



TRATAMIENTO TERAPÉUTICO EN MENORES INFRACTORES CON PATOLOGÍA DUAL Y VIOLENCIA FILIOPARENTAL: UN ESTUDIO EMPÍRICO

Julián Vicente Bernal (Dir.)

Con

Lourdes Recalde Brioso - Kristian Márquez Jiménez

Virginía Sánchez Llinares.

**Colaboración Especial: Concepción Aroca Montolío, Profesora de la Universidad
de Valencia**

Colaboradores: Antonio Castillo, Alfredo Dobarro y Jorge Téllez.

Febrero 2011 – Julio 2013

La presente investigación ha sido desarrollada en un centro de internamiento de menores infractores de titularidad de la Junta de Andalucía y dependiente de la actual Consejería de Justicia e Interior. Es gestionado por la Asociación para la gestión de la Integración social, GINSO. El centro se denomina “La Marchenilla” y se encuentra ubicado en la localidad de Algeciras (Cádiz)

GINSO, inicia su andadura en la Comunidad Andaluza en 2001 con la vocación de gestionar centros de internamiento de menores sujetos a medidas judiciales siendo su objetivo primordial la reinserción social de los mismos. Para ello contamos con equipos multidisciplinares: juristas, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, profesores, educadores, técnicos de empleo, maestros de taller, monitores ocupacionales, etc.

GINSO desarrolla programas en centros de internamiento en régimen cerrado, semiabierto, de internamiento terapéutico y abierto. También gestionamos programas en ejecución de medidas judiciales en medio abierto y programas con menores que no han sido judicializados como es el programa de maltrato ascendente denominado Recurra-Ginso.

La investigación se ha desarrollado en la unidad de salud mental del centro de internamiento “La Marchenilla”, donde se ejecutan las medidas judiciales de internamiento terapéutico dictadas por los Jueces de Menores.

En concreto ha sido la actual Dirección General de Justicia Juvenil y Cooperación – Consejería de Justicia e Interior- en la persona de la Directora General, D^a Carmen Belinchón Sánchez quien ha autorizado la realización de la presente investigación, como impulsora de programas de intervención con menores en conflicto social y en el ámbito de la salud mental.

Especialmente relevante para la investigación ha sido el apoyo y colaboración directa de los responsables y técnicos del Servicio de menores infractores y del Servicio de medidas de medio abierto e inserción sin cuya ayuda no habría sido posible la realización de esta investigación.

Por tanto, gracias a la Junta de Andalucía y a todos los colaboradores que han permitido este estudio.

Esta investigación parte de la propuesta formulada por la **Asociación GINSO** a la Dirección General de Justicia Juvenil y Servicios Judiciales de la Consejería de Gobernación y Justicia de la Junta de Andalucía, con el objeto de desarrollarla en el Centro Terapéutico de menores infractores “La Marchenilla”, Algeciras, gestionado por esta Asociación. Se consideró que sería de utilidad conocer el perfil de los menores ingresados en la Unidad Terapéutica, con el objeto de poder establecer programas adecuados y específicos en relación a la problemática que presentaban los menores, y que debían ser atendidos según criterios científicos.

A la hora de comenzar este estudio, se encontraban internados en este Centro Terapéutico un total de 30 menores con distintos tipos de trastornos y/o alteraciones psicológicas y comportamentales. Tras un análisis de las características que presentaban este grupo de internos, obtuvimos los siguientes resultados:

1. Los menores que presentaban el diagnóstico de trastorno disocial (en adelante TD), suponían un 75% del total de la población internada.
2. Los menores que presentaban el diagnóstico de TD, unido a otros trastornos, y que además eran consumidores de tóxicos, representaban el 67,8%.
3. Los menores que presentaban trastornos psicológicos diversos y consumo de tóxicos, eran el 82,1%.
4. Los menores con trastorno disocial y consumidores habituales que cumplían una medida por maltrato filio-parental constituían el 39,2%.

Teniendo en cuenta estos datos, y con el objeto de homogeneizar una población significativa para intervenir con programas específicos, nos propusimos llevar a cabo un estudio piloto y exploratorio para dar un contenido psicoeducativo a las medidas que cumplían estos menores. **En esta ocasión nos centramos en los menores que cumplían una medida de internamiento terapéutica motivada por la violencia que ejercían hacia sus progenitores, que presentaban, al mismo tiempo, un trastorno disocial y eran consumidores de tóxicos (39,2%).** Contamos para ello con la experiencia de programas estructurados y de demostrada eficacia, cuya combinación y planteamiento podrían darnos razón de su adecuación al objetivo propuesto: dotar de contenido a la medida de internamiento terapéutico en los menores que presentaban estas características.

¿Por qué un tratamiento para la violencia filio-parental? ¿Está este delito relacionado con el consumo de sustancias? ¿Los menores con TD o problemas de conducta son también agresores con sus progenitores? ¿Qué podemos comentar sobre los progenitores?

A continuación realizamos una definición y explicación de este fenómeno social violento que sirva al lector de contexto de partida a partir de la investigación basada en la evidencia, muy escasa todavía, una de las razones por las que este estudio tiene sentido especialmente. Los menores que han cometido el delito en el ámbito familiar son motivo de especial interés por el incremento de ingresos en centros de menores infractores muy significativos producidos en los últimos años. Del análisis descriptivo sobre las variables sociodemográficas que presentan los menores objeto de estudio, se desprenden los siguientes resultados:

- a. Formación de los progenitores. El 68,4% poseen estudios de BUP, Titulaciones Medias y Estudios Superiores: BUP (36,8%), Titulaciones Medias (15,8%) y Titulaciones Superiores (15,8%).
- b. Clase social. El 63,6% de los familiares son de una clase Media, Media Alta y Alta: Media (27,2%), Media alta (27,2%) y Alta (9,2%).
- c. El 45,4% de los progenitores están separados.
- d. Las familias monoparentales representan el 27,5%.
- e. Niños adoptados: 18,1%.

Desde una perspectiva clínica, el TD junto con algún tipo de trastorno por abuso de sustancias, es algo habitual si consideramos que la hipótesis más consensuada científicamente entre la relación drogas y la comisión de delitos, es que no existe una relación causal entre ellas, si no que ambos comportamientos forman parte del mismo tipo de vida distorsionado (Alba, 2001).

El abuso de sustancias presentaba los siguientes resultados en la muestra de los menores evaluados (11):

- a. Consumo de tabaco: 90,9%
- b. Consumo de cánnabis: 90,9%
- c. Consumo de alcohol: 100%
- d. Consumo de cocaína: 27,2%
- e. Consumo medio de tabaco diario: 18 cigarrros
- f. Consumo de cánnabis: diario el 90% de la muestra, con un gasto diario de 24,00 euros.
- g. Consumo de alcohol: el 100% de la muestra, preferentemente en fin de semana y en grupo. La cantidad varía, siendo el consumo de alcohol alto.
- h. Consumo de cocaína: esporádico, cuando consumían la cantidad oscilaba entre 1 y 3 gramos.

En las habilidades socio-cognitivas evaluadas mediante instrumentos psicométricos (que explicaremos más adelante), encontramos los siguientes resultados:

- a. Locus de control interno – externo, o grado en que el individuo percibe el origen de su comportamiento: interno (20%) y externo (80%). Esta conclusión coincide con los resultados de investigaciones metodológicamente sólidas realizadas en el ámbito anglosajón con menores que presentaban perfiles similares (Farrington y Welsh, 2007; Greenwood, 2006; Zimring, 1998; Zimring, 2005).
- b. Impulsividad (disfuncional), toma de decisiones poco reflexivo, con tendencia a actuar precipitadamente, sin tener en cuenta las consecuencias de sus actos: el 80% presenta una impulsividad elevada. (Alba et al. 2005; Garrido, Redondo y Stangeland, 2001).
- c. Capacidad de autocontrol, manejar emociones y regular el comportamiento: El 80% presenta una deficiente capacidad de autocontrol (Blackburn, 1993; Pratt, Cullen, Blevins, Daigle y Unnever, 2002; Whiteside y Lynam, 2001)

En definitiva, tras este primer estudio descriptivo de exploración de las características de esta muestra de población de menores infractores internados en el centro terapéutico de “La Marchenilla”, considerábamos conveniente diseñar una serie de técnicas y programas estructurados que nos permitieran atender a este conjunto de necesidades criminógenas con el objeto de reducir la reincidencia mediante la atención educativa y el tratamiento psicológico adecuado a sus necesidades, siguiendo el principio de capacidad de respuesta planteado por Andrews y Bonta en 2002, donde señalaban la necesidad de emparejar el nivel de riesgo y las características personales con aquellas técnicas que fueran capaces de remitir la sintomatología y por consiguiente , el nivel de riesgo de reincidencia (Garrido, et al., 2006).

Pero veamos la fundamentación teórica, con el objeto de realizar una propuesta integral que permita una intervención eficaz en los menores que presentan estas características.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA: LA VIOLENCIA FILIO-PARENTAL, LA PATOLOGÍA DUAL, LA PERSPECTIVA DE LA COMPETENCIA SOCIAL Y PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA PADRES

I LA VIOLENCIA FILIO PARENTAL: FUNDAMENTACIÓN

La violencia filio-parental: contexto jurídico-penal.

El maltrato como concepto:

« Se ha asociado desde el principio a la infancia en su condición de víctima. Podríamos determinar que el vocablo de “crueldad” sería el primer término que se aproximó a lo que hoy determinamos maltrato, y que se aplicó a mediados del siglo XIX en Estados Unidos para referirse a las condiciones de pobreza y precariedad bajo las cuales se criaban a algunos niños (Linares, 2002). En Europa, la conciencia social acerca de la realidad del maltrato apareció en el año 1973 con el caso de Maria Colwell (Minuchin, 1985), y que marcaría un antes y un después en las actuaciones judiciales y de asistencia social en Gran Bretaña » (Aroca, 2010a, p. 128).

Ahora bien, atendiendo a la revisión de la literatura científica realizada por Aroca (2010a) del maltrato filial, la inicia en los años 50 del siglo pasado, remitiéndonos a un estudio realizado sobre las prácticas de crianza de los hijos, donde Sears, Maccoby y Levin (1957), ya clasificaron el *síndrome de los progenitores maltratados* como un subtipo de violencia familiar; seguido, cronológicamente, por el artículo de Barcai y Rosenthal (1974): *Fears and Tyranny*, donde los autores describieron un tipo de hijos ante los que sus progenitores abdicaban su autoridad, y que describieron como “tiranos, matones o pequeños dictadores”. Del mismo modo, en el artículo de Steinmetz (1978): *Battered parents*, especificó un síndrome de negligencia en hijos adultos que abusan de sus padres y/o madres ancianos que estaban en una situación de desamparo y dependencia.

Sin embargo, según Aroca (2010a), fueron Harbin y Madden (1979) quienes en su artículo *Battered Parents: A New Syndrome*, identificaron un nuevo tipo de violencia familiar: el maltrato parental. Así, a partir de su trabajo clínico con familias, donde las víctimas eran los progenitores y el agresor era alguno de sus hijos, desarrollaron un estudio centrado en adolescentes con edades comprendidas entre 14 y 20 años, donde explicaban que “los perpetradores de esta forma de violencia familiar son los adolescentes, en una mayoría (cerca del 80%), comprendidos entre 12 y 24 años. El patrón más común es el ataque o la amenaza repetida contra los padres, muchos de los cuales tienen entre 40 y 70 años” (1979, p.128, citado en Aroca 2010a, p. 129).

En el mismo sentido, un año después, Strauss, Gelles y Steinmetz (1980) en su libro: *Violence in the American Family*, incluyeron en su investigación un apartado donde se trató el problema de los ascendientes agredidos por sus hijos de entre 3 y 18 años (Aroca, Cánovas y Alba, 2012).

Ya en la década de los 90, Aroca (2012b) destaca las aportaciones ofrecidas por Laurent y Derry (1999) y Wilson (1996), tal y como subrayan Ibabe, Jaureguizar y Díaz (2007) en su informe sobre violencia filio-parental realizado para el Gobierno Vasco. Aunque, deberemos esperar al inicio del siglo XXI para encontrar definiciones más adaptadas a las características del fenómeno estudiado.

De este modo, según Aroca (2010a), términos como violencia de hijos a progenitores, violencia a ascendientes, maltrato parental, violencia filio-parental aparecen en los trabajos más recientes de la literatura científica, tanto nacional como internacional; no obstante, el fenómeno presenta una concepción actual distinta en el siglo XXI, en la medida en que se trata de un tipo de violencia con características diferentes.

La violencia filio-parental: delimitación conceptual

La violencia familiar puede manifestarse de formas muy diversas. Aunque la mayoría de la literatura científica existente se centra en el abuso infantil y en la violencia en la pareja, no debemos olvidar otras formas de interacción víctima-agresor intrafamiliar como la que ocurre entre hijos adultos y sus ascendientes ancianos, ni tampoco la que se produce entre niños y adolescentes y sus progenitores o entre hermanos (Aroca, 2013).

En el caso de la violencia filio-parental, según Aroca (2010a), este olvido obedece, a la escasa información sobre las respuestas institucionales de ayuda, pero sobre todo, se explica por la creencia extendida, en nuestra sociedad, de que el comportamiento de los hijos se debe, exclusivamente, a una buena o mala educación parental; aunque, la autora señala que existen niños con un temperamento difícil, que no responden adecuadamente a las prácticas de crianza competentes. Por tanto, según la autora, culpabilizar a los progenitores genera grandes sentimientos de impotencia, rabia y culpa en los que tienen hijos violentos, puesto que creen que ellos son los únicos responsables del fracaso personal sobre la educación de su progenie.

En otro orden de cosas, entre las escasas definiciones encontradas sobre la violencia filio-parental, se ha podido distinguir el proceso llevado a cabo en la construcción del concepto de la violencia filio-parental, similar al realizado en la elaboración progresiva de las definiciones de los demás tipos de violencia familiar como indica Aroca (2010a, p. 132-133):

1. Se inicia por detectar un síndrome con sintomatología y dinámica propias, que son diferentes a las halladas anteriormente en el ámbito de la violencia intrafamiliar (p.ej. abuso infantil y violencia en la pareja), (Harbin y Madden, 1979).

2. En segundo lugar, los investigadores describen la topografía de las conductas violentas, básicamente físicas y verbales¹, cometidas contra las víctimas (los padres y las madres) (Paulson, Coombs y Landsverk, 1990; Wells, 1987).

3. En tercer lugar, se incorporan en el fenómeno analizado todas las formas de violencia presentes: física, emocional o psicológica y económica, a las que someten a los padres y madres como víctimas (Dugas, Mouren y Halfon 1985).

4. En último lugar, se analizan la frecuencia e intensidad de las agresiones y su impacto en la psicología de los progenitores: ocultación, culpabilidad y vergüenza (Cottrell y Monk, 2004; Du Bois, 1998; Peek, Fischer y Kidell, 1985; Pelletier, Beaulieu, Grimard Duguay, 1999).

No obstante, Aroca (2010a), en un intento de confeccionar una definición específica de maltrato a ascendientes, realiza una tarea previa: establecer la diferencia entre agresividad

¹ Es importante señalar que en los primeros estudios sobre la violencia filio-parental los malos tratos analizados eran los físicos o los verbales o no verbales con daño físico.

y violencia, porque cree que se trata de una distinción clave para entender mejor el significado de la violencia ejercida por los hijos a sus progenitores. Así,

“aludimos al concepto de conducta violenta cuando un individuo utiliza la fuerza (psicológica, física, económica y/o sexual) sobre otro, con intencionalidad y como un medio para obtener lo que desea, solucionar problemas y/o resolver conflictos personales e interpersonales, dentro de un contexto relacional donde existe un desequilibrio de poder” (Aroca, 2010a, p. 134).

En este sentido, la autora, en una aproximación hacia una definición de violencia filial, trae a colación el concepto de violencia interpersonal, más amplia y precisa que la de conducta violenta, porque añade nuevos elementos a considerar en nuestro análisis.

Por otra parte, Aroca (2013), expone un nuevo elemento necesario en todo tipo de abuso: la utilización repetida de conductas de maltrato; aunque una conducta aislada podría tener consecuencias de violencia interpersonal (por ejemplo, una sola agresión física), en la definición del fenómeno de violencia filio-parental realizado por los diferentes tipos de maltrato se ejercen sobre la víctima de forma reiterada, lo que nos permite a la vez determinar conceptualmente, y desde la Criminología, se determina que el hijo agresor utiliza la violencia de forma intencional y repetida contra su víctima, no incluyendo en su definición los casos aislados de violencia relacionados con la psicopatología, la deficiencia mental grave y el parricidio. Este tipo de manifestaciones violentas no forman parte de la violencia que aquí explicamos, si bien comparten con ésta la acción de agredir a los progenitores.

Del mismo modo, para Aroca (2013), es relevante señalar el hecho de que las víctimas son madres o padres que sufren malos tratos a manos de su hijo o hija, niño o adolescente, quien les causa un importante menoscabo de su jerarquía como autoridad que les imposibilita hacer cumplir las normas y límites de convivencia que ellos fijan en su hogar, pilares de la socialización de los menores.

Para concluir este apartado, y en un intento por conjugar los diferentes elementos necesarios para que un delito se pueda tipificar de maltrato establecido desde la Criminología y el Derecho Penal español, citaremos la definición de Aroca (2010a). Con ello, esta autora, pretende salvar las ausencias terminológicas sobre el maltrato y sus características criminológicas (entre víctima y agresor), de las definiciones expuestas, de violencia filio-parental:

“La violencia filio-parental es aquella donde el hijo o hija actúa intencional y conscientemente con el deseo de causar daño, perjuicio o sufrimiento en sus progenitores, de forma reiterada a lo largo del tiempo, y con el fin inmediato de obtener poder, control y dominio sobre sus víctimas para conseguir lo que desea, por medio de la violencia psicológica, económica o física” (Aroca, 2010a, p.136).

Hacia un modelo explicativo de la violencia filio-parental

En un intento de encontrar modelos explicativos de la violencia filial, Aroca (2010a) revisa trabajos realizados en esta dirección de tres modelos explicativos de la violencia filial, a saber: la Teoría Ecológica Anidada de Cottrell y Monk (2004), que basa su explicación en la interacción que se establece entre diferentes contextos; el Síndrome del Emperador, a partir del cual Garrido (2005)

destaca las características del temperamento o una posible psicopatía de estos hijos, que aporte otra explicación a este fenómeno; y la Teoría del Aprendizaje Social² destacando la función del modelado en el aprendizaje de la conducta violenta de hijos hacia sus madres y padres desde: la Teoría Intergeneracional de la Violencia, la Teoría de la predictibilidad y la teoría de la Coerción Recíproca. Llegando a las siguientes conclusiones generales (Aroca, 2010a, p. 189):

1. Algunos casos de violencia filio-parental son explicados por un rango de dinámicas relacionadas de forma interactiva, contribuyendo a la aparición de esta conducta violenta. Estas dinámicas pueden englobar factores biológicos, psicológicos y sociales; e incluso, es posible que existan factores de riesgo asociados con la violencia de estos adolescentes (Farrington y Welsh, 2007; Walsh y Ellis, 2007). De hecho, hemos comprobado que el obstáculo más significativo de los modelos explicativos de la violencia filio-parental radica en que, de la misma manera que limitan el conjunto de factores explicativos utilizados, su potencial interpretativo de este fenómeno es también limitado.
2. Patterson (1980, 1982, 1986, 2002) dentro de la teoría de la coerción recíproca, las explicaciones para la violencia filio-parental incluyen la exposición a la violencia de género, conflictos y problemas familiares diversos. Del mismo modo, este autor señala los estilos educativos ineficaces (excesiva permisividad y protección), y unas relaciones poco afectivas entre progenitores e hijos (particularmente con las madres); así como, ser testigo de conductas violentas, traumas por abuso y/o abandono, lo que determinamos como patrones intergeneracionales de la violencia.
3. Por su parte, Garrido (2006) señala que el maltrato a los progenitores proviene de hijos con rasgos de personalidad difíciles de inhibir mediante estilos educativos competentes, por lo que requieren de pautas de crianza específicas y más intensivas. Además de que, en algunos casos, podemos hallarnos ante un niño o adolescente con algunos rasgos presentes en la psicopatía, frente a la que las pautas educativas más adecuadas muy poco pueden hacer.

Por tanto, y en opinión de Aroca (2010a), se deberían aislar aquellas variables que sean capaces de explicar la mayor parte de la violencia de la que nos ocupamos, que sean capaces de explicar este tipo de violencia del mismo modo en que se explica la conducta antisocial juvenil, psicopática o no.

Asimismo, según Aroca, Bellver y Alba (2012), en la actualidad se tiende a desintegrar los modelos porque en muchas ocasiones una sola variable es capaz de explicar la mayor parte de la conducta delictiva (p.ej. impulsividad). Por esta razón, debemos profundizar en el impacto que los diferentes factores familiares, educacionales, sociales, biológicos y personales ejercen sobre la conducta de maltrato que ejerce el hijo sobre sus progenitores, en un intento de dar alguna respuesta a éste fenómeno, con el objetivo de encontrar esas variables.

² Los siguientes estudios proponen a la Teoría del Aprendizaje Social como marco explicativo de la violencia filio-parental: Brezina, 1999; Eckstein, 2004; Edenborough et al., 2008; Gallagher, 2004; Gelles y Strauss, 1988; Ibabe et al., 2007; Jackson y Mannix, 2004; McCloskey y Lichter, 2003; Omer, 2004; Peek et. al., 1985; Rechea y Cuervo, 2009; Robinson et al., 2004; Romero et al. 2007; Sempere et al., 2007; Stewart et al., 2007; Ulman y Straus, 2003.

El ciclo coercitivo de la violencia filio-parental: pautas de actuación.

La violencia filio-parental comporta un *modus operandi* específico entre agresor y víctima que adquiere la forma de ciclo coercitivo, al que Aroca (2010a) denomina: círculo de la violencia filio-parental, donde la madre y/o padre de estos menores, admiten que sus recursos habituales educativos y de actuar no son efectivos con su hijo, provocándoles desesperación, que se ve incrementada cuando los consejos de los especialistas tampoco son efectivos.

Así, según Aroca, Lorenzo y Miró (2013), cuando los progenitores utilizan reprimendas, amenazas o castigos, su hijo responde incrementando en intensidad y frecuencia sus conductas violentas. Entonces, éstos optan por el camino de la persuasión, la resignación o la comprensión pero, sorprendentemente, su hijo no sólo ignora estos gestos conciliadores, sino que reacciona con mayor desdén ante lo que él considera un triunfo por la sumisión mostrada por sus progenitores. Lo que les lleva al enfado e indignación, expresados con contundentes restricciones, castigos o imposiciones que generan igualmente un clima estresante en el hogar.

De este modo, según Aroca et al. (2013), la relación filio-parental se ve atrapada en un proceso de acción-reacción, donde la sumisión o actitud suave (como un intento de pacificación parental), provoca mayores y más frecuentes exigencias por parte del hijo, en contra de lo esperado. Por ello, según Aroca (2013), ante la conducta prepotente y violenta del hijo, se establece una nueva dirección actitudinal parental a causa de la frustración que sufren, obligándoles a adoptar una conducta de hostilidad y dureza y, en ese momento, el hijo necesita vengarse, tomar la revancha y establecer represalias para contrarrestar la dureza de sus progenitores, incrementando su violencia. Que de nuevo, hace que aparezca la actitud suave o de sumisión parental para que el clima familiar no sea tan estresante y violento (ver figura 1).

Utilizando palabras de Harbin y Madden (1979): “diríamos que las víctimas compensan o refuerzan el comportamiento del hijo desistiendo o cambiando de posición como respuesta del acto agresivo del hijo” (p.128), para lograr vivir y convivir en un hogar menos conflictivo y bajar la tensión” (citado en Aroca, 2010a, p.154).

No obstante, queremos matizar, como afirma Aroca (2010a), que no podemos obviar que las reacciones de estas madres y padres están condicionadas por el comportamiento abusivo y continuado del hijo, una reiteración que mella no sólo el sistema familiar, sino también la salud mental y calidad de vida tanto de las víctimas como de los otros miembros de la familia que conviven con la violencia filial. Porque, como afirma la autora, el maltrato del que son objeto les hace sentir impotentes, deprimidos, culpable, vencidos, solos o incompetentes, lo que sin duda interferirá en su capacidad para enfrentar el problema de modo competente.

A este respecto, Aroca (2012b) nos remite a los estudios efectuados por Bugental, Blue y Cuzcosa (1989) donde se demuestra que:

“cuanto más impotentes y confusos se sientan los progenitores, más elevado será el riesgo de que pierdan el control de la situación y sobre ellos mismos. Por consiguiente, según la autora, cuanto más violentos sean los arrebatos parentales, más violentos serán las conductas del hijo. El resultado es la claudicación de los progenitores para retornar la paz al hogar. De este modo, el círculo de la violencia filio-parental oscila entre ceder y devolver el golpe” (Aroca, 2010a, p. 157).

En definitiva, toda estrategia de intervención debe consistir en romper la dinámica, en ocasiones coercitiva, del ciclo de violencia de los hijos hacia los progenitores, sin olvidar que éstos

son víctimas y como tales deben ser tratados en la intervención con ellos. En la tabla (1) se presentan los cuatro resultados de investigaciones que analizaron las consecuencias en los progenitores víctimas de maltrato familiar revisados por Aroca (2010a).

Tabla 1. Consecuencias de la violencia filial en los progenitores víctimas

<p>Cottrell (2001):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Necesitan medicación para superar el estrés, la depresión y la ansiedad 2) Recurren a las drogas y/o alcohol para hacer frente a su fracaso 3) Bajas laborales, bajo rendimiento y concentración en el trabajo 4) Desatención de la pareja/hijos 	<p>Howard y Rottem (2008), y Webster (2008):</p> <p>Los progenitores se cuestionan su virtud como educadores (culpabilidad), son reticentes a recurrir a la policía o a denunciar los malos tratos y pueden llegar a experimentar problemas de salud mental y física graves.</p>
<p>Cottrell y Monk (2004):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad, estrés y miedo - Desesperación <p>Son víctimas reticentes a comunicar su situación porque tienen verdadero miedo que incremente o provoque incidentes más graves y</p> <ul style="list-style-type: none"> - frecuentes de violencia (física y/o psicológica) 	<p>McKeena (2006):</p> <p>estudió a 107 padres y madres víctimas hallando consecuencias graves en su salud y bienestar, siendo los más habituales: los sentimientos de frustración e impotencia, el insomnio, la depresión e, incluso, la ideación o intento de suicidio</p>

Fuente: Aroca (2012a, p. 11)

Al respecto, queremos señalar, según la revisión de investigaciones realizada por Aroca y Pérez (2013) que, a pesar de que existe alguna evidencia en contra, la casi totalidad de los estudios confirman que la madre es la víctima más propiciatoria dentro de la violencia filial, con una importante diferencia porcentual con respecto al padre (como se muestra en la tabla 2), tanto si el agresor es el hijo o la hija. Así las cosas, las autoras se señalan si quizá debamos plantearnos:

(a) si estamos frente a un fenómeno de violencia familiar con dos tipos de víctimas (madre o padre) que requieren análisis causísticos diferenciados o,

(b) si puede ser conveniente analizar si el ser madre es un factor de riesgo por ser la responsable, mayoritariamente, del cuidado y educación de los hijos o por ser mujer (violencia de género).

Tabla 2. Algunos datos sobre violencia filial contra la madre

Robinson, et al. (2004)	En el 82% que es la madre el progenitor más agredido, mientras que sólo en un 18% lo es el padre.
Ulman y Straus (2003),	Existe una diferencia porcentual del 42% más de violencia contra la madre que contra el padre, dato más relevante si contemplamos que estos autores no analizaron los resultados en las familias monoparentales.
Evans y Warren-Sohlberg (1988)	En el 49% de los casos los hijos e hijas abusaban de la madre, mientras que con el padre sólo lo hacía el 16%.
Ibabe et al. (2007)	En el 95% de los casos la madre es la agredida; y, a veces, la violencia se generalizaba al padre y a otros miembros de la familia.
Romero, et al. (2007)	En el 42,20% de las veces la madre aparecía como única víctima, mientras que el padre no aparecía en ningún caso analizado como el único progenitor maltratado. Y, por otra parte, la madre, acompañada de otro miembro familiar (hermanos, abuelos), aparecía en el 35,30% de las ocasiones. Por tanto, en el 77,50% de los casos estudiados de violencia filio-parental, la madre aparece como víctima.
Asociación Altea-España (2008)	En el 30% de las agresiones físicas la principal víctima era la madre frente a un 5% que era el padre. Además, en todos los tipos de violencia que analiza este estudio es la madre la que recibe el mayor número de agresiones que, según los autores, era más del triple que las sufridas por el padre.
Peek, et al. (1985), Walsh y Krienert (2007)	Entre los hijos de 18 y 21 años, el objeto de la agresión es el padre, no la madre o no sólo ella.

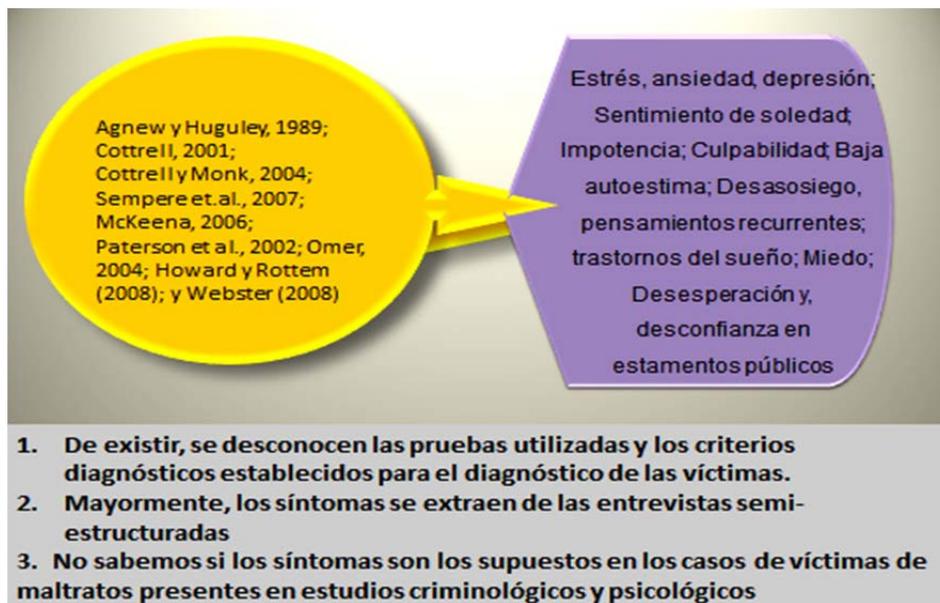
Fuente: a partir de los datos encontrados en Aroca (2010a)

Asimismo, en la figura (2), aparecen diversas investigaciones donde se concluyen los síntomas consecuentes del maltrato filial en los progenitores-víctimas que, según Aroca (2013) las consecuencias son devastadoras pudiendo llegar a experimentar problemas de salud mental

considerables, trastornos de ansiedad y un cuadro de TEPT. Aunque, además de los daños psicológicos, en las víctimas existen consecuencias por violencia física y económica (ver figura 2).

Por su parte, “McKeena (2006), tras estudiar a 107 padres y madres que habían sido víctimas de sus hijos adolescentes, halló un alto número de efectos negativos en su salud y su calidad de vida como consecuencia de la violencia recibida, siendo los más habituales el insomnio, la depresión, los sentimientos de culpabilidad, frustración e impotencia y, también, la ideación o intento de suicidio” (Aroca, 2010a, p. 221).

Figura 2. Consecuencias psicológicas en los progenitores maltratados



Fuente: Aroca (2012a, p. 13)

Por tanto, con las víctimas hemos de trabajar: la autoestima, la no culpabilidad, el manejo de refuerzos positivos y castigos, establecimiento de la jerarquía parental y estrategias de disciplina, castigo y refuerzo como figuras de autoridad en los progenitores. Del mismo modo, según Aroca (2010b), el primer paso, en el tratamiento de los sujetos implicados en la violencia filio-parental, es: utilizar técnicas cognitivas y conductuales, que modifiquen los patrones de reforzamiento de conductas violentas de estos hijos/as. Al igual que con los progenitores, ya que son quienes proporcionan las contingencias a su conducta y, por tanto la mantienen. Asimismo, según la autora, es necesario intervenir a nivel cognitivo, para modificar creencias erróneas y sistemáticas, sobre todo combatiendo pensamientos irracionales.

Y, el segundo paso, de la intervención, que propone Aroca (2010a), (tras conseguida la modificación cognitiva en el menor), sería: aplicar técnicas de carácter cognitivo-conductual para controlar su ira. La necesidad del control de la ira se basa en: la impulsividad, el deficiente autocontrol y el escaso control emocional que presentan la mayoría de los hijos maltratadores, analizados en las investigaciones revisadas. Según la autora, esta técnica enseña lo que no se puede hacer; es el componente emocional, cuyos objetivos son.

- (a) enseñar al joven a detenerse y pensar antes de actuar,
- (b) a tener en cuenta las consecuencias de su comportamiento, y
- (c) a hacerse servir de técnicas cognitivas (de pensamiento) para lograr el control sobre su propia conducta y emociones.

Del mismo modo, Aroca (2012b), indica la necesidad de trabajar con el menor el: (a) manejo emocional, (b) razonamiento crítico, (c) la toma de perspectiva social, (d) el pensamiento creativo, (e) las habilidades sociales y de comunicación, (f) la meta-cognición, (g) las habilidades cognitivas de resolución de problemas y, (h) el desarrollo moral y/o de valores y actitudes prosociales.

Asimismo, según Aroca (2010a), es imprescindible trabajar con estos menores:

- El autocontrol pero, sin olvidar el control de la ira, con los siguientes objetivos:
 - (a) enseñar al joven a detenerse y pensar antes de actuar,
 - (b) a tener en cuenta las consecuencias de su comportamiento, y
 - (c) a hacerse servir de técnicas cognitivas (de pensamiento) para lograr el control sobre su propia conducta y emociones.

La aplicación y desarrollo de estos conceptos se encuentran contemplados en las distintas sesiones del programa **PPS-VC-J**, y en el programa **Psicoeducativo de Entrenamiento para Progenitores**, aplicados a los menores en la presente investigación.

Todo lo anterior, según la autora, sin olvidar la necesidad de:

(a) Una intervención intensa, (b) diversa (multimodal), (c) seguir con la intervención una vez que haya salido del Centro de Reforma y viva con sus progenitores; (d) intervenir con programas estructurados (paso a paso), (e) dar formación a los profesionales sobre las características de este tipo de violencia intrafamiliar, del maltratador y de la víctima y, (f) que los profesionales sean entrenados en las técnicas con las que van a intervenir.

Por último, y siguiendo con la intervención dirigida a los hijos e hijas que ejercen malos tratos a sus progenitores, Aroca (2010a) propone hacerlo desde el *modelo de intervención cognitivo-conductual de naturaleza Educativa. El Programa de Pensamiento Prosocial. Versión corta para jóvenes (Alba, Garrido y López, 2005)* ha demostrado su efectividad y eficacia, en diversos meta-análisis realizados en varios países.

En otro orden de cosas, ante la violencia que ejercían los hijos e hijas contra la madre y/o el padre y:

«al no obtener soluciones a sus problemas de maltrato filial, generó en los progenitores sentimiento de impotencia, de desamparo por de falta de recursos especializados con niños y adolescentes con problemas (públicos o privados), y desatención porque los profesionales no eran conocedores de la dinámica que aparecía en la violencia filio-parental, lo que les imposibilitaba conocer la realidad que vivían » (Aroca, 2010a, p. 314).

La afirmación anterior de Aroca, tienen mayor certeza cuando ésta autora: (a) señala la petición de los profesionales que están en Centros de Reforma e investigadores (Romero, et al., 2007; Sempere et al., 2007; Ibabe et al., 2007) de necesitar formación y programas de tratamiento y, (b) además presenta los resultados que aparecen en el estudio llevado a cabo por Ibabe (2007) sobre el conocimiento que tenían los profesionales acerca de programas específicos de prevención (primaria, secundario y/o terciaria) de la violencia filio-parental, y que no son nada alentadores, como se muestran en la tabla (3):

Asimismo, y, tras la revisión de programas de intervención en casos de violencia filio-parental, para diversos contextos de tratamiento realizada por Aroca (2010b), presentamos algunas de sus conclusiones:

Tabla 3. Revisión de programas de intervención

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Contexto de Servicios Sociales <ul style="list-style-type: none"> • Schnabel (2008). • García de Galdeano y González (2007). • Ollefs y Arist von Schilippe (2006). • Paterson et al. (2002). ➤ Contextos diversos <ul style="list-style-type: none"> • Price y Margerum (2003). • Contexto de Salud <ul style="list-style-type: none"> • Turecki y Tonner (2003). • Cottrell (2001). ➤ Clínica: Terapia Familiar <ul style="list-style-type: none"> • Weinblatt y Abraham-Krehwinkel (2004). • Gallagher (2004). • Nardone et al., (2003). ➤ Clínica: Terapia Familiar <ul style="list-style-type: none"> • Cascallana et al. (EVNTF) (2006). ➤ Contexto de Justicia del Menor <ul style="list-style-type: none"> • González Cienza (2008). • Sánchez et al. (2008). 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Sin resultados de evaluación que demuestren su eficacia. ❑ No longitudinales. ❑ Continúa el maltrato psicológico y emocional ❑ No voluntariedad del hijo, es tratado si cumple alguna medida judicial. ❑ Duración de la intervención insuficiente, de hecho, diversos programas que se reducen a 2 ó 4 sesiones ❑ No intensivos. ❑ El progenitor que acude a la totalidad de las sesiones es la madre. Incluso, hay programas que únicamente están dirigidos a ellas porque son las víctimas de sus hijos e hijas.
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Aroca (2010b, 10-11)

Por último, queremos hacer hincapié en que la mediación debe ser desestimada en toda relación de maltrato (porque existe un desequilibrio real de poder), como es el maltrato a ascendientes. Por consiguiente, no debe ser utilizada hasta que las víctimas no recuperen su estatus jerárquico y de autoridad, y el hijo asuma su responsabilidad en la solución del problema (Aroca, 2010 a,b; Aroca 2012, a,b; Aroca et al., 2013).

II PATOLOGÍA DUAL: UNA APROXIMACIÓN

Normalmente, el término patología dual se refiere a la coexistencia de un trastorno psiquiátrico (TD) y abuso habitual de sustancias tóxicas (Comorbilidad entre trastornos psíquicos y abuso de sustancias). La relación entre ambas entidades puede ser valorada desde diversas perspectivas: se puede plantear como dos tipos de trastornos independientes que pueden coincidir en el tiempo teniendo un curso propio, o como dos tipos de trastornos independientes que interaccionan entre si modificando la patoplastia, curso o evolución de cada uno de ellos, dando lugar a otro trastorno con dinámica propia. También se puede presentar a estas patologías como claramente dependientes una de la otra tanto a nivel etiológico como de curso y pronóstico.

La existencia de un trastorno mental, complica la evaluación del trastorno por uso de sustancias (Comptan, 2003). La comorbilidad en el Eje I (DSM-IV-TR) alcanza el 42,2% (Estudio COP-SIAD 2010. Pino, C, 2011)

La presencia de un trastorno mental unido al consumo habitual de sustancias tóxicas presenta un cuadro clínico diferencial que requiere una intervención integral, donde la evolución puede derivar a cuadros psicopatológicos diversos, a un peor cumplimiento terapéutico de las pautas marcadas, a mayores dificultades de inserción sociolaboral, y a una mayor prevalencia de conductas impulsivas y agresivas.

Del análisis de consumo de tóxicos de la muestra seleccionada, el cannabis y derivados presenta un consumo del 90,9% , de estos, en el 90% el consumo es diario con un gasto medio diario de 24,00 euros. El alcohol es consumido por el 100% de los menores. Se produce de manera esporádica en fin de semana y en grupo. El tabaco se consume por el 90,9%, con una cantidad significativa de 18 cigarrillos diarios. El consumo de cocaína lo presentan el 27,2%, siendo consumidores de fin de semana y con cantidades variables. La edad media de inicio en el consumo es: tabaco, 12 años; alcohol, 13 años; cannabis, 13 años; cocaína, 16 años.

Si comparamos los datos anteriores con los últimos datos de la Encuesta sobre drogas a Población Escolar del Plan Nacional sobre Drogas en consumidores adolescentes de 14 a 18 años, podemos valorar la diferencias: El 58% son consumidores de alcohol, el 27% consumidores de tabaco, el 20% consumidores de cannabis y el 1,4% consumidores de cocaína. El consumo medio de tabaco es 14 cigarrillos diarios. La edad media de inicio en el consumo de las drogas legales es de 13 años y de las ilegales de 15 años. Como observamos, el consumo es bastante mayor y la edad de inicio menor en cannabis y tabaco, entre los menores de la unidad terapéutica. El porcentaje de consumo de cocaína, pese a ser esporádico, es elevado. El policonsumo se da en un 72,8%. Del mismo modo, el consumo de cannabis es actualmente objeto de múltiples investigaciones. Su uso está ampliamente extendido en la población joven, en parte debido a la banalización de su consumo y de sus efectos psíquicos.

Hay consenso entre la comunidad científica de que el consumo de cannabis provoca deterioro de la memoria inmediata y de la capacidad de juicio, dificultades para llevar a cabo operaciones mentales complejas y alteraciones sensorio-perceptivas. La Doctora Nora Volkow, directora del NIDA (National Institute on Drug Abuse) EE.UU, ha investigado los efectos que provoca el cannabis y sus derivados en la población adolescente: "Usar cannabis y sus derivados, afecta las partes del cerebro que controlan la memoria, atención y el aprendizaje. Altera la función normal del cerebro, afecta al desempeño escolar, formativo y deportivo de los adolescentes. El cannabis altera la sincronización neuronal" (2010).

El cannabis es un factor de riesgo para desarrollar psicopatologías en población vulnerable (Instituto para el Estudio de las Adicciones, 2011). Hay más prevalencia de conductas impulsivas y agresivas en personas que padecen algún trastorno psíquico, mezclado con alcohol y otros tóxicos, se convierte en un coctel explosivo.

El cannabis provoca síndrome amotivacional, peor rendimiento cognitivo, peor adherencia a los tratamientos establecidos, mayores desestabilizaciones psíquicas y el riesgo de suicidio se incrementa (XII Jornadas Nacionales de Patología Dual, 2010)

Un análisis de cohortes basado en el estudio ECA (Bovasso, 2001), evaluó el riesgo de desarrollar síntomas depresivos en 2686 personas. Se observó que el abuso de cannabis se

asociaba con un riesgo cuatro veces superior de presentar síntomas depresivos. También los consumidores de cannabis, presentaban mayor riesgo de haber experimentado ideación suicida y anhedonia durante el seguimiento.

Las agresiones bajo el efecto de alguna droga representan el 41,5%. El consumo de cannabis y sus derivados representa el 62,5% de conductas disruptivas en adolescentes (Universidad Castilla La Mancha, Dras: Cristina Rechea, Ana Luz Cuervo, 2008).

La ingesta de alcohol y otro tipo de drogas, se ha considerado como una de las causas de peso en el maltrato intrafamiliar (Garrido, 2007).

Tres son los modelos terapéuticos que han tratado de dar respuesta a esta problemática de ámbito clínico y social denominada patología dual:

1. **MODELO DE TRATAMIENTO SECUENCIAL.** El paciente es tratado primero en un sistema o red de tratamiento (salud mental o drogodependencias) y posteriormente por el otro.
2. **MODELO DE TRATAMIENTO PARALELO.** Se incluye al paciente a la vez en programas o recursos de tratamiento de salud mental y de drogodependencias. El grado de coordinación es variable.
3. **MODELO DE TRATAMIENTO INTEGRADO.** Un único tratamiento para la doble patología, aunque actualmente se considera a la patología dual como una entidad clínica independiente, es una patoplastia específica que requiere un abordaje específico. Un único equipo terapéutico. **Este es nuestro modelo de intervención**

Las normas actuales de excelencia terapéutica preconizan un tratamiento integrado, según el cual las dos patologías deben ser tratadas conjuntamente, dentro de un programa unificado, por un equipo multidisciplinario debidamente capacitado para efectuar ambas intervenciones (Minkoff, 2001; Drake et al; 2004; Giner,2011).

En la Comunidad Autónoma Andaluza, existe un modelo de tratamiento paralelo: por un lado intervienen los profesionales de salud mental, y por otro los profesionales en tratamiento de drogas.

Salud mental depende del SAS (Servicio Andaluza de Salud) y la atención sobre drogas y adicciones depende de la Consejería para la igualdad y Bienestar Social. En ambos casos se crean los coordinadores adecuados para el buen funcionamiento del sistema. Si bien esta forma de actuar tiene sus ventajas, como evitar la duplicidad de intervenciones, se produce una asistencia no integral, y se dan casos, con relativa frecuencia, donde los usuarios van de un lado a otro (de drogas a salud mental, de salud mental a drogas), sin que sus problemas se solucionen, con la consiguiente desmotivación de los profesionales y usuarios.

En la Unidad Terapéutica del CIMI La Marchenilla, existe un único equipo de intervención compuesto por distintos profesionales: un psiquiatra, dos psicólogos y una trabajadora social. Ellos son los encargados de desarrollar los contenidos metodológicos de los programas. La comunicación es fluida y constante. Los educadores y tutores poseen las competencias necesarias y adecuadas para completar la intervención.

¿Son eficaces los programas de tratamiento en drogadicción en la reducción de la delincuencia?. En un metaanálisis realizado por R. Holloway, Trevor H. Bennett and Farrington de

las Universidades de Glamorgan y Cambridge (2006), respectivamente, concluyen que los grupos tratados, en promedio, reinciden menos que los grupos de comparación, aunque siempre matizando en función del tipo de programa, tipo de método de evaluación usado y de las características de los sujetos.

La prevención de recaídas.

Si bien hay bastante incertidumbre en la eficacia de los tratamientos, si parece existir acuerdo sobre los principios que deben regir el tratamiento de la comorbilidad: compromiso, desarrollo de una alianza terapéutica, técnicas motivacionales para mejorar la motivación de cambio: modelo transteórico (Prochaska y Di Clemente). El programa de Prevención de Recaídas, desarrollado por Marlatt y Gordon (1985), es un conjunto de conocimientos y técnicas de modificación de conducta dirigidas a fomentar el aprendizaje de las habilidades de afrontamiento necesarias para el tratamiento de las drogodependencias, identificar situaciones de riesgo de recaída y el manejo de las futuras y posibles recaídas; así como fomentar e impulsar cambios en su estilo de vida y hacerlo incompatible con el consumo de drogas.

El programa de Prevención de Recaídas, es el más citado dentro del estudio de las conductas adictivas y sin duda el más influyente en el ámbito de la terapia cognitivo conductual de las adicciones.

Marlatt y Gordon definen las conductas adictivas como un patrón conductual complejo y progresivo, que posee determinantes tanto biológicos como psicológicos y sociales. Entiende y asume que la recaída tiende a ser la norma, más que la excepción, es un proceso, en contra del modelo médico tradicional, que entiende la recaída como un evento pasivo.

Un aspecto esencial de este programa, es la evaluación individualizada de los procesos implicados en las recaídas: las situaciones de alto riesgo, las habilidades para reconocer tales situaciones y las estrategias de afrontamiento de los sujetos en esas situaciones

La Terapia de Prevención de Recaídas comprende un amplio rango de estrategias destinadas a disminuir el riesgo de reiniciar la conducta adictiva, así como la disminución de su intensidad en el caso de que se retome el hábito. La Prevención de Recaídas combina en un solo programa tanto el entrenamiento en habilidades de conductuales: competencias sociales, como la implementación de cambios en el estilo de vida del paciente.

Los objetivos generales son:

- a. Proporcionar un modelo a los menores para comprender y analizar su problema de abuso de drogas.
- b. Aprender a identificar aquellas situaciones, pensamientos y estados emocionales que pueden acercarlos al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente utilizando determinadas técnicas cognitivo-conductuales
- c. Aprender a identificar las claves y señales que anuncian la posibilidad de una recaída.
- d. Aprender a enfrentarse a una recaída antes y después de que se produzca un consumo.

LA PERSPECTIVA DE LA COMPETENCIA SOCIAL

La competencia social es el concepto que actualmente engloba las perspectivas educativas más modernas relativas al ámbito de la integración social, y por consiguiente, en lo relativo a la prevención del fracaso escolar y conductas antisociales. Con el término "competencia" nos referimos, generalmente, a un patrón de adaptación efectiva al ambiente. En un sentido amplio, tal adaptación se define como el éxito razonable en alcanzar las metas del desarrollo propias a la edad y a su género en una cultura determinada. En un sentido más restringido se refiere al éxito en un dominio del desarrollo determinado, tal como el rendimiento escolar, la buena relación interpersonal entre los compañeros, etc.

La competencia es el resultado de una serie de complejas interacciones entre un individuo y su entorno familiar, escolar y social (Alba y Garrido, 2005; Catalano y Hawkins, 1996; Hawkins, Von Cleve y Catalano, 1991; McCord y Tremblay, 1992), que pueden actuar como factores de riesgo o de protección del sujeto, pudiendo favorecer o disminuir su desarrollo óptimo o ajuste social. Por ejemplo, se puede mejorar el funcionamiento de un niño de manera integral hasta el límite superior, a través del apoyo y orientación proporcionados por un adulto. Contrariamente, un niño capaz puede que fracase si su medio no le permite las suficientes oportunidades para la acción. Es el caso, por ejemplo, de aquellos progenitores que no se preocupan por desarrollar las capacidades de sus hijos, o bien los someten a una privación emocional –o incluso física- que produce retrasos en su proceso madurativo (López, Garrido y Alba 2000).

De lo anterior se desprende que el desarrollo de la competencia social requiere de múltiples niveles de intervención, como : a) los esfuerzos dirigidos a cambiar las capacidades del niño; b) las oportunidades de los contextos o lugares en los que el niño se desarrolla, en especial el ambiente de la familia y de la escuela; c) el logro de un mejor ajuste integral del niño a su contexto prosocial.

Lo cierto es que la competencia social ayuda al sujeto a desarrollarse en aquellas áreas que aseguran un adecuado ajuste personal y social, de tal manera que la adaptación surgirá como resultado de poseer y poner en práctica un conjunto de características consideradas social y culturalmente como positivas: ser tolerante, autónomo, seguro emocionalmente, solidario, respetar las normas y valores sociales, entre otras. En definitiva, conductas prosociales de cooperación.

Lo contrario a lo anteriormente expuesto, es decir, carecer de estas dimensiones básicas, sitúa al individuo en una posición de clara desventaja académica, vocacional y social, lo que a su vez incrementa el riesgo de futuros desajustes personales y sociales. De hecho, al revisar la literatura sobre los factores de riesgo del comportamiento violento y el fracaso escolar, encontramos que muchos de ellos están relacionados con un retraso en el desarrollo socio-cognitivo (Reiss y Roth, 1993; Rodríguez y Paíno, 1994; López, Garrido y Alba, 2005).

Sin embargo, más que asumir que el retraso cognitivo sea la causa directa del fracaso y de la conducta antisocial, planteamos *que la capacidad cognitiva sirve de protector contra los mismos*, tal y como han demostrado los estudios sobre factores protectores

Según Garrido y López, 1995, hay niños que consiguen evitar la delincuencia y otros comportamientos desajustados a pesar de los condicionantes adversos que les rodean, y parte de esta "resistencia" parece estar relacionada con poseer un conjunto de habilidades de cognición

social (planificación, generación de soluciones alternativas a los problemas, y pensamiento de medios - fines). Las habilidades cognitivas, por tanto, pueden ayudar a los individuos a enfrentarse a presiones ambientales o personales hacia la desadaptación social, y a relacionarse con su ambiente de forma más adaptada. Nosotros no concebimos la rehabilitación de los menores infractores con trastornos mentales si no son capaces de adquirir estas habilidades de competencia social, por lo que proponemos que participen activamente en el programa del pensamiento prosocial, uno de los programas que hemos utilizado con los menores en esta investigación.

PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA PROGENITORES

Los programas psicoeducativos con los progenitores o tutores de los menores, son un apartado fundamental dentro del proceso de intervención, por los siguientes motivos:

1. El delito, por el que se encuentran internados, se ha producido en el ámbito familiar.
2. Una vez que el menor finalice la medida de internamiento se incorporará al núcleo familiar.
3. Los familiares directos, han de conocer pautas educativas que les permitan afrontar con eficacia la intervención con los menores, reduciendo o eliminando situaciones potenciales de riesgo.

Ha quedado reflejado al inicio de la exposición, en el apartado de la violencia filio-parental, la importancia que tiene la incorporación de los progenitores o tutores a los programas desarrollados con menores, siendo agentes activos de intervención y parte vital en su desarrollo. Las dificultades conductuales que presentan los menores interfieren significativamente en el funcionamiento familiar.

Dentro de un entramado de diversos factores de riesgo, el contexto familiar es considerado un marco clave en la génesis y progresión de los problemas de conducta, y, en la instauración de la trayectoria antisocial. Por lo tanto, también es clave como agentes de cambio en la creación de competencias sociales (Edwards, R.T.; Ceilleachair, A.; Bywater, T.; Hughes, D.A.; Hutchings, J. (2007).

Conocer y abordar el proceso que experimentan los progenitores para caracterizar este fenómeno, unido a los sentimientos de miedo, humillación, dolor, shock, consecuencias físicas y psicológicas, hacen aconsejable y necesaria una intervención con las figuras parentales o tutores de los menores. También se hace necesaria la intervención para evitar, disminuir o mejorar no sólo el funcionamiento familiar, sino que las conductas disruptivas del menor no se encuentren presentes en la edad adulta (Seagrave y Grisso, 2002; Hare, 2003).

Las intervenciones familiares pretenden mejorar la implicación familiar en el tratamiento, educando a ésta sobre la naturaleza del problema implicándola en el cumplimiento del tratamiento, en el desarrollo de actividades alternativas, en reforzar los logros del paciente evitando la hipervigilancia y las actitudes culpabilizadoras; asimismo permite la valoración, diagnóstico y modificación de las disfunciones familiares que pueden influir en el mantenimiento del consumo.

Qué duda cabe que muchas de estas estrategias terapéuticas pueden realizarse en grupos psicoeducativos, donde la confrontación con el consumo de sustancias no sea lo básico, sino el apoyo y la educación sobre el consumo, los síntomas psíquicos y la medicación, fomentando el cumplimiento terapéutico. No podemos dejar de lado los aspectos sociales; satisfacer las necesidades sociales del paciente puede ser decisivo para comprometer al paciente en el tratamiento, puesto que si el tratamiento psicofarmacológico, psicoterapéutico y psicoeducativo, no va acompañado de medidas de reinserción sociolaboral, a medio plazo, este esfuerzo desarrollado no tendría las consecuencias deseadas.

Si completamos las características familiares de la población objeto de estudio con las enumeradas al inicio de la exposición, encontramos que el 45,4% de los progenitores de los menores se encuentran separados, se recogen datos de malos tratos en el ámbito familiar por parte del padre en un 18,1%, el 18,1% de los menores son adoptados y, como quedó reflejado el 27,5 % son familias monoparentales, frente a la media de España en el 2006 que representaba el 7,08%.

¿Son eficaces los programas de intervención familiar, no sólo en la prevención de la delincuencia, sino para reducirla en niños y adolescentes?

Brandon y Farrington (2006), de la Universidad de Massachussets y de la Universidad de Cambridge, concluyen, después de evaluar 22 intervenciones realizadas, que en 19 evaluaciones mejoraba considerablemente y de manera significativa en 12; lo que les lleva a concluir que los programas basados en la familia son efectivos para reducir la delincuencia posterior de los hijos.

Son consideradas intervenciones eficaces en la promoción de cambios positivos tanto en la conducta del menor como de los progenitores, en la mejora de la comunicación entre progenitores e hijos, en el incremento de habilidades parentales, en la reducción de los problemas de conducta y en la disminución del estrés parental (Lundhal, Risser y Lovejoy, 2006; Mc Grath, 2006).

¿Qué aproximación teórica es más eficaz en el tratamiento de los problemas de conducta?

La literatura evidencia que los programas conductuales gozan de más respeto y rigor científico al haber sido examinados en poblaciones clínicas (Lundhal et al, 2006). Este mismo autor, sugiere que los efectos se verían mejorados si se incorporan contenidos enfocados a las habilidades de comunicación, empatía y solución de los conflictos interpersonales.

Ya en los primeros estudios comparativos se observaba que las familias sometidas a una intervención conductual mostraban una tasa menor de delincuencia una vez terminado el tratamiento y un mantenimiento mayor de los cambios a largo plazo que el resto de las intervenciones (Alexander y Parsons, 1973).

¿Son más eficaces los programas con un formato grupal o individual?

El formato grupal posibilita a los progenitores la oportunidad de debatir y compartir experiencias con otras personas en su misma situación bajo la supervisión de profesionales, y el formato individual ha demostrado incrementar la adherencia al tratamiento en familias con riesgo de abandonar la intervención (Haggerty, Mackenzie et al; 2006). Una combinación de ambos, facilita los procesos de aprendizaje e interacción social y reduce significativamente el riesgo de abandonos.

¿Se mantienen los resultados obtenidos a través de los programas de entrenamiento?

Los estudios de seguimiento corroboran el mantenimiento de los cambios obtenidos en los programas de entrenamiento conductual (Barlow y Stewart-Brown, 2000; Lundahl et al, 2006).

Los objetivos del programa psicoeducativo con los familiares directos de los menores se encuentran perfectamente recogidos por los técnicos de la Unidad Terapéutica del CIMI La Marchenilla (psiquiatra, psicóloga y trabajadora social), los cuales llevan a cabo un programa de intervención específico en Maltrato Filio-parental, donde contemplan el trabajo con los familiares directamente relacionados con el menor. El modelo de intervención se establece según los fundamentos de la Terapia de Conducta. Se contemplan sesiones individuales y grupales de entrenamiento para progenitores. Las sesiones individuales contemplan los siguientes apartados:

1. Contacto inicial de la Trabajadora Social con los tutores legales. Primer abordaje de la situación familiar y recogida de información relevante.
2. Acogida de familiares. Conocimiento e información a los familiares respecto a metodología e intervención con los menores. Intervienen: Psicólogo/a y Trabajadora Social.
3. Diagnóstico de la situación familiar. Evaluación situación familiar, prácticas educativas desarrolladas por los progenitores o familiares directos y procesos de modelado en actitudes y conductas desviadas. Intervienen: Psicólogo/a y Trabajadora Social.
4. Abordaje psiquiátrico con los familiares. Psicoeducación sobre el trastorno que presenta el menor, tratamiento y evolución. Dinámicas relacionales. En esta sesión, se les propone el abordaje grupal psicoeducativa. Intervienen: Psicólogo/a, Trabajadora Social y Psiquiatra.
5. Preparando el regreso. Observar dinámicas relacionales y lazos afectivos. Consensuar límites y normas. Explicitar pensamientos y emociones. Dificultades comunicación. Análisis de situaciones concretas y entrenamiento en solución de problemas. Valoración de los avances terapéuticos. Intervienen: Psicólogo/a y Trabajadora Social.
6. Salida familiar con el Equipo Técnico. Evaluar las dinámicas de relación en ambiente normalizado. Evaluar los contenidos abordados y la extrapolación en situaciones desinstitucionalizadas.
7. Permisos ordinarios y de fin de semana: Evaluar las dinámicas de relación filio-parental durante la estancia del menor en permisos. Mediante las oportunas analíticas de consumo de tóxicos comprobar la abstinencia durante los permisos.
8. Coordinación con los dispositivos-sanitarios externos.

Dentro de las intervenciones que se realizan, se encuentra el entrenamiento para progenitores (psicoeducativo). Los principales objetivos que persigue este programa son: a) que los progenitores asuman, que ellos son los principales responsables de la educación de sus hijos y que sólo se puede educar... **EDUCANDO**; b) que reconozcan que son susceptibles de recibir una formación; c) que conozcan y detecten los problemas de comportamiento más frecuentes en sus hijos; d) prevenir el desarrollo de trastornos de conducta, y e) que aprendan una serie de estrategias que les permita solucionar los problemas presentes o los que puedan surgir en el futuro.

Veamos a continuación los objetivos y resultados de nuestro estudio.

III OBJETIVOS, HIPÓTESIS , MÉTODO Y RESULTADOS

Los objetivos planteados para esta investigación han sido los siguientes:

Objetivo 1. Aplicar el Programa del Pensamiento Prosocial Versión Corta para Jóvenes ya adaptado y publicado durante el año 2005 (PPS-VCJ) en aquellos menores y jóvenes que están cumpliendo la medida de internamiento terapéutico en el centro de la Marchenilla (Algeciras) y que presentan trastorno disocial, abuso de consumo de sustancias tóxicas y violencia filio-parental.

Objetivo 2. Verificar el efecto diferencial que supone intervenir en un grupo antes y después del tratamiento en lo que respecta a la adquisición de diferentes habilidades socio-cognitivas de competencia social, la mejora en las relaciones intrafamiliares y en el consumo de sustancias tóxicas.

Objetivo 3. Aplicar un programa de tratamiento integral en aquellos jóvenes que presentan patología dual por el consumo de sustancias y violencia filio-parental, según las directrices clínicas más eficaces, así como comprobar su mejoría tras la intervención: PPS, tratamiento familiar y tratamiento de deshabituación de consumo de tóxicos.

Objetivo 4. Realizar un estudio longitudinal con los jóvenes que participan en el programa, tanto durante su permanencia en el centro como una vez finalizada o sustituida la medida. La finalidad es comprobar la efectividad de la aplicación de los programas en la reducción de la reincidencia fuera del centro y valorar una mejora en el ajuste institucional y sociofamiliar en aquellos que no hayan salido del centro.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Nuestra hipótesis principal es que los sujetos que han completado el tratamiento integral: programa del pensamiento prosocial (PPS), Alba, J.L., Garrido, V., López-Latorre. M.J., Burgués, M., Alcázar, M., López, J., Baró, B. y Chordi, F. (2005), más el programa de intervención familiar (PIF) de elaboración propia, más el programa de reducción de sustancias, de Marlatt y Gordon (1985) en las patologías presentadas: consumo de tóxicos y trastorno disocial y que se encuentren internados como consecuencia de la violencia ejercida en el ámbito familiar, obtendrán mejores resultados en los indicadores externos usados para medir las diferentes variables que definen una buena competencia social: mejora de las relaciones sociales, mayor autocontrol, etcétera, y por consiguiente, un mayor ajuste institucional, reducción o eliminación del consumo de tóxicos y reducción o eliminación de la violencia filio-parental.

MÉTODO

Procedimiento

Para la consecución de los diferentes objetivos que conforman el presente trabajo de investigación se acometieron las siguientes actuaciones:

1. En primer lugar, y como paso previo a la aplicación del programa PPS, se realizó un curso de formación, destinado a aquellos técnicos educativos encargados de aplicar el programa por el profesor José Luis Alba, de la Universidad de Valencia, autor del programa que aquí planteamos junto con el profesor Garrido. De este modo, los investigadores nos aseguramos la capacidad del equipo técnico para aplicar de manera adecuada el programa que nos ocupa. Los técnicos educativos de la Unidad Terapéutica de la Marchenilla: psicólogo, jurista y trabajadora social, elaboraron un programa y adaptaron el de Marlatt y Gordon, que formaban parte del tratamiento integral, para poder atender de modo holístico todas las áreas de intervención necesarias: tratamiento familiar y tratamiento del consumo de tóxicos (prevención de recaídas).
2. En segundo lugar, se procedió a la selección del grupo experimental, con los siguientes criterios de inclusión:
 - Delito de violencia filio-parental.
 - Diagnóstico: Trastorno Disocial y Abuso de Sustancias.
 - Ausencia de trastorno mental, retraso mental o cualquier otra característica que impidiera el seguimiento normal del programa.
3. En tercer lugar, se procedió a realizar entrevistas individuales con cada uno de los menores y con sus familiares. Las entrevistas fueron realizadas durante el transcurso del año 2011 por los psicólogos, trabajadora social y el psiquiatra del centro, tal y como describimos a continuación:
 - *Entrevista individual inicial:* ésta consistió en la explicación y presentación del contenido de los programas a cada uno de los menores, con el objetivo de conseguir una mayor adhesión. Pero también se aprovechó para aplicar de manera individual los diferentes instrumentos de evaluación destinados a medir los resultados. Se ha elegido esta forma personalizada de pase de pruebas para asegurarnos una mejor cumplimentación por parte de los jóvenes, siempre reticentes a rellenar cualquier tipo de prueba escrita.
 - *Reunión familiar:* se realizó una primera toma de contacto con las familias de los jóvenes ya seleccionados, con la finalidad de establecer un buen clima entre todos los miembros del grupo y a la vez informar a los progenitores de la dinámica de los programas. Pensamos que cuestiones como el conocimiento de los progenitores sobre los objetivos de los programas, así como su consentimiento, resultan esenciales para el buen funcionamiento del programa. La reunión familiar ha sido realizada por los técnicos que han desarrollado los programas con los adolescentes. Para poder contrastar la información del menor y de los padres en cuanto a valoración externa sobre la modificación de su conducta, se recogió también información de otras figuras externas que conocían al menor o estaban interviniendo con él en el contexto del centro.

4. En cuarto lugar, se procedió a la implementación de los siguientes programas:

- **Programa de Pensamiento Prosocial VC-J:** Cada una de las sesiones ha tenido una duración aproximada entre 45 y 60 minutos: nunca se excedió de esta duración. El programa se aplicó dentro de la mayor brevedad posible, con el objeto de poder desarrollarlo en su integridad y evaluar los resultados. Se realizó una sesión semanal. El desarrollo del programa del pensamiento prosocial consistió en 13 sesiones con el siguiente contenido:
 0. Sesión introductoria.
 1. Habilidades de pensamiento, sentimientos y conductas.
 2. Control de pensamientos, emociones y conductas (I).
 3. Control de pensamientos, emociones y conductas (II).
 4. Búsqueda de información.
 5. Reconocer pensamientos y emociones.
 6. Búsqueda de alternativas.
 7. Detección de los errores de pensamiento (propios y de los demás).
 8. Pensar en las consecuencias de los actos propios y de los demás.
 9. Elegir las alternativas/ soluciones válidas.
 10. Aplicación y puesta en marcha de la alternativa elegida.
 11. Desarrollo y cambio de valores.
 12. Manejo de conflictos.

- **Programa de prevención de recaídas en el consumo de tóxicos:** se desarrolló en 13 sesiones con el siguiente contenido:
 13. Conceptos fundamentales
 14. Drogas depresoras: información, efectos, consecuencias,..
 15. Drogas estimulantes: información, efectos, consecuencias,...
 16. Drogas alucinógenas: información, efectos, consecuencias,...
 17. Factores de riesgo.
 18. Factores de protección.
 19. Patrones de consumo.
 20. Etapas de las adicciones.
 21. Características y riesgos del drogodependiente.
 22. Proceso de recaída.
 23. Patología dual.
 24. Recursos asistenciales.
 25. Reinserción social.

- **Programa psicoeducativo de entrenamiento para progenitores:** se desarrolló en 3 sesiones específicas.

Sesión 1.

¿Esta mi hijo enfermo? ¿De qué?

¿Qué es el Trastorno de Personalidad Disocial?

¿Vulnerable?. Factores de riesgo de mi hijo: Drogas, grupos marginales...

Posibles causas del trastorno.

Sesión 2.

Estilos Educativos y su relación con el Trastorno Disocial

¿Cómo es la afectividad de mi hijo?

Motivos explicativos del comportamiento de mi hijo.

Posible evolución. Cambios esperables

Sesión 3.

¿Cómo era mi hijo antes de entrar en el Centro? ¿Cómo lo veo ahora?

¿Qué hemos aprendido como progenitores en estas sesiones?

¿Cómo manejar las situaciones conflictivas?. Recursos disponibles.

¿Cuáles son las estrategias de intervención más eficaces? ¿Qué puedo hacer?

La muestra

Han sido **SIETE (N=7)** los menores que han participado en el programa de investigación desarrollado. Los siete menores son varones de la Comunidad Andaluza: Cádiz (2), Huelva (1) y Málaga (4). Las edades de los menores se encuentran en el intervalo 15 – 18 años, la media es de 16 años y 5 meses. Desde febrero hasta septiembre del 2011, no ingresó en la Unidad Terapéutica ningún menor con las características exigidas para incorporarlos al proyecto. Tres menores han realizado el programa desde el 28 de abril hasta el 29 de agosto del 2011. Los otros cuatro menores, lo han desarrollado desde el 14 de julio hasta el 20 de diciembre del 2011. Los menores cumplían los criterios exigidos de inclusión: Internamiento en la Unidad Terapéutica con motivo de violencia filio-parental, consumo de tóxicos y diagnóstico de trastorno disocial.

Diseño de investigación

El diseño utilizado en el estudio ha sido un diseño **PRE-EXPERIMENTAL** con un solo grupo, con pretest y postest. Se tratará de una investigación con una muestra ocasional, intencional y no probabilística. La evaluación es cualitativa y comparativa. Se complementa con los cuestionarios psicométricos, que nos van a permitir obtener una serie de datos cuantitativos comparables a las muestras estándar. Al ser una muestra de siete sujetos, no podemos realizar

estadísticos complejos para determinar si existe diferencia de medias entre el pre y el post para grupos relacionados. No obstante, en el futuro pretendemos ampliar la muestra con el objetivo de conseguir y poder realizar estadísticos que permitan comparar las diferencias antes y después del tratamiento.

Instrumentos de evaluación y medida

Se han escogido instrumentos psicométricos que sean capaces de medir aquellas variables directamente relacionadas con las características de personalidad, con la conducta infractora de los menores y con el consumo de sustancias:

- CACIA:** Cuestionario de Auto-control Infantil y Adolescente.
- MOLDES:** Test de Estrategias Cognitivo-Emocionales.
- CAPI - A:** Cuestionario de Agresividad Premeditada e Impulsiva en Adolescentes.
- EHS:** Escala de Habilidades Sociales.
- TAMAI:** Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil.
- FRIDA.** Factores de Riesgo Interpersonales para el Consumo de Drogas en Adolescentes.

La dificultad en rellenar los cuestionarios psicométricos por parte de los menores y jóvenes de estas características, presenta determinadas dificultades, se encuentran elaborados por psicólogos escolares, con una población diana que presenta diferencias con la que aquí estudiamos, en la mayor parte de los casos. No obstante, el uso de estos cuestionarios psicométricos está aquí justificado en la medida en que nos planteamos realizar un seguimiento de la muestra, una mayor ampliación y al mismo tiempo, nos van a permitir obtener resultados para un posterior análisis entre el inicio, previo a la aplicación de los programas y el final en la aplicación de estos. Los indicadores deben abarcan aquellas variables relacionadas con la mejoría: autocontrol emocional, competencia social para la adecuada integración personal y social, así como las habilidades sociales, complemento conductual a la mejora de las relaciones interpersonales, pero también disminución o eliminación en el consumo de tóxicos, a través de la toma de conciencia de su nocividad, y por último, una desaparición de las conductas de maltrato a los progenitores, tanto psicológicas, físicas como económicas.

La evaluación

La metodología y evaluación propuesta por el profesor José Luis Alba de la Universidad de Valencia, Dpto. de Psicología Básica, es el modelo basado en el principio de triangulación, denominado **EVALUACION 3X3**. Procedimiento utilizado:

- a. Aplicación del modelo triangular elaborado ad hoc, que consiste en la utilización de tres fuentes distintas (menor, educador/tutor, y familiar de referencia para el menor.) para evaluar las medidas de eficacia en los dos programas (PPS y Tóxicos), así como el ajuste

institucional. En el área familiar se aplica una adaptación de la **ESCALA DE CONFLICTO de F.E.S de MOOS**, realizada por el profesor José Luis Alba.

- b. Proceso de evaluación: Pretendemos saber si hay diferencias antes y después de la aplicación del programa Pensamiento Prosocial, si hay ausencia o disminución del consumo de tóxicos, y finalmente saber si hay un mayor ajuste institucional y una mejora del clima familiar.

Para ello realizamos las siguientes actuaciones:

- Aplicación inicial individualizada de los instrumentos de evaluación psicométricos seleccionados y ya descritos, así como los cuestionarios de indicadores externos incluidos en el modelo triangular: fase previa a la aplicación de los programas o pretest.
 - Aplicación de los programas.
 - Nueva aplicación individualizada de los instrumentos de evaluación seleccionados: fase posterior a la aplicación de los programas o de postest.
- c. Con los familiares ascendentes o tutores de los menores seleccionados para desarrollar el proyecto, se realizarán tres sesiones de 3 horas de duración, previa evaluación con los cuestionarios establecidos, con los técnicos del Centro Terapéutico: Psiquiatra, Psicóloga y Trabajadora Social. Una reunión ha sido previa a la aplicación de los programas y otra posterior a su finalización.

Temporalización

La duración del proyecto de investigación ha sido de 12 meses.

- Las sesiones del Programa Pensamiento Prosocial, se realizaron una por semana.
- Las sesiones del Programa Drogodependencias, se realizaron una sesión por semana.
- El programa de entrenamiento de progenitores se realizaron en las 6 sesiones individuales y en las tres grupales establecidas, según la disponibilidad de los familiares.

El análisis de datos

Debido a la escasa muestra y a las características del diseño de la investigación, el análisis de datos no ha requerido de estadísticos complejos debido a que el análisis de los resultados se ha realizado de modo individual mediante la combinación. En este caso, sólo hemos precisado de análisis de frecuencias y estadísticos descriptivos sencillos, tal y como el lector puede comprobar en el apartado de conclusiones.

RESULTADOS

Antes de presentar los resultados obtenidos, queremos mencionar que los datos generales extraídos de los cuestionarios elaborados para la triangulación, son fruto de las valoraciones que realizan los menores, educadores/tutores y familiar directo, en los tres apartados objeto de evaluación: pensamiento prosocial, consumo de tóxicos y ajuste institucional. El porcentaje inicial es la valoración que los menores realizan sobre sí mismos ante los ítems del cuestionario. Las alternativas de respuesta son dos: SI – NO. El resultado final integra en cada apartado las tres valoraciones.

Del análisis de los datos recogidos en los cuestionarios triangulados (evaluación 3x3), podemos extraer los siguientes resultados más significativos:

1. CUESTIONARIO DE INDICADORES EXTERNOS PARA LA EVALUACIÓN DEL PPS (pre-post):

Información emitida por el Menor, Educador/Tutor y Familiar del menor

- En el cuestionario inicial, los menores consideraban en un porcentaje del 100% que **se enfadan con facilidad**. Tras el tratamiento este porcentaje se redujo en el 100%, esto es, en su totalidad, en lo que coincidieron los tres evaluadores: menor, educador/tutor y familiar directo.
- El 71,1% de los menores valoraban inicialmente, que **si se les llevaba la contraria reaccionaban agresivamente**. En los resultados posteriores a la intervención, no se daba en ninguno de ellos esta valoración, es decir en el 100% de los sujetos había desaparecido este comportamiento. Confirmado por educador-tutor y familiar directo.
- El 57,1% de los menores valoraban inicialmente que **no eran capaces de pedir ayuda cuando tenían algún problema**. En los resultados posteriores se percibían estos menores como capaces para pedir ayuda ante situaciones problemáticas en el 100% de los casos. Este dato era confirmado por educador-tutor y familiar directo.
- El 57,1% de los menores valoraban inicialmente que **respondían con agresiones físicas a las agresiones verbales**. En los resultados posteriores respondían estos menores que habían aprendido a no responder con agresiones físicas a las agresiones verbales en el 100% de los casos. Dato confirmado por el educador/tutor y familiar directo.
- El 71,4% de los menores reconocía inicialmente que **tenían enfrentamientos regulares con la autoridad**. En los resultados posteriores, consideraban el 100% de estos menores que estos enfrenamientos ya no se presentaban. Este porcentaje era reducido por el educador/tutor y familiar directo al 71,4%
- El 57,1% de los menores consideraba inicialmente, que **les costaba expresar las emociones**. En los resultados posteriores, consideraban el 100% de estos menores que se sentían con capacidad para expresar emociones. Este porcentaje se redujo por parte del educador/tutor y familiar directo al 85,7%.

- El 71,4% de los menores **se consideraban** inicialmente **agresivos**. En los resultados posteriores, consideraban el 100% de estos menores que ya no eran agresivos. Este porcentaje se redujo al 71% por parte del educador/tutor y familiar directo.

2. CUESTIONARIO DE EVALUACION DE CONSUMO DE TOXICOS (pre-post):

Información emitida por el Menor, Educador/Tutor y Familiar del menor

- El 100% de los menores consideraban inicialmente que cuando tenían algún tipo de problema, recurrían a la droga. En los resultados posteriores, el mismo porcentaje, el 100%. consideraban que ante los problemas no recurrirían a la droga. Este porcentaje se redujo al 85,7% por parte del educador/tutor y familiar directo. Solamente un menor presentó consumo de tóxicos.
- El 28,6% de los menores pensaban seguir consumiendo una vez finalizara la medida de internamiento. El 71,4% rechazaba el consumo una vez finalizara la medida.
- El 71,4% de los menores consideraban inicialmente, no ser capaz de decir no cuando le ofrecieran droga. En los resultados posteriores, el 80% de estos menores pensaban que serían capaces de decir no cuando alguien les ofreciera droga.
- El 43% de los menores consideraba inicialmente que para poder divertirse necesitan el consumo de alguna droga. En los resultados posteriores el 100% de estos menores consideran, que para divertirse, no tiene por qué ser necesario el consumo de drogas.
- El 44,9% de los menores consideraban inicialmente que cuando quisieran no podían dejar de consumir drogas. Posterior a la intervención, el 100% de estos menores consideraban que cuando quisieran podían dejar de consumir drogas.
- El 54% de los menores toman conciencia de que el consumo de drogas les impide concentrarse bien y que la memoria les falla.
- El 71,4% de los menores valoran que el consumo de drogas hace que se vuelvan agresivos. Este porcentaje se eleva al 100% por parte de los familiares directos.
- El 71,5% de los menores no practicaban deporte previo al internamiento. Este porcentaje se reduce al 14,3% durante el internamiento.
- El 100% de los menores se relacionaban exclusivamente con amigos consumidores de tóxicos. Durante la aplicación del programa y hasta la finalización de la medida, se amplió en el 100% de los menores el círculo de amigos no consumidores de drogas: valorado en salidas y permisos realizados. Información confirmada por familiar directo.
- El 100% de los menores participan en actividades formativas y de ocio en la actualidad. Inicialmente este porcentaje se reducía al 28,5%.

3. CUESTIONARIO DE EVALUACION DE ADAPTACION INSTITUCIONAL (pre-post):

Información emitida por el Menor, Educador/Tutor y Familiar del menor

- El 85,7% de los menores manifiestan inicialmente conflictos con la familia en las visitas realizadas y en las comunicaciones telefónicas. En los resultados posteriores el 100% de estos menores ya no manifestaban conflictos con la familia en estas situaciones. Este porcentaje se redujo al 85,7 cuando teníamos en cuenta la información aportada por el educador/tutor y el familiar directo.
- El 28,5% de los menores no realizan inicialmente actividades de higiene y ordenación de espacios. Posteriormente, el 100% de los menores realizaban estas actividades. Confirmado por los educadores
- El 28,5% de los menores presentaron inicialmente conductas autolíticas. Posteriormente este tipo de conductas no se produjo en ninguno de los menores. Confirmado por el educador/tutor.
- El 42,8% de los menores inicialmente no solicitaban ayuda a los educadores cuando la necesitaba. En los resultados posteriores, el 100% de estos menores solicitaban ayuda a los educadores cuando la necesitaban. Confirmado por los educadores.
- El 14,28% de los menores, en la fase inicial, mantuvieron los privilegios de la fase progresiva de economía de fichas (programa de recompensas específicas por cumplimiento de objetivos). El 85,72% de los menores mantuvo los privilegios de la fase progresiva de economía de fichas una vez finalizado la aplicación de los programas. Confirmado por educador/tutor.
- El 100% de los menores, inicialmente manifestaban ponerse nervioso cuando tienen un conflicto en el módulo y no lo podían resolver. Posteriormente, estos menores consideran en el 100% que ya no se ponen nerviosos cuando tienen un conflicto y no lo pueden resolver. Este porcentaje se reduce al 85,7% por parte del educador/tutor.

4. ESCALA DE CONFLICTOS DE MOOS. Permite valorar la percepción de conflicto familiar que tienen tanto el menor como el familiar directo. También permite valorar la percepción del familiar directo en cuando a la relación con el menor.

- La percepción de conflicto familiar inicial que realizan los menores alcanza un porcentaje del 56,24%. Posterior a la intervención es del 25%. **Disminuye la percepción de conflicto familiar considerablemente**
- La percepción de conflicto familiar que realiza el familiar directo inicialmente es del 52,67%. Posterior a la intervención es del 25%. **Disminuye la percepción de conflicto familiar considerablemente.**

- La percepción que tiene el familiar directo de la relación con el menor inicialmente, presenta unos porcentajes del 80% de mala relación. Posteriormente a la intervención, esos mismos familiares directos, reducen el porcentaje al 38,5%. **Mejora significativamente la percepción de relación.**

5. **CUESTIONARIO CACIA: CUESTIONARIO DE AUTOCONTROL INFANTIL Y ADOLESCENTE.** Presenta cuatro escalas relacionadas directamente con el control del comportamiento y una escala de sinceridad.

- **Escala de Retroalimentación Personal:** Autoobservación, búsqueda de causas comportamentales y análisis de situaciones. Se produce una **valoración positiva significativa en estos apartados en el 71,4% de los menores**, entre las puntuaciones obtenidas previas y las posteriores a la intervención.
- **Escala de Autocontrol Procesual:** Autoevaluación, autocastigo y autogratificación. Una puntuación baja implica interés por cuestionar el propio comportamiento. Se produce una **valoración positiva significativa en el 42,8% de los menores** en estas variables, entre las puntuaciones obtenidas previas a la intervención y las posteriores a la intervención.
- **Escala de Retroceso de la Recompensa:** Comportamiento relacionado con el control de las conductas impulsivas y demorar en la satisfacción inmediata. Obtenemos un resultado porcentual de **mejora significativa en estas variables en el 85,7% de los menores** entre las puntuaciones obtenidas pre y post.
- **Escala Criterial:** Permite analizar la capacidad de la persona para soportar situaciones dolorosas o desagradables. Valora la resistencia al estrés.
- **Estas variables mejoran significativamente en el 85,7% de los menores** entre las puntuaciones pre y post. Las puntuaciones obtenidas en la **escala de sinceridad** han sido en todos ellos **favorables**.

6. **MOLDES: TEST DE ESTRATEGIAS COGNITIVAS EMOCIONALES.** Permite determinar la forma de reaccionar, interpretar y valorar la realidad. Analiza los modos habituales con los que una persona se enfrenta cognoscitiva y afectivamente a la realidad y con los que interpreta y valora su relación con ella.

De los **OCHO** moldes que evalúa el test, se obtienen mejoras significativas, posterior a la aplicación de los programas, en los siguientes:

Dimensión Negatividad. El 100% de los menores mejoran de manera significativa en este molde, lo que nos indica que los menores ya no focalizan tanto, como inicialmente hacían, su atención en recuerdos negativos tanto de la vida del mundo exterior como interior. La hostilidad inicial se ve reducida significativamente, al igual que la anticipación aversiva. Han adquirido habilidades socio-cognitivas en definitiva.

Dimensión Evitación. Se enfrentan a la realidad, no se evaden evitando el sufrimiento y tratan de encontrar soluciones adecuadas a los problemas que se les presenten. El 85,7% de los menores obtienen resultados significativamente favorables en esta dimensión. Han aprendido a afrontar los problemas.

Dimensión Defensividad. El 85,7% de los menores presenta mejoras significativas en esta dimensión, lo que nos indica mejoras en cuanto a ajuste personal, sin tendencia a autoengañarse y aceptando los propios errores que puedan cometer y aprendiendo de estos.

Dimensión Atribución Externa. El 71,4% de los menores presenta mejoras significativas en esta dimensión. Nos indica que los menores en ese porcentaje han evolucionado favorablemente en cuanto a la atribución del éxito o fracaso a sus propias competencias en un porcentaje significativo. Permite que sean más independientes y realizar una valoración más objetiva de las situaciones.

7. **CAPI-A: CUESTIONARIO DE AGRESIVIDAD PREMEDITADA E IMPULSIVA EN ADOLESCENTES.** La agresividad hace referencia a un conjunto de procesos emocionales y cognitivos que motivan intencionadamente al individuo a hacer daño a otra persona, a su entorno o a sí mismo. El presente cuestionario permite diferenciar la agresividad en cuanto a sus funciones o motivaciones internas.
- **La agresividad premeditada**, se reduce significativamente entre las puntuaciones pre y post en el 85,7% de los menores. En el 14,3% de los menores se mantiene sin cambios.
 - **La agresividad impulsiva**, se reduce significativamente entre las puntuaciones pre y post en el 85,7% de los menores. En el 14,3% de los menores se mantiene sin cambios.
8. **EHS: ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES.** Valora habilidades sociales y conducta asertiva.
- El 42,8% de los menores presentan mejoras significativas, entre el pre y el post, en la **facilidad para expresarse en situaciones sociales**.
 - El 42,8% de los menores presentan mejoras significativas entre el pre y el post en la **expresión de enfado o disconformidad de manera asertiva**
 - El 30% de los menores presenta mejoras significativas entre el pre y el post, en la **defensa de sus propios derechos como consumidor**.
 - El 30% de los menores presenta mejoras significativas, entre el pre y el post en la **capacidad para decir no y cortar interacciones**.

9. **TAMAI: TEST AUTOEVALUATIVO MULTIFACTORIAL DE ADAPTACION INFANTIL.** Prueba autoevaluativa de adaptación personal, social y familiar y actitudes educadoras de los progenitores.

- **Inadaptación Personal.** Mejoran resultados en el 85,7% de los menores en la valoración pre y post. En el 14,3% de los menores, se mantienen resultados iniciales.
- **Inadaptación Escolar.** No se obtienen resultados significativos.
- **Inadaptación Social.** Mejoran resultados en el 71,4% de los menores, en la valoración pre y post. El 14,6% de los menores mantienen los mismos resultados y en el 14,6% se obtiene una mayor insatisfacción social.
- **Insatisfacción en el Ambiente Familiar.** Se produce una mejora significativa en el 57,14% de los menores. En el 42,86% de los menores se mantienen los resultados iniciales.
- **Educación Adecuada de la Madre.** El 71,4% de los menores valoran **significativamente** adecuado el estilo educativo que presenta la madre.

10. **FRIDA: FACTORES DE RIESGO INTERPERSONALES PARA EL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES.**

Permite evaluar los factores de riesgo interpersonales en el consumo de drogas en adolescentes. Determina los factores de riesgo ambientales y los factores de riesgo del individuo y su relación con el entorno.

Se produce una mejora significativa en los resultados obtenidos en relación al pre y post intervención. **Los siete factores analizados: Reacción de la familia ante el consumo, grupo de amigos, acceso a las drogas, riesgo familiar, educación familiar en drogas, actividades protectoras y estilo educativo, permite obtener un IVG (Índice de Vulnerabilidad Global).**

El IVG inicial era de riesgo muy alto y moderadamente alto en el 100% de los menores. Posterior a los programas de intervención, el IVG se ha reducido significativamente a un riesgo medio, moderadamente bajo o bajo en un 71,4%

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

¿Cómo responder con eficacia a los desafíos que presenta esta problemática juvenil? Nuestra opinión, es que la “investigación” ha de ser la herramienta que permita avanzar en la búsqueda de una respuesta social a este conflicto entre progenitores e hijos, e hijos y progenitores, y por ello presentamos en esta investigación, el esfuerzo del grupo de técnicos educativos de Ginso (Unidad Terapéutica del Centro de Internamiento de Menores Infractores La Marchenilla) por proveerse de una metodología eficaz para intervenir y abordar de manera integral esta problemática.

Este estudio es un ejemplo de dedicación, vocación y entrega de varias personas relacionadas durante años a los menores infractores, y cuyas sinergias han conseguido un fruto inicial muy prometedor. La continuidad supondría un avance en la intervención educativa en el contexto de la ley del menor.

Las conclusiones de nuestro estudio han sido las siguientes:

- La intervención educativa a través de programas destinados a la adquisición de la competencia social funcionan, ya que dotan a los adolescentes en conflicto social de habilidades que antes no poseían y en definitiva, les enseña a pensar, objetivo fundamental de cualquier intervención con jóvenes infractores. Se produce una mejora significativa en competencias cognitivas y emocionales
- El modelo de tratamiento integrado en los menores que presentan patología dual: trastorno disocial y consumo de tóxicos junto con violencia filio-parental, posibilita una mejora significativa en las competencias de los menores y sus familiares, así como una reducción significativa de conductas antisociales. Las conductas agresivas se reducen de manera significativa y en el entorno familiar, a fecha de la finalización del presente estudio, no se han vuelto a producir.
- Los programas utilizados: (1) pensamiento prosocial (versión corta para jóvenes), (2) prevención de recaídas en el consumo de tóxicos y (3) programa psicoeducativo familiar, se han mostrado eficaces en los problemas que presentan estos menores.
- Los conocimientos, capacidades y habilidades adquiridas por los menores y familiares directos de estos, en los distintos programas, son necesarios, en la medida en que no formaban parte de su repertorio conductual, para un manejo adecuado de las situaciones que puedan presentarse entre progenitores e hijos. Mejora la comunicación en el entorno familiar y la relación filio parental se hace más fluida, normalizada y los roles se reajustan. Disminuye considerablemente la percepción de conflicto familiar.
- Sería aconsejable realizar un estudio de seguimiento con estos menores, para poder determinar el mantenimiento de los resultados y el nivel de eficacia, tanto en los chicos como en los miembros en su entorno familiar.

- Consideramos oportuno y recomendable la réplica de este estudio en una muestra mayor de menores, que permita contrastar o refutar los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación.

Ciertamente, creemos que la evidencia empírica revisada es convincente. Los principios eficaces de intervención existen para quienes desean guiar el desarrollo y administración de los programas de tratamiento de los menores infractores. Tales programas pueden generar importantes reducciones en la reincidencia, traduciéndose en un considerable beneficio en el ahorro a la administración.

Podemos concluir, que el modelo del Pensamiento Prosocial, el programa de tratamiento de tóxicos y el modelo psicoeducativo familiar, integrados constituyen el conjunto de estrategias de intervención básicas que posibilitan la obtención de resultados favorables en la problemática que presentan estos menores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alba, J.L. (Octubre, 2001). *Un Modelo de Intervención en Drogodependencias en el Marco de la Nueva Ley de Responsabilidad Penal del Menor*. Ponencia presentada en las XI Jornadas sobre drogodependencias de la Asociación Ahnar. Valencia.
- Alba, J.L. (2007). El pensamiento prosocial en la gestión de conflictos. *Animació: Revista D'Estudis i Documentació*, Nº22, 10-25.
- Alba, J.L., Garrido, V. y López-Latorre, M.J. (Marzo, 2001). *Segunda aplicación del Programa del Pensamiento prosocial*. Comunicación presentada al IV Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica. Madrid.
- Alba, J.L., López-Latorre, M.J., Burgués, M. y Alcázar, M. (Abril, 2004). *El programa del pensamiento prosocial en Medio Abierto*. Comunicación presentada al I Congreso Nacional de Criminología. Salamanca.
- Alba, J.L., Garrido, V., López-Latorre, M.J., Burgués, M., Alcázar, M., López, J., Baró, B. y Chordi, F. (2005). El programa del pensamiento prosocial versión corta para jóvenes. En V. Garrido y M. J. López-Latorre (Eds.), *Manual de Intervención Educativa en Readaptación Social. Vol. 2*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Alba, J.L., López-Latorre, M.J., Burgués, M., Alcázar, M., López, J., Baró, B., Chordi, F. (2004, 2005 y 2006). *Generalització, Validesa i Seguiment del Programa del pensament prosocial*. Edicions del Departament de Justícia de Catalunya. Barcelona.
- Alexander, J.F., and Parsons, B.V. 1973. Short-term family intervention: A therapy outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2:195–201.
- Andrews, D.A. and Bonta J. (2002). *The Psychology of Criminal Conduct*. Cincinnati, OH, Anderson Publishing Co.
- Aroca, C. (2013). Las claves de la violencia filio-parental. En P. Cánovas y P. Sahuquillo, *Menores y Familia: retos y propuestas pedagógicas*. Valencia: Tirant lo Blanch (en prensa)
- Aroca, C. y Pérez, A. (2013). La mujer como víctima propiciatoria de la violencia filial: una revisión bibliográfica. En P. Cánovas y P. Sahuquillo, *Menores y familias: retos y propuestas pedagógicas*, Valencia: Tirant lo Blanch (en prensa).
- Aroca, C., Lorenzo, M^a. M. y Miró, C. (2013). La violencia filio-parental: un análisis de sus claves. *Revista Anales de Psicología* (en prensa).
- Aroca, C. (2012a). "Consecuencias psicológicas de las víctimas por violencia filio-parental". Comunicación presentada en el IX Congreso Internacional de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS). Septiembre, Valencia (España).

- Aroca, C. (2012b). A delincuencia xuvenil: análise e adestramento en programas eficaces e efectivos. Seminario (20 horas) en marzo en la Facultad de Ciencias de la Educación, Dpto. Teoría de la Educación: Universidad de Santiago de Compostela.
- Aroca, C., Bellver, M^aC. y Alba, J.L. (2012). La teoría del aprendizaje social como modelo explicativo de la violencia filio-parental. *Revista Complutense de Educación*, 23 (2), 487-511.
- Aroca, C., Cánovas, P. y Alba J.L. (2012). Características de las familias que sufren violencia filio-parental: una revisión bibliométrica. *Educatio Siglo XXI*, 30 (2), 231-254.
- Aroca, C. (2010a). *La violencia filio-parental: una aproximación a sus claves*. Tesis Doctoral. Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación. Departamento de Teoría de la Educación. Universidad de Valencia (21 de diciembre de 2010).
- Aroca, C. (2010b). "Revisión de tratamientos correccionales para hijos que agreden a sus progenitores. Control de la ira". Comunicación presentada en el VIII Congreso Internacional de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS). Septiembre, Valencia (España).
- Barlow, J. y Stewart-Brown, S. (2000). Behavior problems and group-based parent education programs. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 21 (5), 356-370
- Blackburn R. (2000). Treatment or incapacitation? Implications of research on personality disorders for the management of dangerous offenders. *Legal and Criminological Psychology* 5, 1-21.
- Bovasso, GB, 2001. Cannabis abuse as a risk factor for depressive symptoms. *Am. J. Psychiatry*, 158, 2033-2037
- Brandon, C. Welsh and David P. Farrington. (2006). University of Massachusetts and Cambridge University.
- Casas, M. y Garrido, V. (2005). La familia y la terapia multisistémica. En Vicente Garrido (Ed.), *Manual de intervención educativa en readaptación social. Vol.1: Los fundamentos de la intervención* (pp.361-415). Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Catalano RF. y Hawkins JD. (1996). The Social Development Model: A theory of antisocial behavior. En JD. Hawkins (Ed.), *Delinquency & Crime: Current Theories* (pp.149-197). New York: Cambridge University Press.
- CIE-10. Clasificación Internacional de Trastornos Mentales. Criterios de la OMS.
- Cottrell, B. y Monk, P. (2004). Adolescent-to-parent abuse. A qualitative overview of common themes. *Journal of Family Issues*, 25 (8), 1072-1095.
- Drake RE, Mueser KT, Brunette M et al. A review of treatments for people with several mental illness and co-occurring substance use disorder. *Psychiatr Rehabil J* 2004; 27:360-74.
- DSM-IV-R: Clasificación de enfermedades mentales de la American Psychiatric Association (APA).
- Dünkel, F (2001). Reacciones en los campos de la Administración de justicia y de la pedagogía social a la delincuencia infantil y juvenil: un estudio comparativo a escala europea. En Ornosá, R. (Dir.), *La Responsabilidad penal de los menores: aspectos sustantivos y procesales*. Cuadernos de Derecho Judicial, N° III, 121-185.
- Durlak, J. y Wells, A. (1997). Primary Prevention Mental Health Programs for Children and Adolescents: A Meta-Analytic Review. *American Journal of Community Psychology*, Vol. 25, N° 2, 12-34.

- Edwards, R.T.; Ceilleachair, A.; Bywater, T.; Hughes, D.A.; Hutchings, J. (2007). Parenting programme for parents of children at risk of developing conduct disorder: cost effectiveness analysis. *British Medical Journal*, 334, 682-682.
- Garrido, V. y Alba, J. L. (2005). La relación terapéutica entre el educador y el joven delincuente. En Garrido, V. (Ed.), *Manual de intervención educativa en readaptación social* (pp. 192-227). Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Garrido, V. y Gómez, A. (1997). *El pensamiento prosocial. Una guía introductoria*. Valencia: Cristóbal Serrano.
- Garrido, V. y López-Latorre, M.J. (2005). *Manual de intervención educativa en readaptación social. Los fundamentos de la intervención*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Garrido, V., López, E., Silva, T., López-Latorre, M.J. y Molina, P. (2006). *El modelo de la competencia social de la ley de menores. Cómo predecir y evaluar para la intervención educativa*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Garrido, V., Redondo, S. y Pérez, E. (1989). El tratamiento de delincuentes institucionalizados: el programa de competencia psicosocial en la prisión de jóvenes de La Trinidad de Barcelona. *Delincuencia/ Delinquency*, 1(1), 37-57.
- Garrido, V.; Redondo, S. y Stangeland, P. (2006). *Principios de criminología*. Valencia: Tirant Lo Blanch. 2ª Edición.
- Gines, L. Jornadas Nacionales de Patología Dual (XII). (2010). De la psicopatología a la adicción o viceversa. SEPD.
- Goldstein, A.P., Glick, B. Y Gibbs, J.C. (1998). *Aggression Replacement Training*. Champaign, IL: Research Press.
- Haggerty, K.P. Mc Kenzie, E.P. Skinner, M.L., Harachi, T.W, y Catalano, R.F. (2006). Predicting participation in parents who care: Program initiation and exposure in two different formats. *Journal of Primary Prevention*, 27, 47-65.
- Haré, R.D. (2003). *Psychopathy Checklist Revised (PCL-R)* Toronto: Multi Health Systems.
- Hawkins JD., Von Cleve E. y Catalano RF. (1991). Reducing early childhood aggression: Results of a primary prevention program. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30 (2), 208-217.
- Hoge, R.D. y Andrews, D.A. (2002). *Youth Level of Service/Case Management Inventory (YLS/CMI)*. Toronto: Multihealth Systems.
- Instituto para el estudio de las adicciones (IEA). [Http://www.arrakis.es/iea](http://www.arrakis.es/iea).
- Jornadas Nacionales de Patología Dual (XII). (2010). De la psicopatología a la adicción o viceversa. SEPD.
- Katy R. Holloway, Trevor H. Bennet, David P. Farrington. (2006). University of Glamorgan – University of Cambridge.

- Kenneth Minkoff, M.D. (2005). *Comprehensive, Continuous, Integrated System of Care (CCISC) Model*
- López-Latorre M.J. y Garrido V. (1995). *La prevención de la delincuencia: el enfoque de la competencia social*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- López-Latorre, M.J., Garrido, V. y Ross, R. (2001). *Avances en el programa del pensamiento prosocial*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Lorenzo, M., Aroca, C. y Bellver, M^ªC. (2012). "Conceptualización y ciclo de la violencia a ascendientes de hijos menores de edad". Comunicación presentada en el II Congreso Internacional de Pedagogía Amigoniana. Noviembre, Valencia (España).
- Lundahl, B.W. Risser, H.J. y Lovejoy, M.C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26, 86-104.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford press.
- Mc Cord, J. y Tremblay, R.E. (1992). *Preventing Antisocial Behavior: Interventions from Birth through Adolescence*. New York: The Guilford Press.
- Mc Grath, P.J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems—a meta-analysis review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (1), 99-111.
- Minkoff, K. (2001). Level of care determination for individuals with co-occurring psychiatric and substance disorders. *Psychiatric Rehabilitation Skills*. Vol 5 (1), 163-196.
- Pino, C. (2009). "Manejo clínico del paciente con patología dual". Recomendaciones de expertos. *Socidrogalcohol*.
- Pino, C. (2011). Estudio COP-SIAD 2010.
- Plan Nacional sobre drogas (pnsd). Ministerio de Sanidad. Política Social e Igualdad.
- Platt, A. (2002). The triumph of benevolence: the origins of the juvenile justice system in the United States. En Muncie, J., Hughes, G. y McLaughlin, E. (Eds.), *Youth justice. Critical Reading* (pp. 89-114). Londres: SAGE.
- Prochaska, J. O. y C. C. DiClemente (1986). *The transtheoretical approach. Handbook of Eclectic Psychotherapy*. New York, Brunner/Mazel.
- Rechea, C.; Fernández, E. y Cuervo A.L. (2008). Menores agresores en el ámbito familiar. Centro de Investigación en Criminología. Informe nº 15, 1-80. <http://www.uclm.es/criminologia/pdf/15-2008.pdf>.
- Reiss, A.J., Roth, J.A. (1993), *Understanding and Preventing Violence*. Washington, D.C., National Academy Press.
- Rodríguez, F.J. y Paíno, S.G. (1994). Violencia y desviación social. Bases y análisis para la intervención. *Psicothema*, 6 (2), 229-244.

Seagrave D, Grisso T. (2002). Adolescent development and the measurement of juvenile psychopathy. *Law Behavior*, 26, 219-239.

Volkow N. Director of the National Institute on Drug Abuse (NIDA). Jornadas Nacionales de Patología

Dual (XII).(2010). “De la psicopatología a la adicción o viceversa”.

Whiteside, S., y Lynam, D. (2001). The five factor model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity.

Personality and Individual Differences, 30, 669–689.

Zimring, Franklin, E. (1998). *American Youth Violence*, Oxford University Press, New York.