al.*, 2013), lo que podría anticipar su éxito. Los principios teóricos que subyacen el proyecto FAYME son difusos, parecen combinar técnicas de diferentes aproximaciones teóricas sin decantarse por ninguna en concreto, incumpliendo así este criterio de calidad de los programas.

Todos los programas tuvieron en cuenta el contexto familiar de los adolescentes en sus intervenciones, aunque el grado de implicación de sus miembros no fue el mismo en todos los casos. Según la revisión teórica de este trabajo, la importancia de que estén involucrados adultos y menores en el programa es uno de los elementos claves de éxito de los programas de intervención con familias en riesgo social (Fossum *et al.*, 2008; Welsh & Farrington, 2006;). En este sentido, la inclusión del contexto familiar en los programas de intervención con adolescentes conflictivos se ha demostrado que favorece el mantenimiento de los resultados a largo plazo (Sexton, 2011). Por tanto, y de acuerdo con posturas sistémicas (Oruche *et al.*, 2014) resulta imprescindible el trabajo con el sistema familiar para alcanzar cambios tanto en los progenitores como en los adolescentes. Esta característica sólo la reunía el programa GUÍA que planteaba un trabajo sistémico multimodal que combinaba el trabajo parental, familiar y familiar, reforzando más los factores de protección de las conductas antisociales (Gutiérrez, 2015). En contra, el proyecto FAYME planteaba una intervención basada en exclusividad para los padres desde el ejercicio de la parentalidad positiva, mientras que el programa INGENIA no incorporaba a los progenitores, siendo los menores los únicos protagonistas.

Se encontraron también discrepancias entre los tres programas en su manualización. De acuerdo con los estándares de calidad, los programas INGENIA y FAYME contaban con documentación por escrita acerca de los objetivos, actuaciones y procedimientos de implementación de las intervenciones, algo que no se encontró para el Programa GUÍA. La importancia de que la intervención esté descrita y desarrollada se considera un estándar de calidad porque permite que pueda ser fielmente replicado en sus distintas aplicaciones (Flay *et al.*, 2005).

A pesar de los avances de la última década en la evaluación de programas familiares (Dretzke *et al.*, 2009), carecemos de estudios que cuenten con una evaluación suficiente y contrastada en el ámbito de los servicios sociales comunitarios (Melendro *et al.*, 2014). Los resultados de este trabajo confirman este déficit, encontrando un protocolo de evaluación en todas las intervenciones pero, según la información disponible, ninguna cumplía con los estándares de calidad relacionados con la evaluación de la eficacia, efectividad y eficiencia (Flay *et al.*, 2005; Small, Cooney, & O'Connor, 2009). A pesar de este incumplimiento común, cabe destacar que el programa GUÍA había iniciado su andadura hacia la evaluación de calidad, contaba con una evaluación externa procedente del ámbito universitario y tenía publicado resultados de evaluación (Soto & González, 2014).

En este trabajo se adolece de información suficiente para completar el análisis de calidad de estos programas de acuerdo con los estándares de los programas basados en la evidencia (Jiménez & Hidalgo, 2016). Concretamente, sería conveniente indagar sobre los siguientes aspectos: estudio de necesidades y fortalezas previo a la intervención; información sobre sus costes; identificación de los componentes claves de la intervención; asesoramiento y supervisión de los profesionales encargados de su implementación; condiciones específicas de implementación; información detallada sobre el diseño de evaluación del programa, así como del proceso de evaluación. Entendemos que estas complicaciones se solventarían si los responsables tomaran consciencia de la importancia de escribir manuales y/o protocolos de sus intervenciones, así como de posibilitar el acceso a los materiales necesarios para su aplicabilidad y difundir los resultados de sus evaluaciones.

En resumen, de acuerdo con los estándares de calidad de los programas basados en la evidencia (Jiménez & Hidalgo, 2016), estos programas destacaron tanto por el cumplimiento como por el incumplimiento de tales criterios. Según los datos disponibles, el programa GUÍA era el que reunía un mayor número de criterios de calidad,

destacando positivamente frente al resto el ser una intervención familiar que trabaja desde un enfoque fundamentalmente sistémico, en la que participan adolescentes y progenitores en todas las sesiones, dispone de un número elevado de aplicaciones en diferentes zonas territoriales de Huelva, y para el que se indicios de la existencia de una evaluación que reúne unos mínimos de rigurosidad. Este análisis de calidad coincide con la percepción de los profesionales, siendo el programa GUÍA el mejor valorado en la encuesta que se llevó a cabo en el último momento del estudio. Sin menospreciar las puntuaciones altas obtenidas para el resto de programas, los profesionales de los Servicios Sociales destacaron de esta intervención que se adecuaba a la población adolescente con problemas de conducta antisocial, tanto así que todos los profesionales confirmaron haber derivado en alguna ocasión a alguna de sus familias, y apoyaban su continuidad en el tiempo. Frente a esta valoración, la percepción que los profesionales tenían acerca de la adecuación y continuidad del proyecto FAYME e INGENIA era más variada. Los resultados encontrados en la comparación de los tres programas son comprensibles, si conocemos el perfil de participantes para los que fueron diseñados. Así, aunque en los tres programas se incluyen adolescentes con conductas antisociales, el programa GUIA era el único de los tres que fue planteado desde su diseño para trabajar con este tipo de adolescentes por lo que sus actuaciones y acciones están adaptadas a las particularidades de este colectivo.

Cabe destacar que en las valoraciones dadas por los profesionales de estos tres recursos, no se encontró asociación alguna entre sus respuestas. Este resultado se interpreta positivamente, poniendo de manifiesto la capacidad y el criterio de los profesionales para discriminar sobre las cuestiones preguntadas para cada uno de los programas. Esta independencia de criterio de los profesionales asociado a cada programa evidencia la neutralidad de los mismos, sus conocimientos sobre los programas, y por tanto, su relevancia como informante para la evaluación de programa (Montserrat & Melendro, 2017).

Este trabajo indica que se están haciendo muchos esfuerzos en el trabajo con adolescentes con problemas de conducta antisocial desde el ámbito de los Servicios Sociales en la ciudad de Huelva. Existen intervenciones, valoradas muy positivamente por los profesionales de los centros sociales, que cumplen con algunos de los criterios de calidad de los programas basados en la evidencia. Sin embargo, aumentar el número de recursos para adolescentes conflictivos y, comprobar y garantizar la eficacia de los programas

de intervención en el contexto español continúan siendo alguno de los retos de los profesionales de la Psicología de este ámbito. Siendo muchas las mejoras que requieren estos programas destaca especialmente la falta de conocimiento de la que disponen los profesionales encargados de su implementación y/o coordinación desde los Servicios Sociales. Este desconocimiento ha sido una de las grandes limitaciones de este trabajo, puesto que ha impedido hacer un examen exhaustivo de las características de estos programas de acuerdo con los estándares de calidad propuestos por Jiménez e Hidalgo (2016). Hubiera sido interesante que todos los profesionales de los centros sociales participaran en este estudio y poder comprobar así si tal desconocimiento era algo generalizado. Otra de las limitaciones de este trabajo está relacionada con la transversalidad del estudio. Los datos que se presentan hacen referencia a un momento temporal concreto, año 2013, en el que se recaba la información con los profesionales que estaban en ese momento en activo. Hubiera sido interesante hacer un seguimiento de los programas para conocer su evolución en el tiempo. Cabe destacar que tras este estudio, la asociación PONTE mostró un especial interés por el análisis de calidad de su programa GUIA, estando desde

ese momento recibiendo un asesoramiento individualizado que le ha permitido alcanzar en la actualidad diez de los doce criterios de calidad presentados en la Figura 1, exceptuando los referidos a la existencia de un manual detallado (en proceso de elaboración final) y tener evidencias probadas de su diseminación. Además, ha conseguido extenderse a otras ciudades andaluzas como Sevilla.

Este estudio onubense es un claro ejemplo de la utilidad de estudiar la adecuación de los estándares de calidad de los programas basados en la evidencia en las intervenciones que se desarrollan en un ámbito local concreto desde un punto de vista comparativo. En este sentido, aportar evidencias y recabar la opinión y percepción de los profesionales sobre los programas que se vienen desarrollando supone dar un papel activo a los profesionales en la toma de decisiones, y por tanto, favorecer que los profesionales no sean agentes externos a los programas que implementan en su ciudad, sino de algún modo ser conocedores, participantes y evaluadores de los mismos para una mayor eficacia de las intervenciones desarrolladas (Orte et al., 2014). Este tipo de estudios son necesarios con la finalidad de mejorar estas intervenciones y por consiguiente las políticas sociales de una localidad.

Referencias bibliográficas

- Adams, Z.W., Moreland, A., Cohen, J.R., Lee, R.C., Hanson, R.F., Danielson, C.K., Self-Brown, S., & Briggs, E.C. (2016). Polyvictimization: Latent profiles and mental health outcomes in a clinical sample of adolescents. *Psychology of Violence*, 6(1), 145-155.
- Alexander, J.F., Waldron, H.B., Robbins, M.S., & Neeb, A.A. (2013). *Functional family therapy for adolescent behavior problems*. Washington, DC: American Association.
- Andrew, D. A., & Bonta, J. (2010). *The Psychology of Criminal Conduct* (5a. ed.). Cincinnati: Anderson Publishing.
- Bernazzani, O., & Tremblay, R. E. (2006). Early parent training. En B. C., Welsh and D. P. Farrington (Eds.), *Preventing crime: What works for children, offenders, victims, and places* (pp. 21-32). Dordrecht, Netherlands: Springer.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. Cambridge, Harvard University Press.
- Cunningham, Ch. E., & Boyle, M. H. (2002). Presscholars at risk for adhd and oppositional defiant disorder: family, parenting, and behavioral correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 555-569.
- Davies, P. T. (2004). Changing Policy and Practice. En M.G. Dawes., P.T. Davies, A. Gray, J., Mant.,&K. Seers. (Eds.), *Evidence-based Practice: A Primer for Health Professionals*. (2nded.) London: Churchill Livingstone.
- Defensor del menor de Andalucía (2016). *Informe al Parlamento*. Recuperado de <http://www.defensordelmenordeandalucia.es/informe-anual-2016-DMA>.
- Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia (2016). *Boletín de datos estadísticos de medidas impuestas a menores infractores. Datos del 2014*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Dretzke, J., Davenport, C., Frew, E., Barlow, J., Stewart-Brown, S., Bayliss, S., . . . Hyde, C. (2009). The clinical effectiveness of different parenting programmes for children with conduct problems: a systematic review of randomised controlled trials. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3(1), 7.
- Durlak, J.A., & Dupre, E.P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41, 327-350.
- Flay, B. R., Biglan, A., Boruch, R. F., Castro, F. G., Gottfredson, D., Kellam, S., ... Peter, J. I. (2005). Standards of Evidence: Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*, 6, 151-175.

- Fixsen, D.L., Naoom, S.F., Blase, K.A., Friedman, R.M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.
- Fosco, G.M., Lippold, M., & Feinberg, M.E. (2014). Interparental boundary problems, parent-adolescent hostility, and adolescent-parent hostility: A family process model for adolescent aggression problems. *Couple and Family Psychology, Research and Practice*, 3, 141-155.
- Fossum, S., Handegård, B. H., Martinussen, M., & Mørch, W.T. (2008). Psychosocial interventions for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents: A meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(7), 438-451.
- Garaigordobil, M. (2010). Efectos del programa "Dando pasos hacia la paz" sobre los factores cognitivos y conductuales de la violencia juvenil. *Behavioral Psychology-Psicología Conductual*, 18(2), 277-295.
- Garaigordobil, M., & Maganto, C. (2016). Conducta antisocial en adolescentes y jóvenes: prevalencia en el país vasco y diferencias en función de variables socio-demográficas. *Acción Psicológica*, 13(2), 57-68.
- Gorman-Smith, D., Henry, D.B., & Tolan, P.H. (2004). Exposure to community violence and violence perpetration: The protective effects of family functioning. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 439-449.
- Greenberg, M.T., & Lippold, M.A. (2013). Promoting healthy outcomes among youth with multiple risks: innovative approaches. *Annual Review of Public Health*, 34(1), 253-270.
- Gutiérrez, J.A. (2015). Intervención comunitaria desde el enfoque psicoescénico. *Mosaico*, 60, 86-94.
- Gwynne, K., Blick, B. A., & Duffy, G.M. (2009). Pilot evaluation of an early intervention programme for children at risk. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 45(3), 118-124.
- Hamby, S., & Grych, J. (2013). Evidence-based interventions need to be more systematic, not more disruptive. *American Psychologist*, 68(6), 476-477.
- Henggeler, S., Schoenwald, S., Borduin, C., Rowland, M., & Cunningham, P. (2009). *Multisystemic therapy for antisocial behaviour in children and adolescents*. New York, NY: Guilford.
- Jiménez, L., & Hidalgo, M. V. (2016). La incorporación de prácticas basadas en la evidencia en el trabajo con familias: los programas de promoción de parentalidad positiva. *Apuntes de Psicología*, 34(2-3), 91-100.
- Jiménez, L. (2009). *Crecer en contextos familiares en riesgo psicosocial. Análisis evolutivo durante la infancia y la adolescencia*. Tesis Doctoral, Universidad de Sevilla, Sevilla. Tesis recuperada el 30 de Febrero del 2017 de <http://fondosdigitales.us.es/tesis/autores/1133/>.
- Jolliffe, D., Farrington, D.P., Piquero, A.R., MacLeod, J. F., & Van de Weijer, S. (2017). Prevalence of life-course-persistent, adolescence-limited, and late-onset offenders: A systematic review of prospective longitudinal studies. *Aggression and Violent Behavior*, 33(4), 14.
- Kazdin, A. E., & Buela-Casal, G. (1999). *Conducta antisocial evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Lerner, R. M., & Steinberg, L. (2009). *Handbook of Adolescent Psychology. Vol 1: Individual Bases of Adolescent Development* (3rd ed). Hoboken, NJ: Wiley.
- Lorence, B., Jiménez, L., & Sánchez, J. (2009). Un análisis de los sucesos vitales estresantes experimentados por adolescentes que crecen en familias usuarias de los servicios sociales comunitarios. *Portularia, Revista de Trabajo Social*, 1, 115-126.
- Lorence, B. (2013). *La adolescencia en contextos familiares en situación de riesgo psicosocial*. Tesis Doctoral, Universidad de Huelva, Huelva. Tesis recuperada el 1 de Enero del 2017 d http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/12214/La_adolescencia_en_contextos_familiares.pdf?sequence=2.
- Lösel, F., & Farrington, D. P. (2012). Direct protective and buffering protective factors in the development of youth violence. *American Journal of Preventing Medicine*, 43(2), 8-23.
- McLoyd, V.C. (1998). Socioeconomic disadvantage and child development. *American Psychologist*, 53(2), 185-204.
- Melendro, M., & Cruz, L. (2013). Los escenarios de la intervención. En M. Melendro & A. E. Rodríguez, *Intervención con menores y jóvenes en dificultad social* (pp. 85-140). Madrid: UNED.
- Melendro, M., Cruz, L., Iglesias, A., & Montserrat, C. (2014). *Estrategias eficaces de intervención socioeducativa con adolescentes en riesgo de exclusión*. Madrid: UNED.
- Melendro, M., González, A. L., & Rodríguez, A. E. (2013). Estrategias eficaces de intervención socioeducativa con adolescentes en riesgo social. *Pedagogía Social Revista Interuniversitaria*, 22, 105-121.
- Montero, I., & León, O.G.(2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Montserrat, C., & Melendro, M. (2017). ¿Qué habilidades y competencias se valoran de los profesionales que trabajan con adolescencia en riesgo de exclusión social? Análisis desde la acción socioeducativa. *Educación XXI*, 20(2), 113-135.

- Moffitt, T.E. (1993). Adolescence-limited and life-course persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychology*, 100, 674-70.
- Orte, C., & Amer, J. (2014). Las adaptaciones culturales del Strengthening Families Program en Europa. Un ejemplo de programa de educación familiar basado en evidencia. *Ese-Estudios Sobre Educación*, 26, 175-195.
- Orte, C., Amer, J., Pascual, B., & Vaque, C. (2014). La perspectiva de los profesionales en la evaluación de un programa de intervención socioeducativa en familias. *Pedagogía Social. Revista interuniversitaria*, 24, 163-182.
- Orte, C., Ballester, L.L., Amer, J., & Vives, M. (2017). Training of practitioners and beliefs about family skills in family-based prevention programmes. *British Journal of Guidance & Counselling*, 45(5), 573-582
- Oruche, U. M., Draucker, C., Alkhattab, H., Knopf, A., & Mazurcyk, J. (2014). Interventions for family members of adolescents with disruptive behavior disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 27(3), 99-108.
- Pascual, B., Gomila, M.A., & Amer, J. (2015). Los programas de educación familiar en el contexto escolar y comunitario en España ante el cambiante rol socioeducativo de las familias. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 59, 131-147.
- Piquero, A. R., Farrington, D.P., & Blumstein, A. (2003). The criminal career paradigm. En M. Tonry (Ed.), *Crime and justice: A review of research*, (pp. 359-506). Chicago: University of Chicago Press.
- Piquero, A. R., Farrington, D.P., Welsh, B. C., Tremblay, R. E., & Jennings, W.G (2009). Effects of early family/parent training programs on antisocial behavior and delinquency. *Journal of Experimental Criminology*, 5(2), 83-120.
- Rechea, C. (2008). *Conductas antisociales y delictivas de los jóvenes en España*. Castilla La Mancha: Universidad de Castilla- La Mancha, Centro de Investigación en Criminología.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E., (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330-366.
- Rutter, M., & Giller, H. (1983). *Juvenile Delinquency: Trends and Perspective*. Harmondsworth: Penguin.
- Rutter, M., Giller, H., & Hagel, A.(2000). *La conducta antisocial de los jóvenes*. Madrid: Cambridge University Press.
- Seipp, C.M., & Johnston, Ch. (2005). Mother-son interactions in families of boys with attention-deficit hyperactivity disorder with and without oppositional behaviour. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 87-98.
- Seisdedos, N. (1988). *Cuestionario A-D (Conductas antisociales-delictivas)*. TEA: Madrid.
- Sexton, T.L. (2011). *Functional family therapy in clinical practice: An evidence-based treatment model for working with troubled adolescents*. NewYork, NY: Routledge.
- Small, S.A., Cooney, S.M., & O'Connor, C. (2009). Evidence-informed program improvement: Using principles of effectiveness to enhance the quality and impact of family-based prevention programs. *Family Relations*, 58, 1-13.
- Soto, A., & González, S. (2014). Evaluación de un programa de intervención con familias para la reducción de conductas antisociales de los menores. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 25(2), 56-73.
- Tremblay, R. E. (2000). The development of aggressive behaviour during childhood: What have we learned in the past century?.*International Journal of Behavioural Development*, 24, 129-141.
- Von Sydow, K., Retzlaff, R., Beher, S., Haun, M. W., & Schweitzer, J. (2013). The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: A systematic review of 47 RCT. *Family Process*, 52(4), 576-618.
- Welsh, B.C., & Farrington, D.P. (2006). Effectiveness of family-based programs to prevent delinquency and later offending. *Psicothema*, 18(3), 596-602.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Lorence, B., Mora, M., & Maya, J. (2018). Descripción y análisis de la calidad de los programas para el tratamiento de la conducta antisocial en la ciudad de Huelva *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 32 xx-xx. DOI:10.7179/PSRI_2018.32.XX

DIRECCIÓN COMPLETA DE LOS AUTORES

Bárbara Lorence Lara. Departamento de Psicología Social, Evolutiva y de la Educación, Universidad de Huelva, Campus del Carmen. Avda. Tres de Marzo s/n. 21071. Huelva. Tel. (+34) 959 219201. E-mail: barbara.lorence@dpee.uhu.es

Macarena Mora Díaz. Departamento de Psicología Social, Evolutiva y de la Educación, Universidad de Huelva, Campus del Carmen. Avda. Tres de Marzo s/n. 21071. Huelva.

Jesús Maya Segura. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Sevilla. C/ Camilo José Cela, s/n, 41018, Sevilla. E-mail: jmaya3@us.es

PERFIL ACADÉMICO

Bárbara Lorence Lara. Profesora Ayudante Doctora de la Universidad de Huelva en el área de Psicología Evolutiva y de la Educación. Miembro del grupo de investigación HUM604- "Desarrollo de estilos de vida en el ciclo vital y promoción de la salud". Especializada en el estudio e intervención psicosocial con adolescentes en contextos familiares difíciles y/o adversos desde un enfoque preventivo y promotor de la salud, así como en el diseño y evaluación de programas de parentalidad positiva. Socia fundadora de la Asociación para el Estudio y Apoyo a las Familias (esafam.org). Cuenta con publicaciones de impacto y ha presentado numerosos trabajos en congresos nacionales e internacionales (Código ORCID: 0000-0001-6154-8852; Researcher ID: H-9808-2016).

Macarena Mora Díaz. Trabajadora Social por la Universidad de Huelva. Persona colaboradora del grupo de investigación HUM604- "Desarrollo de estilos de vida en el ciclo vital y promoción de la salud". Sus intereses profesionales y de investigación están centrados en la intervención social de las conductas antisociales durante la infancia y la adolescencia desde el ámbito de la familia y la comunidad.

Jesús Maya Segura. Personal Docente e Investigador del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Huelva. Miembro del grupo de investigación SEJ547 "Procesos de Desarrollo y Educación en Contextos Familiares y Escolares". Tiene formación de posgrado relacionada con la intervención familiar, psicodrama y terapia familiar. En su experiencia investigadora se encuentra la presentación de publicaciones, nacionales e internacionales, relacionadas con la implementación y evaluación de programas de intervención con adolescentes conflictivos y familias en riesgo (Código ORCID: 0000-0003-4472-1873).

**CONSENTIMIENTO INFORMADO****(Evaluación del Programa Guía)**D/D^a.: _____

con DNI/Pasaporte, nº _____

y teléfono de contacto (para la Universidad) _____

Afirma que he sido informado de las características del estudio de evaluación del Programa Guía, así como he tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre dicha investigación.

De lo que:

- He recibido respuestas satisfactorias.
- He recibido suficiente información en relación con la investigación
- He hablado con el personal investigador

Además, entiendo que la participación es voluntaria y

entiendo que puedo abandonar el estudio:

- Cuando lo desee.
- Sin que tenga que dar explicaciones.
- Sin que ello afecte a la atención que vengo recibiendo en este programa.

También he sido informado de forma clara, precisa y suficiente de los siguientes extremos que afectan a los datos personales que se contienen en este consentimiento y en la ficha o expediente que se abra para la investigación:

- Estos datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos.

- Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar mediante solicitud ante la persona responsable en la dirección de contacto que figura en este documento.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para MANIFESTAR MI DESEO DE PARTICIPAR EN ESTA INVESTIGACIÓN, hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Contacto: M^a Victoria Hidalgo García. victoria@us.es Tfn: 620770447

En Sevilla a _____ de _____ de 2____

Firmado:

Identidad alfanumérica ->			
Sexo ->		Nacionalidad ->	
Instituto ->			
Curso ->	¿Has repetido algún curso? ->	¿Cuál? ->	
¿Quiénes viven contigo en casa?			
En caso de no vivir con uno de tus padres, ¿mantienes contacto con él o ella? ¿con qué frecuencia?			
Sin contar ni a tu padre y ni a tu madre, señala 2 personas que son muy importante para ti en tu vida:			
1-	¿Por qué?		
2-	¿Por qué?		
¿Quién te ha aconsejado venir a este grupo? Rodea con círculos todas las personas que te lo han aconsejado:			
1. Mi madre	2. Mi padre	3. Un amigo	
4. El psicólogo	5. Un profesor	6. Otras personas. Di quiénes son:	
¿Es la primera vez que participas en este tipo de sesiones o has participado anteriormente en algo parecido?			
- Es la primera vez		- Ya he participado en algo parecido. ¿Qué era?	
¿Qué esperas conseguir en este grupo?			
¿Cuál es tu motivación para asistir a este grupo?			
- Ninguna, vengo medio obligado		- Poca	- Bastante
			- Mucha
¿Conoces a los chicos y las chicas que vienen a este grupo?			
- No, no conozco a nadie		- Sí, conozco a algunos	- Sí, conozco a casi la mayoría
			- Sí, conozco a casi todos o todos

¹⁴ Este instrumento fue comprado exclusivamente para este estudio a la empresa MHS Assessment. Por tanto, solo estará disponible para la consulta del Tribunal de la Tesis Doctoral.

Contesta pensando en tu persona	Muy rara vez verdad en mi caso	Rara vez verdad en mi caso	Frecuentemente verdad en mi caso	Muy Frecuentemente verdad en mi caso
1. Me gusta divertirme.	1	2	3	4
2. Soy bueno para entender cómo la otra gente se siente	1	2	3	4
3. Yo puedo estar calmado cuando estoy enfadado	1	2	3	4
4. Soy feliz	1	2	3	4
5. Me importa lo que le sucede a otras personas	1	2	3	4
6. Es difícil controlar mi ira	1	2	3	4
7. Es fácil decirle a la gente cómo me siento.	1	2	3	4
8. Me caen bien todas las personas que conozco	1	2	3	4
9. Me siento seguro de mí mismo	1	2	3	4
10. Usualmente yo sé cómo se siente la gente	1	2	3	4
11. Yo sé cómo mantenerme calmado	1	2	3	4
12. Trato de contestar de diferentes formas a preguntas difíciles	1	2	3	4
13. Pienso que la mayoría de las cosas que hago saldrán bien	1	2	3	4
14. Soy capaz de respetar a los demás	1	2	3	4
15. Algunas cosas me enfadan mucho	1	2	3	4
16. Es fácil para mí el entender cosas nuevas	1	2	3	4
17. Puedo hablar con facilidad acerca de mis sentimientos.	1	2	3	4
18. Tengo buenos pensamientos acerca de todos	1	2	3	4
19. Yo espero lo mejor.	1	2	3	4
20. Tener amigos es importante	1	2	3	4
21. Peleo con la gente.	1	2	3	4
22. Puedo entender preguntas difíciles	1	2	3	4
23. Me gusta sonreír	1	2	3	4
24. Trato de no herir los sentimientos de otra gente	1	2	3	4
25. Trato de trabajar en un problema hasta que lo resuelvo.	1	2	3	4
26. Tengo mal genio.	1	2	3	4
27. Nada me incomoda	1	2	3	4
28. Es difícil hablar de mis sentimientos profundos.	1	2	3	4
29. Yo sé que las cosas saldrán bien	1	2	3	4
30. Puedo dar buenas respuestas a preguntas difíciles.	1	2	3	4
31. Puedo describir mis sentimientos con facilidad.	1	2	3	4
32. Yo sé cómo pasar un buen momento.	1	2	3	4
33. Debo decir la verdad	1	2	3	4
34. Cuando quiero yo puedo encontrar muchas formas de contestar a una pregunta difícil	1	2	3	4
35. Me enojo con facilidad.	1	2	3	4
36. Me gusta hacer cosas por los demás.	1	2	3	4
37. No soy muy feliz	1	2	3	4
38. Puedo resolver con facilidad problemas de diferentes maneras	1	2	3	4

39. Tienen que pasarme muchas cosas para que me enfade	1	2	3	4
40. Me siento bien acerca de mí mismo	1	2	3	4
41. Hago amigos con facilidad	1	2	3	4
42. Pienso que soy el mejor en todo lo que hago	1	2	3	4
43. Es fácil para mí decirle a la gente lo que siento.	1	2	3	4
44. Cuando contesto preguntas difíciles, trato de pensar en muchas soluciones	1	2	3	4
45. Me siento mal cuando se hieren los sentimientos de otra gente	1	2	3	4
46. Cuando estoy enojado con alguien, me quedo enojado por mucho tiempo	1	2	3	4
47. Soy feliz con el tipo de persona que yo soy.	1	2	3	4
48. Soy bueno resolviendo problemas.	1	2	3	4
49. Es difícil esperar a mi turno	1	2	3	4
50. Me entretienen las cosas que hago.	1	2	3	4
51. Me gustan mis amigos	1	2	3	4
52. No tengo días malos.	1	2	3	4
53. Tengo problemas contándole mis sentimientos a los demás	1	2	3	4
54. Me enfado con facilidad.	1	2	3	4
55. Yo puedo decir cuando uno de mis mejores amigos no es feliz	1	2	3	4
56. Me gusta mi cuerpo.	1	2	3	4
57. Incluso cuando las cosas se ponen difíciles, no me doy por vencido	1	2	3	4
58. Cuando me enfado, actúo sin pensar	1	2	3	4
59. Yo sé cuando la gente está enfadada, incluso cuando no dicen nada.	1	2	3	4
60. Me gusta cómo me veo	1	2	3	4

SOBRE MI CUIDADOR PRINCIPAL	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	A menudo	Casi siempre o siempre
1. Mi MADRE respeta mis sentimientos	1	2	3	4	5
2. Mi madre es una buena madre	1	2	3	4	5
3. Desearía que mi madre fuera diferente	1	2	3	4	5
4. Mi madre me acepta como soy	1	2	3	4	5
5. Me gusta tener la opinión de mi madre sobre las cosas que me preocupan	1	2	3	4	5
6. No sirve de nada mostrarle mis sentimientos a mi madre	1	2	3	4	5
7. Mi madre se da cuenta cuando estoy molesto por algo	1	2	3	4	5
8. Me da vergüenza contarle a mi madre mis problemas	1	2	3	4	5
9. Mi madre espera demasiado de mí	1	2	3	4	5
10. Me molesto fácilmente con mi madre	1	2	3	4	5
11. Me molesto más de lo que mi madre se cree	1	2	3	4	5
12. Cuando discutimos sobre algo, mi madre se interesa por mi punto de vista	1	2	3	4	5
13. Mi madre confía en mis decisiones	1	2	3	4	5
14. Mi madre tiene sus propios problemas, así que no le molesto con los míos	1	2	3	4	5
15. Mi madre me ayuda a entenderme mejor a mí mismo	1	2	3	4	5
16. Le cuento a mi madre mis problemas	1	2	3	4	5
17. Estoy enfadado con mi madre	1	2	3	4	5
18. Mi madre no me presta mucha atención	1	2	3	4	5
19. Mi madre me ayuda a hablar de las cosas que me preocupan	1	2	3	4	5
20. Mi madre me entiende	1	2	3	4	5
21. Cuando estoy enfadado por algo, mi madre trata de entenderlo	1	2	3	4	5

22. Confío en mi madre	1	2	3	4	5
23. Mi madre no entiende lo que estoy pasando en estos momentos	1	2	3	4	5
24. Puedo contar con mi madre cuando necesito desahogarme	1	2	3	4	5
25. Mi madre me pregunta cuando sabe que estoy preocupado por algo	1	2	3	4	5

SOBRE MIS AMIG@S	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	A menudo	Casi siempre o siempre
1. Me gusta tener la opinión de mis AMIG@S sobre las cosas que me preocupan	1	2	3	4	5
2. Mis amig@s se dan cuenta cuando estoy molesto por algo	1	2	3	4	5
3. Cuando discutimos sobre algo, mis amig@s se interesan por mi punto de vista	1	2	3	4	5
4. Me da vergüenza contarle a mis amig@s mis problemas	1	2	3	4	5
5. Desearía que mis amig@s fueran diferentes	1	2	3	4	5
6. Mis amig@s me entienden	1	2	3	4	5
7. Mis amig@s me ayudan a hablar de las cosas que me preocupan	1	2	3	4	5
8. Mis amig@s me aceptan como soy	1	2	3	4	5
9. Necesito estar en contacto con mis amig@s más a menudo	1	2	3	4	5
10. Mis amig@s no entienden lo que estoy pasando en estos momentos	1	2	3	4	5
11. Me siento solo o aislado cuando estoy con mis amig@s	1	2	3	4	5
12. Mis amig@s escuchan lo que yo tengo que decir	1	2	3	4	5
13. Mis amig@s son buenos amig@s	1	2	3	4	5
14. Es bastante fácil hablar con mis amig@s	1	2	3	4	5
15. Cuando estoy enfadado por algo, mis amig@s tratan de entenderlo	1	2	3	4	5

16. Mis amig@s me ayudan a entenderme mejor a mí mismo	1	2	3	4	5
17. Mis amig@s se preocupan por cómo me siento	1	2	3	4	5
18. Estoy enfadado con mis amig@s	1	2	3	4	5
19. Puedo contar con mis amig@s cuando necesito desahogarme	1	2	3	4	5
20. Confío en mis amig@s	1	2	3	4	5
21. Mis amig@s respetan mi sentimientos	1	2	3	4	5
22. Me molesto más de lo que mis amig@s creen	1	2	3	4	5
23. Me parece que mis amig@s se enfadan conmigo sin razón	1	2	3	4	5
24. Les cuento a mis amig@s mis problemas	1	2	3	4	5
25. Mis amig@s me preguntan cuando saben que estoy preocupado por algo	1	2	3	4	5

SOBRE MÍ (en los 2 últimos meses)

1. Alborotar o silbar en una reunión, lugar público o de trabajo	NO	SI, pocas veces
		SI, algunas veces
		SI, muchas veces
2. Salir sin permiso (del trabajo, de casa o del colegio)	NO	SI, pocas veces
		SI, algunas veces
		SI, muchas veces
3. Entrar en un sitio prohibido (jardín privado, casa vacío)	NO	SI, pocas veces
		SI, algunas veces
		SI, muchas veces
4. Ensuciar las calles/aceras rompiendo botellas o volcando cubos de basura	NO	SI, pocas veces
		SI, algunas veces
		SI, muchas veces
5. Decir "tacos" o palabras fuertes	NO	SI, pocas veces
		SI, algunas veces
		SI, muchas veces
6. Molestar a personas desconocidas o hacer gamberradas en lugares públicos	NO	SI, pocas veces
		SI, algunas veces
		SI, muchas veces
7. Llegar tarde al trabajo, colegio o reunión	NO	SI, pocas veces
		SI, algunas veces
		SI, muchas veces
8. Hacer trampas (en examen, competición importante, información de resultados)	NO	SI, pocas veces
		SI, algunas veces
		SI, muchas veces
9. Tirar basuras al suelo (cuando hay cerca una papelería o cubo)	NO	SI, pocas veces
		SI, algunas veces
		SI, muchas veces
		SI, pocas veces

10. Hacer pintadas en lugares prohibidos (pared, encerado, mesa, etc.)	NO	SI, algunas veces
		SI, muchas veces
11. Coger fruta en un jardín/huerto que pertenece a otra persona	NO	SI, pocas veces
		SI, algunas veces
		SI, muchas veces
12. Romper o tirar al suelo cosas que son de otra persona	NO	SI, pocas veces
		SI, algunas veces
		SI, muchas veces
13. Gastar bromas pesadas a la gente, como empujarlas dentro de un charco o quitarles la silla cuando van a sentarse	NO	SI, pocas veces
		SI, algunas veces
		SI, muchas veces
14. Llegar, a propósito, más tarde de lo permitido (a casa, trabajo, obligación)	NO	SI, pocas veces
		SI, algunas veces
		SI, muchas veces
15. Arrancar o pisotear flores o plantas en un parque o jardín	NO	SI, pocas veces
		SI, algunas veces
		SI, muchas veces
16. Llamar a la puerta de alguien y salir corriendo	NO	SI, pocas veces
		SI, algunas veces
		SI, muchas veces
17. Comer, cuando está prohibido, en el trabajo, clase, cine, etc.	NO	SI, pocas veces
		SI, algunas veces
		SI, muchas veces
18. Contestar mal a un superior, en el trabajo, clase, cine, etc.	NO	SI, pocas veces
		SI, algunas veces
		SI, muchas veces
19. Negarse a hacer las tareas encomendadas (trabajo, clase o casa)	NO	SI, pocas veces
		SI, algunas veces
		SI, muchas veces
20. Pelearse con otros (con golpes, insultos o palabras ofensivas)	NO	SI, pocas veces
		SI, algunas veces
		SI, muchas veces

SOBRE MÍ (en los últimos 5 años)	En caso de que SÍ, ¿cuánto te afectó?			¿Actualmente te sigue afectando esta situación?	
1. Divorcio o separación de tus padres en los últimos 5 años	NO SI	Poco	Bastante	Mucho	SI NO
2. Broncas, peleas importantes y fuertes entre tus padres en los últimos 5 años	NO SI	Poco	Bastante	Mucho	SI NO
3. Nuevos emparejamiento de tus padres, es decir, que la nueva pareja de tu padre o de tu madre se haya trasladado a vivir a tu casa en los últimos 5 años	NO SI	Poco	Bastante	Mucho	SI NO
4. Engaño, aislamiento, rechazo o ridiculizaciones frecuentes por parte de tus amigos o compañeros en los últimos 5 años	NO SI	Poco	Bastante	Mucho	SI NO
5. Cambio de domicilio (traslado de barrio, localidad) en los últimos 5 años	NO SI	Poco	Bastante	Mucho	SI NO
6. Dificultades económicas importantes en tu casa en los últimos 5 años	NO SI	Poco	Bastante	Mucho	SI NO
7. Muerte de una persona muy cercana en los últimos 5 años	NO SI	Poco	Bastante	Mucho	SI NO
8. Enfermedad física o mental grave de una persona con la que convive en los últimos 5 años	NO SI	Poco	Bastante	Mucho	SI NO
9. Problemas serios con las drogas o alcohol tuyos o de algún familiar cercano en los últimos 5 años	NO SI	Poco	Bastante	Mucho	SI NO
10. Problemas serios con las drogas o alcohol de algún amigo cercano en los últimos 5 años	NO SI	Poco	Bastante	Mucho	SI NO
11. Relaciones conflictivas o problemáticas con tu novio o novia en los últimos 5 años	NO SI	Poco	Bastante	Mucho	SI NO
12. Has sufrido alguna situación de acoso o abuso sexual en los últimos 5 años	NO SI	Poco	Bastante	Mucho	SI NO

13. Has sufrido alguna situación de maltrato físico o psicológico por algún familiar en los últimos 5 años	NO	SI	Poco	Bastante	Mucho	SI	NO
14. Has sufrido alguna enfermedad o accidente de importancia en los últimos 5 años	NO	SI	Poco	Bastante	Mucho	SI	NO
15. Problemas serios con la justicia (prisión, problemas con la policía...) tuyos o de algún familiar muy cercano en los últimos 5 años	NO	SI	Poco	Bastante	Mucho	SI	NO

SOBRE MÍ

No me
define
para nadaMe
define
totalme
nte

	1	2	3	4	5
1. De vez en cuando no puedo controlar las ganas de golpear a otra persona.	1	2	3	4	5
2. Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto con ellos.	1	2	3	4	5
3. Me enfado rápidamente, pero se me pasa enseguida.	1	2	3	4	5
4. A veces soy bastante envidioso.	1	2	3	4	5
5. Si me provocan lo suficiente, puedo llegar a golpear a otra persona.	1	2	3	4	5
6. A menudo no estoy de acuerdo con la gente.	1	2	3	4	5
7. Cuando las cosas no me salen como me gustan, se me nota mi enfado.	1	2	3	4	5
8. A veces pienso que me merezco cosas mejores y pasarlo mejor.	1	2	3	4	5
9. Si alguien me golpea, le respondo golpeándolo también.	1	2	3	4	5
10. Cuando la gente me molesta, les digo lo que pienso y discuto con ellos.	1	2	3	4	5
11. Algunas veces me siento como una bomba a punto de estallar.	1	2	3	4	5
12. Me parece que los otros tienen más suerte que yo.	1	2	3	4	5
13. Me suelo meter en las peleas.	1	2	3	4	5
14. Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo remediar discutir con ellos.	1	2	3	4	5
15. Soy una persona tranquila.	1	2	3	4	5
16. Me pregunto por qué algunas veces me siento tan mal con la gente.	1	2	3	4	5
17. Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago.	1	2	3	4	5
18. Mis amigos dicen que discuto mucho.	1	2	3	4	5
19. Algunos de mis amigos creen que hago las cosas sin pensar.	1	2	3	4	5

20. Sé que mis “amigos” me critican a mis espaldas.	1	2	3	4	5
21. Hay gente que me enfada hasta tal punto que llegamos a pegarnos.	1	2	3	4	5
22. Algunas veces me enfado mucho sin razón.	1	2	3	4	5
23. Desconfío de los desconocidos que vienen como muy amiguitos.	1	2	3	4	5
24. Nunca encuentro una razón tan grande como para pegarle a una persona.	1	2	3	4	5
25. Tengo dificultades para controlar mi genio.	1	2	3	4	5
26. Algunas veces siento que la gente se está riendo de mí a mis espaldas.	1	2	3	4	5
27. He amenazado a gente que conozco.	1	2	3	4	5
28. Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto qué querrán.	1	2	3	4	5
29. He llegado a estar tan furioso que rompía cosas.	1	2	3	4	5

GUIÓN ADOLESCENTES

1. ¿Os sentís satisfechos de haber participado en este programa? ¿Por qué?
 - a) ¿Estáis satisfechos con los profesionales que han participado?
 - b) ¿Estáis contentos con la forma en la que hemos trabajado?

2. ¿Pensáis que venir a este programa os ha ayudado? ¿En qué?

3. ¿Pensáis que venir a este programa ha ayudado a vuestros padres? ¿En qué?

4. En este programa hemos trabajado de una nueva forma, con una intérprete (yo auxiliar) y dramatizando situaciones de casa, ¿qué piensas de las dramatizaciones? ¿os ha ayudado esta forma de trabajar? ¿qué aspectos o técnicas concretas os han ayudado? ¿por qué? ¿qué ventaja tiene esta forma de trabajar? ¿para qué?

5. Otra de las cosas propias de este programa es que hemos trabajado en grupo, ¿Os ha gustado? ¿Por qué? ¿Qué ventajas le veis al hecho de haber trabajado en grupo?

6. ¿Qué cambiaríais para mejorar la intervención?

7. ¿Qué pensáis de la duración de las sesiones? ¿Y del número de sesiones? ¿cuántas sesiones pensáis que son suficientes para mejorar?

8. ¿Qué es lo mejor que os lleváis de aquí?

9. Si tuvieseis que pensar en una sesión o momento concreto que significó algo importante, ¿Cuál elegiríais? ¿Por qué?

GUIÓN PADRES Y MADRES

1. ¿Os sentís satisfechos de haber participado en este programa? ¿por qué?
 - a) ¿Estáis satisfechos con los profesionales que han participado?
 - b) ¿Estáis contentos con la forma en la que hemos trabajado?

2. ¿Pensáis que venir a este programa os ayudado? ¿En qué?
3. ¿Pensáis que venir a este programa ha ayudado a vuestros hijos? ¿En qué?
4. En este programa hemos trabajado de una nueva forma, con una intérprete (yo auxiliar) y dramatizando situaciones de casa, ¿qué piensas de las dramatizaciones? ¿os ha ayudado esta forma de trabajar? ¿qué aspectos o técnicas concretas os han ayudado? ¿por qué? ¿qué ventaja tiene esta forma de trabajar? ¿para qué?
5. Otra de las cosas propias de este programa es que hemos trabajado en grupo, ¿Os ha gustado? ¿Por qué? ¿Qué ventajas le veis al hecho de haber trabajado en grupo?
6. ¿Qué cambiaríais para mejorar la intervención?
7. ¿Qué pensáis de la duración de las sesiones? ¿Y del número de sesiones? ¿cuántas sesiones pensáis que son suficientes para cambiar?
8. ¿Qué es lo mejor que os lleváis de aquí?
9. Si tuvieseis que pensar en una sesión o momento concreto que significó algo importante, ¿Cuál elegiríais? ¿Por qué?