

Proyecto Metra
Estudio sobre los menores y sus familias en la Comunidad de Madrid

*Dra. Cecilia Simón Rueda, Prof. Virginia Cagigal de Gregorio,
Dra. María Prieto Ursúa y Dra. Marta Sandoval Mena*

1. Introducción: Proyecto Metra, estudio sobre menores y sus familias en la Comunidad de Madrid

Los resultados forman parte de los obtenidos en el proyecto de investigación titulado *“Menores con Trastornos Psíquicos: Situación y necesidades de los menores y de sus familias en la Comunidad de Madrid”*, que surge a iniciativa de las Fundaciones Realiza y Carmen Pardo-Valcarce y ha sido financiado por la Fundación Ramón Areces y la propia Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Sus objetivos generales han sido los siguientes:

- Analizar desde una perspectiva multidisciplinar la situación de los menores con trastornos mentales y la de sus familias en la Comunidad de Madrid. Para ello, se estudió su problemática, sus necesidades y sus recursos, así como el tipo de atención recibida desde diferentes ámbitos (sanitario, educativo, psicológico, jurídico, etc.).
- Formular propuestas de intervención adecuadas a las necesidades y recursos, tanto para estos niños y adolescentes como para su entorno (familiar y profesional).

El equipo que ha realizado la investigación, llamado Equipo Metra¹, está formado por profesionales de ámbitos muy diferentes (psicólogos, psiquiatra, pedagogo, psicopedagogo, sociólogo y jurista).

¹ Cecilia Simón, Ángeles Blanco, María Prieto, Rosa Salas, Alberto Serrano, Carmen Sierra, Jorge Uroz, César Asensio, Virginia Cagigal, Marta Sandoval. Además, se ha contado con la participación de los siguientes profesionales de Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid: Sara Alejos, Ana Rosa Álvarez, Ángeles Castro, José Carlos Espín, Angélica Esteban, Raúl García, Félix García-Villanova, Mar Jiménez, Ángeles Lassaletta, Ana María López, M^a del Valle Martín, M^a Victoria Martín, Felicitas Sánchez, Virgilio Traid y Carmen Villanueva. En el estudio piloto se contó con la colaboración de Lourdes Martín.

Para la consecución del primer objetivo se han llevado cabo, en un primer momento, dos estudios independientes. Los resultados generales de estos estudios pueden consultarse en Equipo METRA (2003a). Por otro lado, se han elaborado una serie de materiales relacionados con el segundo objetivo, como son Equipo METRA (b, c y d).

En relación con el primer estudio mencionado (*Análisis de la situación de los menores con trastornos psíquicos atendidos en Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid y de sus familias*²), la muestra está formada por: a) Menores con trastornos, consideramos como tales menores con Trastornos Mentales y del Comportamiento definidos desde la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) de edad comprendida entre los 6 y los 18 años, y que están siendo atendidos en el momento de realizar la investigación en Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, b) Familias de estos menores, y c) Profesionales del ámbito escolar/centros educativos relacionados con estos menores.

Se desarrolló un procedimiento en dos fases. En la **primera fase**, a partir de un instrumento diseñado para ser cumplimentado por psiquiatras y/o psicólogos de los centros de Salud Mental, se recogió información general de 972 menores con las características anteriormente descritas. La **segunda fase** se centra de forma más específica en aquellos menores cuyo trastorno implica una gravedad mayor, a partir de criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales en su cuarta revisión (DSM IV). En esta fase se cuenta con información de 92 menores, 86 familias³ y 37 tutores de los centros educativos en los que estaban escolarizados estos menores.

El segundo estudio (*Análisis de la situación de los menores con trastornos psíquicos y de sus familias: la perspectiva de las Asociaciones y Fundaciones*⁴) profundiza

²Este estudio se ha realizado gracias a un convenio de colaboración con la Consejería de Sanidad y con la colaboración del Instituto Madrileño del Menor y de la Familia de la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Asimismo, cuenta con la valoración positiva del Comité Ético de Investigación Clínica Regional de la Comunidad de Madrid.

³ En otros seis casos los menores seleccionados se encontraban bajo la tutela de la Comunidad de Madrid

⁴ Este estudio se ha realizado gracias a la colaboración del Instituto Madrileño del Menor y de la Familia de la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, la Fundación Carmen Pardo Valcarce, la Asociación de Niños con Síndrome de Hiperactividad y Déficit de Atención (ANSHDA), la Fundación Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo (ANAR), la Fundación Educación-Activa y la Asociación pro Deficientes Mentales de Parla (ADEMPA)

específicamente en la situación y necesidades de los menores y de sus familias con el tipo de diagnósticos más frecuentes encontrados en el estudio anterior: *Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia*. En este caso la muestra ha estado formada por: a) Menores con trastornos mentales, en este caso hablamos de menores con edades comprendidas entre los 6 y los 18 años, vinculados a través de su familia, a una Asociación o Fundación reconocida legalmente y cuyos fines se relacionan de modo directo con el trastorno que presenta el menor. Todos los menores del estudio tienen un diagnóstico emitido por un profesional cualificado adscrito a una institución pública o privada y, además, obtienen una puntuación en el Listado de conductas infantiles para padres de Achenbach (1991) (Child Behavior Checklist –CBCL-) por encima de los puntos de corte establecidos para la identificación de muestra clínica, b) Familia de estos menores y c) Profesionales del ámbito escolar relacionados con estos menores.

En este caso, se recoge una amplia información de un total de 42 menores dentro de la categoría diagnóstica mencionada⁵. Por otro lado, en una primera fase se cuenta con información de 42 familias, de las que 31 accedieron voluntariamente a colaborar en una segunda fase de recogida de información. Complementariamente se incorpora al estudio una muestra de 16 tutores de los centros escolares en los que se encuentran escolarizados los menores.

Como marco general para la discusión posterior, tan sólo señalar que los diagnósticos emitidos en mayor medida en la primera fase del primer estudio, ordenados por su frecuencia de aparición y organizados en categorías principales siguiendo los criterios de la CIE-10, han sido (se mencionan categorías diagnósticas que agrupan al menos a un 5% de la muestra, es decir, aproximadamente 50 sujetos): *Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia* (F93), *Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación* (F43), *Trastornos hiperkinéticos* (F90), *Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia* (F98), *Trastornos disociales* (F91) y *Trastornos disociales y de las emociones mixtos* (F92).

⁵ Cinco menores se encuentran bajo la tutela de la Comunidad de Madrid, por lo que el análisis de su situación requirió nuevamente la colaboración del Instituto Madrileño del Menor y de la Familia.

2. Intervención con el menor: resultados sobre recursos personales y necesidades del menor, y áreas prioritarias de intervención psicoeducativa.

Nuestra investigación no ha tenido un fin únicamente descriptivo; para nosotros, las variables relacionadas con el menor más interesantes a estudiar son aquellas que permiten diseñar y proponer pautas de intervención concretas para controlar los niveles de vulnerabilidad, mediante la disminución de los factores de riesgo y aumento de los factores de protección.

En el grupo de factores de riesgo se incluirían aquellas variables cuya presencia incrementa la probabilidad de padecer un trastorno emocional o conductual, en comparación con una muestra al azar de sujetos de la población general. Dentro de este grupo se suelen distinguir factores biológicos o genéticos, factores sociales, factores familiares y otros factores de riesgo (acontecimientos vitales traumáticos, soledad o aislamiento, etc).

Los factores de protección son aquellas variables que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún estresor ambiental que predispondría hacia una mala evaluación. De momento, las investigaciones epidemiológicas han señalado ya los siguientes:

- Competencia social.
- El apoyo social.
- La habilidad para conseguir gratificaciones del medio que le rodea y de aprovechar de forma positiva y productiva su tiempo libre.
- Estrategias de afrontamiento adecuadas.

En el caso de los menores, este enfoque es especialmente interesante, dado que, por la enorme plasticidad de esta población, las orientaciones dirigidas a estos objetivos, más que “rehabilitadoras”, podrían ser consideradas “habilitadoras”. Es decir, un conocimiento adecuado de los recursos y necesidades de estos menores posibilitaría un trabajo que, desde este enfoque integrador, bien podría considerarse como preventivo.

Los resultados de nuestro estudio muestran datos muy interesantes sobre estas cuestiones:

1. Respecto a la competencia social: la mayoría de los padres consultados perciben algo inadecuado en la forma en que sus hijos se relacionan con los demás. Los sujetos de la muestra (según sus padres) parecen tener especiales dificultades para defender sus derechos, para rechazar peticiones que consideren poco razonables y para escuchar al otro. Las habilidades sociales más deficitarias en los sujetos de nuestro estudio son aquellas relacionadas con la conducta asertiva. Además, los sujetos muestran un nivel medio-bajo en cuanto a la conflictividad presente en las relaciones que establecen, encontrándose ésta centrada en las relaciones familiares y en el ámbito escolar.
2. El nivel de autonomía de los menores de la muestra no se encuentra muy deteriorado, ya que la mayoría de los sujetos son capaces de realizar con una calidad alta, las tareas básicas de las principales áreas de autocuidado evaluadas. Sin embargo, hemos observado un elevado índice de sobreprotección general: con frecuencia otra persona realiza tareas que el menor podría realizar por sí mismo.
3. Las estrategias de afrontamiento que muestran los menores son inadecuadas e ineficaces, y apuntan a una clara necesidad de entrenamiento en habilidades de afrontamiento, autocontrol y manejo de conflictos. Los sujetos de nuestra muestra no sólo carecen de las habilidades necesarias para manejarse en situaciones problemáticas, sino que además, el número o la intensidad de este tipo de situaciones es mayor que en el resto de la población, lo que contribuye a señalar la habilitación de estas estrategias como claramente prioritaria en el trabajo con los menores con trastornos mentales graves. Es decir, la combinación de una clara necesidad de habilidades para manejar situaciones estresantes junto con una elevada presencia de éstas está señalando un camino de intervención prioritario en la atención a estos menores.
4. Aunque se ha encontrado un elevado número de actividades de ocio y tiempo libre, es interesante, sin embargo, potenciar las actividades relacionadas con el

ejercicio físico, e incrementar la satisfacción que el menor consigue con su empleo del ocio.

Respecto a las necesidades psicoeducativas detectadas a raíz de nuestro estudio, encontramos que los tutores se consideran insuficientemente formados para ofrecer una adecuada atención a los alumnos con trastornos mentales, tanto en el plano del conocimiento de sus manifestaciones conductuales, como en el de las medidas de control de las conductas disruptivas y su eficacia según las situaciones. Por otra parte, existe un considerable retraso escolar en estos menores, estando más de la mitad de ellos en cursos inferiores a los que les corresponderían por edad. Y por último, los datos muestran también un porcentaje importante de alumnos que han cambiado de centro por motivos relacionados con problemas derivados del trastorno del menor.

3. Intervención familiar

La tarea de ser padre o madre comporta importantes responsabilidades y requiere habilidades que los padres y madres no tienen de forma innata. En el caso de los padres de menores que padecen algún trastorno, la exigencia y desorientación se ve agravada, ya que se han de enfrentar, además de a las dificultades inherentes al papel parental, a situaciones especialmente difíciles y problemáticas, incrementándose el estrés y la carga familiar que esta situación comporta. El estrés al que estas familias se ven sometidas dificulta la respuesta familiar adecuada a las necesidades del menor, lo que contribuye a la intensificación y/o cronificación de los síntomas y, a su vez, otros miembros del sistema familiar pueden presentar sintomatología psicopatológica con mayor frecuencia que la población general.

Al abordar la situación de los menores con trastornos mentales es fundamental trabajar con las familias de estos menores. Sin embargo, existen pocos estudios que, considerando las características fundamentales de estas familias en aquellas variables más relevantes para el curso y evolución del trastorno del menor, formulen propuestas concretas y prácticas a la hora de la intervención. Si a esto añadimos la sobrecarga de trabajo y el poco tiempo del que habitualmente disponen los profesionales que trabajan con menores con trastornos mentales para dialogar detenidamente con las familias, el

resultado es que intervenciones importantes no resultan todo lo eficaces que podrían ser, e incluso surgen en ocasiones auténticas "resistencias" por parte de los familiares.

3.1. Necesidades familiares

Entre los problemas que con más frecuencia señalan los padres se encuentran (Equipo METRA, 2003a):

- **Agresividad.** Muchos de los menores presentan dificultades para afrontar los problemas de forma adecuada sin hacer uso de la agresividad y la violencia. Cuando se enfrentan a una situación conflictiva, los menores tienden a alterarse mucho, a ponerse nerviosos, a mostrar comportamientos violentos o a aislarse. Además, el motivo más frecuentemente citado por los padres para acudir a la consulta del Centro de Salud Mental está relacionado con la agresividad del menor hacia otros menores o hacia los adultos. Las respuestas agresivas son fuente de gran tensión emocional y, con cierta frecuencia, provocan miedo por la integridad física de los propios padres y de los hermanos.
- **Comunicación.** En general las familias señalan un incremento en la frecuencia y la intensidad de las discusiones y problemas en la comunicación, tanto en la propia pareja parental como entre los hermanos, y entre padres y hermanos.
- **Estados de ánimo disfóricos.** Algunos padres indican que sufren angustia, grave preocupación, depresión, como consecuencia de la situación en la que se encuentra su hijo y de los problemas que genera. Por otra parte, es frecuente el desarrollo de autoculpabilización y el descenso de la autoestima, que dificultan enormemente el correcto desempeño de las tareas educativas.
- **Problemas de pareja.** Parece que la pareja parental suele sufrir tensión y conflicto en relación con temas que atañen al manejo del menor o a la relación del menor con otras personas. La relación de pareja se resiente al tener que afrontar de forma constante situaciones difíciles y negativas, al tener que tomar constantemente decisiones para las que no se sienten preparados, y al ver mermado tanto el tiempo que pueden dedicarse el uno al otro como la energía para mantener un nivel de

implicación conyugal elevado. Por otra parte, el alto nivel de conflictividad entre los padres también constituye un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos en los menores.

- Sobrecarga familiar. Tanto el manejo de las reacciones del menor y de otras personas del entorno social como la satisfacción de las necesidades del menor y del resto de miembros del sistema familiar suponen una importante carga para la familia.
- Problemas de los hermanos. El ambiente de tensión en el que estos menores viven, la reducción en el tiempo y la atención que reciben de sus padres, la vivencia constante de un modelo inadecuado de respuesta ante problemas (el hermano con el trastorno), etc. son factores que pueden contribuir a la alteración psicológica de los hermanos del menor con el trastorno.
- Aislamiento social. En algunos casos, se encuentran familias sin apenas apoyo social. Por una parte, el trastorno del menor tiene un significado social, según el entorno y el medio, que muchas veces produce un estigma, o al menos la familia se percibe a sí misma como estigmatizada. Por otra parte, el tiempo disponible por la familia para establecer contactos y relaciones sociales se ve claramente disminuido debido a la gran demanda de atención y ayuda que el trastorno del menor supone.
- Control parental inadecuado de la conducta del menor y falta de acuerdo entre los padres sobre disciplina. Byrne y Carr (1995) señalan que para los casos de Trastorno de conducta y Trastorno mixto de las emociones y de la conducta el control parental inadecuado es una variable significativa, entendiendo éste como ausencia importante de control efectivo o supervisión de las actividades del niño en relación con la madurez del niño y el contexto socio-familiar. Por otra parte y también en lo relativo a la disciplina que imponen los padres a los hijos, diversos autores señalan que la falta de acuerdo es un importante factor de riesgo para el desarrollo de problemas de conducta (Henry, Moffitt, Robins, Earls y Silva, 1993, cit. por Toupin et al., 2000), y otros autores señalan la relevancia de la falta de capacidad de los padres de asumir en conjunto la tarea educativa (Haley, 1995; Minuchin, 1967).

Dentro del grupo de las familias con una necesidad especial de atención encontramos:

- Familias con hijos adolescentes.
- Familias monoparentales y familias reconstituidas.
- Antecedentes psiquiátricos familiares.
- Elevado conflicto.

3.2. Recursos familiares

Cada vez con más frecuencia se incorpora en la intervención psicoterapéutica el trabajo sobre los recursos propios percibidos por los pacientes. Si el profesional puede conocer estas fortalezas cuando evalúa e interviene con las familias, podrá potenciar los aspectos más positivos de cada familia para lograr una buena alianza terapéutica y el mayor aprovechamiento de la intervención por parte de los padres y del propio menor.

a) Recursos relacionales

Uno de los aspectos que estas familias valoran más es la unión, así como el cariño o amor entre ellos y el intercambio de afecto. Además se valora la relación positiva, el respeto y armonía en las relaciones; también son considerados importantes valores en estas familias la ayuda y apoyo y, por último, la comunicación y la capacidad de diversión en común.

b) Recursos para el control y modificación de problemas de conducta

El trastorno del menor suele conllevar, como ya hemos visto, una serie de situaciones problemáticas difíciles de manejar, como agresividad, delirios, conductas autolesivas, etc. Cuando se presentan estas situaciones se hace imprescindible actuar para controlar los posibles efectos de estos comportamientos, y en no pocas ocasiones no se conoce cuál sería la mejor manera de reaccionar. Cuando hemos intentado conocer con más profundidad los recursos de manejo de que disponen los padres, es decir, aquellas alternativas de respuesta que la familia tiene ante problemas relacionados con el trastorno del menor, con las que puede contar la familia para afrontar los problemas surgidos por el trastorno, encontramos que los métodos más frecuentemente utilizados para controlar el

comportamiento del menor son razonar con él, el castigo, la recompensa y darle más cariño.

El grado medio de eficacia de los distintos métodos es moderado, aunque parecen apuntarse diferencias en la eficacia de unos métodos respecto a otros. En concreto, parece que dejarle hacer lo que quiere, castigarle o echarle de la habitación son los métodos percibidos como menos eficaces, mientras que premiarle cuando se porta bien y darle más cariño son los valorados como más eficaces. Es interesante comentar el hecho de que los padres emplean con mucha frecuencia métodos que consideran poco eficaces, lo que puede ser un indicador de la escasez de recursos con los que cuentan.

La capacidad de la familia para afrontar y manejar estas situaciones es un tipo de recurso que los padres consideran imprescindible incrementar. Los padres de los sujetos adolescentes, los padres de los menores con un trastorno más grave y los padres de niños con problemas de conducta externalizante son los que se sienten menos preparados para manejar el trastorno de sus hijos.

c) Apoyo social

La disponibilidad de personas de quienes recibir apoyo en un momento dado es una ayuda fundamental a la hora de enfrentarse a una situación tan estresante como puede ser la presencia de un trastorno en un menor dentro de la familia. El apoyo social puede ser un promotor de la salud; este vínculo entre apoyo social y resultados de salud, tanto física como psicológica, está reconocido ampliamente en la literatura científica. Es importante también el papel de dicho apoyo en la satisfacción familiar, en especial cuando la familia se ve enfrentada a problemas crónicos y relevantes, como sería nuestro caso. Asimismo, parece que la calidad de la atención que puede dispensar la familia al miembro necesitado también estaría en relación con esta variable.

El estudio realizado recoge algunos datos al respecto. La mayoría de las familias de menores con trastornos creen que no se ofrece suficiente ayuda institucional a las familias en su situación: prácticamente todo el apoyo para estas familias proviene de familiares y amigos, apoyo que perciben y valoran de forma muy positiva. Entre las familias que no reciben apoyo de parte de familiares o amigos, con cierta frecuencia se encuentran

creencias relacionadas con la necesidad de ser capaz de dar todo al hijo que lo necesita, de ser la persona que le puede ayudar en todo, como creencia de lo que constituye ser una "buena madre".

La principal fuente de apoyo es la ayuda de familiares, ayuda que asume una función instrumental que no se encuentra tan claramente en el caso de los amigos, siendo el apoyo emocional el más frecuentemente informado en ambos grupos. En concreto, de los familiares se recibe más frecuentemente ayuda económica, ayuda para el cuidado de personas, atención para algún problema específico del menor, consuelo y ánimo y distracción.

El apoyo informativo parece esperarse fundamentalmente de los profesionales a los que acuden a pedir ayuda. La mayoría de los padres considera que sería conveniente recibir más información sobre el trastorno, y en concreto, les gustaría ampliar la información recibida sobre dos aspectos principalmente: la forma de actuar ante el problema, es decir, pautas de intervención, y sobre las causas o explicaciones del comportamiento del menor.

3.3. Demandas de los padres a los profesionales e instituciones

Pocas veces se deja espacio a las familias para que planteen de forma concreta sus demandas, es decir, aquellos aspectos en los que les gustaría recibir ayuda o que creen que podrían mejorar la atención que recibe el menor. Cuando han podido expresarlas, encontramos que:

- Los padres se sienten escasamente preparados para manejar los problemas del menor y perciben un nivel medio de eficacia en los métodos que emplean. Este es uno de los temas en los que centran su demanda de información: pautas y *orientaciones de manejo y control del trastorno*, es decir, incrementar la preparación familiar para manejar el trastorno del menor y los problemas que de él se derivan.
- *Información* a las familias. Un alto porcentaje de las propuestas se centran en la necesidad de una mayor comunicación entre los profesionales y las familias, de que el profesional que atiende al menor ofrezca más información a la familia sobre el

trastorno, el tratamiento, el pronóstico, el manejo del problema, etc. (con espacios reservados para las familias).

- *Formación.* Los padres parecen también detectar la necesidad de completar la formación de los profesionales sobre el trastorno de su hijo, realizar estudios completos del problema, potenciar la *investigación* sobre estos temas, facilitar la especialización de profesionales en cuestiones de salud mental infanto-juvenil, etc.
- Otra área en la que parece haber acuerdo entre los padres es la necesidad de colaboración, *coordinación* y trabajo conjunto entre todos los profesionales que atienden al menor, e incrementar la comunicación entre los profesionales y las familias.
- Es también frecuente la expresión de la propuesta de incrementar los *recursos* dirigidos a los menores con trastornos psíquicos graves, desde la contratación de más profesionales en los servicios de Salud Mental que agilicen el ritmo de visitas, o mayor continuidad de los profesionales en los centros, para no tener que empezar de nuevo cada poco tiempo, hasta más recursos en el ámbito escolar (adaptación de la metodología, menos niños por aula, profesores de apoyo, etc.).
- Por último, hay un aspecto que señalan algunas familias como importante, y es el referido a la *calidad humana* de la atención que se presta; en concreto, demandan que los profesionales muestren más atención e interés en el problema del niño y la familia, más comprensión y empatía.

De lo expuesto hasta aquí se derivan los contenidos o áreas prioritarias en las que creemos más relevantes centrar la intervención familiar. Estos contenidos incluirían el incremento de información y el trabajo con ideas irracionales, la administración de pautas y orientaciones para el control y el manejo de problemas de conducta, el entrenamiento en solución de problemas, la adquisición de habilidades de comunicación, la intervención sobre la cohesión y el conflicto familiar, el apoyo al cuidador primario y la potenciación de los recursos familiares.

Referencias bibliográficas

- Achenbach, T. (1991) *Manual for the Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Byrne, J. y Carr, A. (1995). Psychosocial profiles of Irish children with conduct disorders, mixed disorders of conduct and emotion and emotional disorders. *The Irish Journal of Psychology*, 16 (2), 117-132.
- Equipo METRA (2003a). *Menores con trastornos psíquicos y contexto familiar. Un estudio en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid.
- Equipo METRA (2003b). *Las familias de los menores con trastornos psíquicos. Guía para profesionales*. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid.
- Equipo METRA (2003c). *Hiperactividad y trastorno disocial en la escuela. Guía para educadores*. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid.
- Equipo METRA (2003d). *Menores con trastornos psíquicos en la Comunidad de Madrid. Información y orientación para padres y profesionales*. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid.
- Haley, J. (1995). *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Buenos Aires: Amorroutu.
- Minuchin, S. y Fishman, H.C. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. Barcelona: Paidós.
- Toupin, J. ; Déry, M. ; Pauzé, R. ; Mercier, H. y Fortin, L. (2000). Cognitive and Familial Contributions to Conduct Disorder in Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41 (3), 333-344.
- Webster-Stratton, C. (1988). Mothers' and Fathers' Perceptions of Child Deviance: Roles of Parent and Child Behaviors and Parent Adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (6), 909-915