



Manual del psicólogo de familia

Un nuevo perfil profesional

Luis María Llavona Uribelarrea
Francisco Xavier Méndez Carrillo
(Coords.)



PSICOLOGÍA

PIRÁMIDE

Síguenos en



**LA BIBLIOTECA
DEL PSICÓLOGO**

<https://www.facebook.com/labibliotecadelpsicologo/>

Manual del psicólogo de familia

Un nuevo perfil profesional

Síguenos en



LA BIBLIOTECA
DEL PSICÓLOGO

<https://www.facebook.com/labibliotecadelpsicologo/>

Síguenos en



**LA BIBLIOTECA
DEL PSICÓLOGO**

<https://www.facebook.com/labibliotecadelpsicologo/>

Coordinadores

LUIS MARÍA LLAVONA URIBELARREA

PROFESOR TITULAR DEL ÁREA DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN
Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
DE MADRID

FRANCISCO XAVIER MÉNDEZ

CATEDRÁTICO DEL ÁREA DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN
Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD
DE MURCIA

Manual del psicólogo de familia

Un nuevo perfil profesional

EDICIONES PIRÁMIDE

COLECCIÓN «PSICOLOGÍA»

Director:

Francisco J. Labrador

Catedrático de Modificación de Conducta
de la Universidad Complutense de Madrid

Edición en versión digital

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del copyright.

© Luis María Llavona Uribelarrea y Francisco Xavier Méndez (Coords.), 2012

© Primera edición electrónica publicada por Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2012

Para cualquier información pueden dirigirse a piramide_legal@anaya.es

Juan Ignacio Luca de Tena, 15. 28027 Madrid

Teléfono: 91 393 89 89

www.edicionespiramide.es

ISBN: 978-84-368-2781-1

Síguenos en



**LA BIBLIOTECA
DEL PSICÓLOGO**

<https://www.facebook.com/labibliotecadelpsicologo/>

Relación de autores

Edurne Alonso

Centro de Apoyo a las Familias del Ayuntamiento de Madrid.

Berta Ausín

Universidad Complutense de Madrid.

M.^a Pilar Barreto

Universidad de Valencia.

Ana Berástegui

Instituto Universitario de la Familia de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid.

José Cáceres

Universidad de Deusto.

Inés Carrasco

Universidad Complutense de Madrid.

María José Carrasco

Universidad Pontificia Comillas de Madrid.

José Antonio Carrobles

Universidad Autónoma de Madrid.

Miguel Costa

Universidad Autónoma de Madrid.

María Crespo

Universidad Complutense de Madrid.

Juan A. Cruzado

Universidad Complutense de Madrid.

José P. Espada

Universidad Miguel Hernández de Elche.

Isabel Espinar

Universidad Pontificia Comillas de Madrid.

Estefanía Estévez

Universidad Miguel Hernández de Elche.

Ignacio Fernández

Clínica Universitaria de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

Rocío Fernández-Velasco

Universidad Complutense de Madrid.

Elizabeth Fodor

Association for Childhood Education International (España).

Manuel Gámez-Guadix

Universidad Autónoma de Madrid.

María Paz García-Vera

Universidad Complutense de Madrid.

Clara Gesteira

Universidad Complutense de Madrid.

María González

Clínica Universitaria de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

José Luis Graña

Universidad Complutense de Madrid.

Olga Hernández

Universidad Católica San Antonio de Murcia.

Cándido J. Inglés

Universidad Miguel Hernández de Elche.

Francisco Javier Labrador

Universidad Complutense de Madrid.

Cristina Larroy

Universidad Complutense de Madrid.

Luis María Llavona

Universidad Complutense de Madrid.

Rafael Llavona

Universidad Complutense de Madrid.

Ernesto López

Ayuntamiento de Madrid.

Diego Maciá

Universidad Miguel Hernández de Elche.

M.^a Pilar Martínez

Universidad Pontificia Comillas de Madrid

Francisco Xavier Méndez

Universidad de Murcia.

Montserrat Morán

Association for Childhood Education International (España).

Manuel Muñoz

Universidad Complutense de Madrid.

Gonzalo Musitu

Universidad Pablo de Olavide.

José Olivares

Universidad de Murcia.

Pablo J. Olivares-Olivares

Universidad de Murcia.

Mireia Orgilés

Universidad Miguel Hernández de Elche.

Juan Manuel Ortigosa

Universidad de Murcia.

Eloísa Pérez-Santos

Universidad Complutense de Madrid.

José A. Piqueras

Universidad Miguel Hernández de Elche.

Rocío Ramos-Paúl

Centro de psicología BIEM. Madrid.

Paulina Paz Rincón

Universidad de Concepción (Chile).

Antonio Riquelme

Universidad de Murcia.

Ana I. Rosa

Universidad de Murcia.

Gloria Saavedra

Hospital la Magdalena. Castellón.

Fabián Villalba

Fundación Salud Infantil de Elche.

Índice

Prólogo	21
1. El psicólogo de familia (<i>Luis María Llavona y Francisco Xavier Méndez</i>).....	23
1.1. Ámbitos de actuación profesional de los psicólogos	23
1.2. Ámbito del psicólogo de familia.....	26
1.3. Una muestra de intervenciones del psicólogo de familia	29
Referencias bibliográficas.....	33
2. La familia en la sociedad actual (<i>Luis María Llavona y Rafael Llavona</i>).....	35
2.1. La familia en los comienzos del siglo XXI.....	35
2.2. La agrupación familiar	36
2.3. Tipos de familias	39
2.3.1. Tipología estructural.....	39
2.3.2. Tipología geocultural	42
2.4. La familia en la sociedad española	43
2.4.1. Perspectiva histórica.....	43
2.4.1.1. La familia en la «posguerra»	43
2.4.1.2. La familia del desarrollismo al final del franquismo.....	45
2.4.2. La familia en la España actual.....	48
2.4.2.1. Cambio del marco legal.....	48
2.4.2.2. Proceso de evolución	49
2.4.2.3. Las nuevas familias	52
Referencias bibliográficas	55
3. La educación positiva de los hijos: principios y procedimientos (<i>José Antonio Carrobes y Manuel Gámez-Guadix</i>)	57
3.1. El reto de la educación de los hijos.....	57
3.2. Principios de la educación positiva de los hijos	59
3.2.1. Estilos parentales, afecto y control	59
3.2.2. La importancia de la comunicación y el diálogo	61
3.2.3. Disciplina parental	62
3.2.4. Las normas y los límites	65
3.3. ¿Qué no hacer? Pautas educativas ineficaces	66

3.3.1.	El castigo físico	66
3.3.2.	La agresión psicológica y el chantaje emocional	67
3.3.3.	Tres errores comunes: la inconsistencia, la permisividad y la rigidez....	67
3.4.	Guía de estrategias educativas eficaces.....	68
3.4.1.	Manejando premios y castigos	69
3.4.2.	El refuerzo del comportamiento adecuado	70
3.4.3.	El castigo de la conducta inadecuada	71
3.4.3.1.	El tiempo fuera	72
3.4.3.2.	El coste de respuesta	73
3.4.3.3.	La sobrecorrección.....	74
3.4.3.4.	La reprimenda verbal	74
3.4.4.	El manejo de la atención parental	75
	Conclusiones	76
	Referencias bibliográficas.....	76
4.	La adopción (Ana Berástegui)	79
4.1.	¿Qué es la adopción?	79
4.1.1.	Convertirse en padres	80
4.1.2.	Convertirse en padres adoptantes.....	81
4.1.3.	Convertirse en padres adoptantes de un niño determinado.....	82
4.2.	Prevención y orientación de la familia adoptiva	84
4.2.1.	El encuentro	84
4.2.2.	El proceso de vinculación	86
4.2.3.	El inicio de la socialización.....	88
4.2.4.	La integración escolar	90
4.2.5.	La comunicación sobre la adopción	91
4.3.	Algunas reflexiones sobre la intervención postadoptiva	93
	Referencias bibliográficas.....	94
5.	Orientación para profesionales sobre la relación paterno-filial durante los tres primeros años de vida del niño (Elizabeth Fodor y Montserrat Morán)...	97
5.1.	Introducción	97
5.2.	Tipos de padres.....	97
5.2.1.	Clasificación tradicional	97
5.2.1.1.	Estilo educativo democrático	97
5.2.1.2.	Estilo educativo autoritario	97
5.2.1.3.	Estilo educativo permisivo	98
5.2.1.4.	Estilo educativo indiferente.....	98
5.2.2.	Otra clasificación	98
5.2.2.1.	Padres maduros	98
5.2.2.2.	Padres autoritarios.....	98
5.2.2.3.	Padres sobreprotectores.....	99
5.2.2.4.	Padres directivos	99
5.2.2.5.	Padres permisivos	99
5.2.2.6.	Padres ansiosos.....	99
5.3.	Juegos para fomentar la relación paterno-filial según la etapa de desarrollo del niño	100
5.3.1.	Juegos para padres autoritarios, directivos y ansiosos	100

5.3.1.1.	El primer año de la vida del niño.....	100
5.3.1.2.	El segundo año de la vida del niño.....	101
5.3.1.3.	El tercer año de la vida del niño.....	102
5.3.2.	Juegos para padres sobreprotectores y permisivos.....	102
5.3.2.1.	El primer año de la vida del niño.....	103
5.3.2.2.	El segundo año de la vida del niño.....	103
5.3.2.3.	El tercer año de la vida del niño.....	104
5.4.	El vínculo afectivo. El amor hacia el bebé.....	105
5.5.	El desarrollo general del niño.....	107
5.5.1.	El desarrollo psicomotor.....	107
5.5.2.	El lenguaje corporal y los sentidos.....	108
5.5.3.	El juego y la personalidad.....	108
5.6.	La rutina diaria.....	109
5.7.	Su cuerpo nos habla.....	111
5.7.1.	Cómo afrontar situaciones cotidianas conflictivas a través del juego ...	111
	Referencias bibliográficas.....	114
6.	Intervención en problemas de hábitos básicos de autonomía personal: sueño, alimentación y control de esfínteres (<i>Juan Manuel Ortigosa, Fabián Vilalba y Antonio Riquelme</i>).....	115
6.1.	Los hábitos básicos de autonomía personal.....	115
6.2.	Adquisición de hábitos de autonomía de sueño.....	115
6.3.	Adquisición de hábitos de autonomía alimentarios.....	120
6.4.	Adquisición de hábitos de autonomía para el baño.....	123
6.5.	Trastornos de la eliminación.....	126
6.5.1.	Enuresis.....	126
6.5.2.	Encopresis.....	128
6.6.	Conclusión.....	129
	Referencias bibliográficas.....	130
7.	Intervención en los miedos y en la ansiedad por separación en la infancia (<i>Mireia Orgilés, Francisco Xavier Méndez y José P. Espada</i>).....	133
7.1.	Miedos y ansiedad por separación en la infancia.....	133
7.2.	Intervención en los miedos infantiles.....	136
7.2.1.	Cuentos.....	136
7.2.1.1.	Literatura infantil.....	136
7.2.1.2.	Historias <i>ad hoc</i>	137
7.2.2.	Juegos.....	137
7.2.2.1.	Juegos de rol.....	138
7.2.2.2.	Juegos de valor.....	138
7.3.	Intervención en la ansiedad por separación en la infancia.....	142
7.3.1.	Psicoeducación.....	143
7.3.2.	Pautas de actuación.....	144
7.3.2.1.	Estimular las separaciones, la independencia y la autonomía..	145
7.3.2.2.	Reforzar las separaciones, la independencia y la autonomía ...	145
7.3.2.3.	Elevar el estado de ánimo.....	146
7.3.2.4.	Preparar las separaciones críticas.....	147
7.4.	Recomendaciones familiares.....	148
	Referencias bibliográficas.....	149

8. Intervención en problemas conductuales: desobediencia, agresión, hiperactividad (Cristina Larroy)	151
8.1. Introducción	151
8.2. Definición y modelos explicativos.....	151
8.2.1. Desobediencia.....	152
8.2.2. Agresión	155
8.2.3. Hiperactividad	156
8.3. Evaluación	158
8.3.1. Desobediencia.....	159
8.3.2. Agresividad.....	160
8.3.3. Hiperactividad	161
8.4. Intervención.....	162
8.4.1. Desobediencia.....	162
8.4.2. Agresividad.....	163
8.4.3. Hiperactividad	164
8.5. Conclusiones.....	165
Referencias bibliográficas	166
9. Los conflictos padres-adolescentes (Cándido J. Inglés, Estefanía Estévez, José A. Piqueras y Gonzalo Musitu)	169
9.1. La transformación de las relaciones familiares	169
9.1.1. La búsqueda de mayor autonomía	170
9.1.2. Los conflictos con hijos adolescentes.....	171
9.1.2.1. Temas principales de discusión	173
9.1.2.2. La resolución del conflicto	174
9.2. Recursos familiares para prevenir el conflicto.....	175
9.2.1. El pilar de la comunicación.....	176
9.2.2. La democracia como estilo parental.....	177
9.3. Intervenciones para la resolución de conflictos padres-adolescentes	179
9.3.1. El entrenamiento en resolución de problemas «uno a uno».....	179
9.3.2. La negociación centrada en intereses.....	180
9.3.3. La mediación familiar	182
9.4. Programas de intervención específicos para resolver conflictos padres-adolescentes	184
9.4.1. El programa LISIS. Las relaciones entre padres e hijos adolescentes	184
9.4.2. El programa COFAMI. Corresponsabilidad familiar. Fomentar la cooperación y responsabilidad de los hijos.....	185
9.4.3. El programa PEHIA. Enseñanza de habilidades interpersonales para adolescentes	185
Referencias bibliográficas	186
10. Violencia ascendente: los hijos que agreden a sus padres (Clara Gesteira, María González, María Paz García-Vera, Ignacio Fernández y José Luis Graña) ..	189
10.1. El problema de la violencia ascendente	189
10.1.1. Conceptualización.....	189
10.1.2. Prevalencia.....	190
10.1.3. Caracterización de las familias afectadas	196

10.1.3.1.	Características sociodemográficas.....	196
10.1.3.2.	Características clínicas de los hijos agresores.....	197
10.1.3.3.	Características clínicas de los padres agredidos	198
10.2.	Prevención de la violencia ascendente.....	200
10.2.1.	Modelos explicativos de la violencia ascendente.....	200
10.2.2.	Factores específicos hacia los que guiar la prevención	201
10.3.	Tratamiento de la violencia ascendente.....	202
10.3.1.	Intervención con menores y padres por separado.....	203
10.3.2.	Intervención familiar	207
10.3.3.	Intervención más allá de la violencia: el problema diagnóstico.....	208
10.4.	Resumen	208
	Referencias bibliográficas	211
11.	Separación y divorcio (José Cáceres).....	215
11.1.	Introducción	215
11.2.	Algunas repercusiones	218
11.2.1.	En los miembros de la expareja	218
11.2.1.1.	Shock e incredulidad.....	218
11.2.1.2.	Malestar.....	219
11.2.1.3.	Miedos.....	219
11.2.1.4.	Temor al fracaso	219
11.2.1.5.	Rabia	220
11.2.1.6.	Culpa	220
11.2.1.7.	Pena	220
11.2.1.8.	Soledad	220
11.2.1.9.	Aceptación.....	221
11.2.2.	En los hijos	221
11.2.2.1.	Formas de manifestar su reacción.....	221
11.2.2.1.1.	Lo que nos dicen.....	222
11.2.2.1.2.	Comportamiento.....	222
11.2.2.1.3.	Emocional.....	222
11.2.2.1.4.	Somatizaciones.....	222
11.2.3.	Posibles mecanismos explicativos	223
11.2.4.	Empezar de nuevo	224
11.3.	Líneas de actuación	225
11.3.1.	Cambios sociolegales.....	225
11.3.2.	Cambios individuales	226
11.3.3.	Actuaciones clínicas	227
11.3.3.1.	Evaluación	227
11.3.3.2.	Terapia separados	228
11.3.3.3.	Terapia hijos de separados.....	229
	Referencias bibliográficas	229
12.	Violencia de pareja (Francisco Javier Labrador, Paulina Paz Rincón, Edurne Alonso y Rocío Fernández-Velasco).....	231
12.1.	Introducción: violencia doméstica y violencia de pareja.....	231
12.1.1.	Introducción	231
12.1.2.	Definición de términos	231

12.2.	Tipos de violencia de pareja	232
12.2.1.	Violencia física	232
12.2.2.	Violencia psicológica	233
12.2.3.	Violencia sexual	234
12.2.4.	Otros tipos de VP	234
12.3.	Desarrollo de las conductas de violencia de pareja	234
12.3.1.	Dirección de la VP	235
12.3.2.	El ciclo de violencia	237
12.3.3.	La escalada de la violencia	238
12.3.4.	Mantenimiento de la VP	239
12.4.	Epidemiología de la violencia de pareja	239
12.4.1.	Estimación de la prevalencia mundial	240
12.4.2.	Estimación de la prevalencia en España	244
12.5.	Consecuencias de la violencia de pareja	244
12.5.1.	Consideraciones generales	244
12.5.2.	Consecuencias físicas	244
12.5.3.	Consecuencias en la salud mental	245
12.5.3.1.	TEPT	246
12.5.3.2.	Depresión	246
12.5.3.3.	Trastornos de ansiedad	246
12.5.3.4.	Otros problemas psicológicos	247
12.6.	Características de la VP y de las víctimas de VP	248
12.7.	Evaluación en víctimas de violencia de pareja	248
12.7.1.	Objetivo general de la evaluación en víctimas de VP	248
12.7.2.	Consideraciones al proceso de evaluación	250
12.7.3.	El proceso de evaluación	250
12.8.	Tratamiento psicológico	250
12.8.1.	Consideraciones generales	252
12.8.2.	Propuesta de tratamiento	252
12.8.2.1.	Componentes del programa	252
12.8.2.2.	Formato del tratamiento	252
12.8.2.3.	Programa de tratamiento	252
	Referencias bibliográficas	255
13.	Las familias reconstituidas: estrategias de intervención y prevención familiar (Isabel Espinar e Inés Carrasco)	259
13.1.	Introducción	259
13.2.	El ciclo evolutivo familiar	260
13.3.	El ciclo evolutivo normativo de las familias reconstituidas y las principales fuentes de estrés asociadas a cada etapa	261
13.4.	El proceso de intervención familiar	265
13.4.1.	Psicoeducación	269
13.4.2.	Terapia marital	270
13.4.2.1.	Entrenamiento en habilidades de comunicación y solución de problemas	270
13.4.2.2.	Entrenamiento en habilidades parentales	271
13.4.3.	Técnicas cognitivas	271
13.4.4.	Otras técnicas	272

13.5. Estrategias de prevención. Programa de enriquecimiento para familias reconstituidas (Stepfamily Enrichment Program; Michaels, 2006)	272
13.6. Conclusiones	275
Referencias bibliográficas	276
14. Las familias de doble empleo: realidad y estrategias de adaptación (María José Carrasco y María Pilar Martínez)	279
14.1. Introducción	279
14.2. Retos de adaptación en familias de doble empleo	280
14.2.1. Conflicto y facilitación familia-trabajo	281
14.2.2. Desarrollo de los hijos en familias de doble empleo	283
14.3. Estrategias adaptivas en las familias de doble empleo	284
14.3.1. El cambio de roles	284
14.3.2. De la conciliación a la corresponsabilidad	286
14.3.3. Las redes de apoyo	287
14.4. Claves terapéuticas en las familias de doble empleo	288
14.4.1. El proceso de evaluación	289
14.4.2. Los autoinformes	290
14.4.3. Una propuesta terapéutica	293
14.4.3.1. Clarificar valores y objetivos	293
14.4.3.2. Potenciar el compromiso y la corresponsabilidad	294
14.4.3.3. Establecer dinámicas de cuidado	294
14.5. Conclusiones	295
Referencias bibliográficas	296
15. La familia con personas mayores (María Crespo)	299
15.1. Conceptualización de la familia con personas mayores	299
15.1.1. Familias con personas mayores en España	299
15.1.2. Problemas y necesidades de intervención en familias con personas mayores	301
15.2. Intervención en familias con personas mayores	302
15.2.1. Evaluación del sistema familiar	302
15.2.2. Consideraciones prácticas para la intervención	303
15.3. Intervenciones familiares para cuidadores de personas mayores frágiles o en situación de dependencia	304
15.3.1. El impacto familiar del cuidado	306
15.3.2. Caracterización de las intervenciones familiares con cuidadores ...	307
15.3.3. Algunos ejemplos de intervenciones familiares con cuidadores	310
15.3.3.1. Estudio de intervención con cuidadores de la Universidad de Nueva York	310
15.3.3.2. Proyecto REACH (Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health) (Schulz et al., 2003)	311
Referencias bibliográficas	313
16. La familia y los problemas de adicción (José P. Espada, Olga Hernández, Mireia Orgilés y Francisco Xavier Méndez)	315
16.1. Conductas adictivas y familia	315
16.2. Prevalencia de las adicciones en la adolescencia	315

16.3.	Consecuencias de las adicciones	316
16.4.	Factores de riesgo y protección.....	316
16.4.1.	Factores de riesgo asociados al consumo de sustancias tóxicas	316
16.4.1.1.	Factores de riesgo familiar.....	316
16.4.1.2.	Factores de riesgo individuales	318
16.4.1.3.	Factores de riesgo social	318
16.4.2.	Factores de riesgo asociados al abuso de las nuevas tecnologías de la información.....	319
16.5.	Prevención familiar de las conductas adictivas	319
16.5.1.	Modalidades de intervención familiar para la prevención	320
16.5.2.	Fundamentos y metodología de la intervención familiar	321
16.5.3.	Objetivos y principios de las intervenciones preventivas dirigidas a familias	322
16.5.4.	Estrategias de prevención familiar	322
16.5.4.1.	Educación de padres	322
16.5.4.2.	Mejora de habilidades parentales.....	323
16.5.5.	Ejemplo de un programa de prevención familiar	326
16.6.	Guía de orientación familiar en adicciones	327
16.6.1.	Información para padres acerca de las drogas.....	327
16.6.2.	Pautas de comportamiento ante el consumo de drogas de los hijos..	328
16.6.3.	Pautas de comportamiento ante el abuso de las TIC y las redes sociales	329
	Referencias bibliográficas	330
17.	La atención a los enfermos crónicos en la familia (Juan A. Cruzado).....	333
17.1.	Introducción	333
17.2.	Familia y enfermedades crónicas	334
17.3.	Trayectorias de la enfermedad crónica	337
17.4.	La intervención familiar en las enfermedades crónicas.....	340
17.5.	Evaluación psicológica familiar en enfermedades crónicas	341
17.6.	La intervención psicológica familiar en el cáncer de mama	344
17.6.1.	Consejo genético	345
17.6.2.	Intervención psicológica familiar en el diagnóstico y toma de decisión	346
17.6.3.	Intervención psicológica familiar durante el tratamiento del cáncer de mama.....	348
17.6.3.1.	Preparación quirúrgica.....	348
17.6.3.2.	Los tratamientos de radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia.....	351
17.6.4.	Sobreviviendo al cáncer de mama	352
17.6.5.	Recidivas	354
17.6.6.	Intervención psicológica familiar en cáncer de mama avanzado y terminal.....	355
17.7.	Conclusiones.....	357
	Referencias bibliográficas	357
18.	Afrontamiento de la muerte en la familia (M.^a Pilar Barreto y Gloria Saavedra).....	361
18.1.	Intervención psicológica con familias en situación de final de vida	361

18.2. Trastornos adaptativos.....	364
18.3. Duelo.....	368
Referencias bibliográficas	372
19. La detección de trastornos de salud mental por el psicólogo de familia <i>(Manuel Muñoz, Berta Ausín y Eloísa Pérez-Santos)</i>	375
19.1. Salud mental e intervención familiar.....	375
19.2. Detección de trastornos de salud mental en la intervención familiar.....	376
19.2.1. Detección, diagnóstico y evaluación de trastornos psicológicos	376
19.2.2. Tareas y momentos en la detección de trastornos psicológicos en la intervención familiar.....	377
19.2.3. Criterios de calidad en la detección	379
19.3. Detección de un «caso» de salud mental durante la intervención familiar ..	379
19.3.1. Principales variables a evaluar.....	379
19.3.1.1. Situaciones de riesgo.....	380
19.3.1.2. Momentos vitales de riesgo.....	381
19.3.1.3. Comportamientos	382
19.3.2. Principales técnicas	383
19.3.2.1. Informes previos	384
19.3.2.2. Exploración inicial.....	384
19.3.2.3. Entrevista.....	386
19.3.2.4. Pruebas estandarizadas generales.....	387
19.3.2.5. Otras técnicas.....	387
19.4. Detección de un trastorno de salud mental durante la intervención familiar..	387
19.4.1. Principales variables a evaluar.....	392
19.4.2. Principales técnicas	393
19.4.2.1. Informes previos	394
19.4.2.2. Entrevista de detección de trastornos	394
19.4.2.3. Técnicas estandarizadas	394
19.5. ¿Qué hacer si se detecta un posible trastorno?.....	400
19.5.1. Devolución de información y derivación.....	400
19.5.2. Seguimiento y apoyo a los tratamientos.....	401
Referencias bibliográficas	402
20. Educación para la salud en la familia <i>(Ernesto López y Miguel Costa)</i>	405
20.1. Educación para la salud y promoción de la salud.....	405
20.2. La familia como escenario de comportamientos y estilos de vida.....	405
20.2.1. La familia como fuente de comportamientos y estilos de vida.....	406
20.2.2. La familia en un contexto de riesgos y oportunidades para la salud...	406
20.2.3. La familia como un escenario de comunicación y de relaciones de influencia.....	407
20.3. Criterios y principios para la intervención	408
20.3.1. Clarificación de la relación entre comportamiento y salud o bienestar.....	408
20.3.2. Un modelo conceptual que ayude a entender las prácticas de sa- lud y de riesgo	410
20.3.3. Establecer una alianza cooperativa de trabajo con la familia.....	412
20.3.4. Identificar, validar y promover las fortalezas de la familia	412

20.3.5.	Adoptar una perspectiva intersectorial e interdisciplinaria	412
20.3.6.	Cuidado con los dogmas.....	414
20.3.7.	Evitar decir lo que tienen que hacer. Validar las prácticas de riesgo ..	414
20.4.	Promover comportamientos y estilos de vida saludables en la familia	414
20.4.1.	Clarificar valores y objetivos.....	414
20.4.2.	Preparar para la acción mediante la deliberación	415
20.4.2.1.	Comprender las ventajas de los comportamientos y estilos de vida habituales.....	416
20.4.2.2.	Confrontar para despejar la ambivalencia	416
20.4.3.	Chequear la autoeficacia.....	418
20.4.4.	Planes de acción: pasar de los dichos a los hechos.....	418
20.4.4.1.	Establecer antecedentes que activen los comportamientos saludables.....	419
20.4.5.	Practicar y ensayar.....	420
20.4.6.	Asegurar que las prácticas saludables tengan consecuencias que compensen	421
20.5.	Métodos y recursos didácticos para la Educación para la salud	426
	Referencias bibliográficas.....	427
21.	Dificultades frecuentes en la intervención con padres (Rocío Ramos-Paúl) ..	429
21.1.	Introducción	429
21.2.	Actitudes a modificar en los padres	429
21.2.1.	Incertidumbre por el cambio de rol en los padres	429
21.2.2.	Padres que acuden con el diagnóstico «hecho».....	430
21.2.3.	Padres «enterados».....	431
21.2.4.	Padres que califican al niño, no el comportamiento	431
21.2.5.	El niño «lo hace porque sí».....	431
21.2.6.	«Es su obligación».....	432
21.2.6.1.	Pensamientos irracionales y distorsiones cognitivas más frecuentes.....	432
21.2.6.2.	Disputa cognitiva	432
21.2.7.	«No sé que hacer con mi hijo».....	434
21.2.8.	Uno quiere asistir, el otro no.....	434
21.2.9.	No nos ponemos de acuerdo en la forma de educar a nuestro hijo.....	434
21.2.10.	Rebajar expectativas	435
21.2.11.	Revisión de hábitos y normas en casa	435
21.3.	Problemas en la implementación de las técnicas	436
21.3.1.	Demandas de cambios rápidos	436
21.3.2.	Falta de consistencia en la aplicación de los procedimientos	436
21.3.3.	El cumplimiento de las tareas.....	436
21.3.4.	El trabajo con operantes	437
21.3.5.	Padres que abusan del castigo	437
21.3.6.	La intervención «es muy artificial»	438
21.3.7.	Se va a acostumbrar a hacer las cosas «por el premio»	438
21.3.8.	«Esta semana fatal»	439
21.3.9.	«Necesitamos terapia»	439
21.3.10.	«Dependencia» del psicólogo	439
21.4.	Diez pautas básicas en la intervención con padres.....	440

22. Las escuelas de entrenamiento de padres (<i>Pablo J. Olivares-Olivares, Ana I. Rosa, José Olivares y Diego Maciá</i>)	441
21.1. El entrenamiento de padres y las escuelas de padres	441
22.2. Contenidos de las escuelas de entrenamiento de padres	444
22.3. Desarrollos teóricos en los que se fundamenta el entrenamiento de padres ...	445
22.4. Eficacia del entrenamiento de los padres y variables que modulan sus efectos .	446
22.5. Diseño y aplicación de programas de entrenamiento en el contexto de las escuelas de padres.....	449
22.5.1. Pautas para estructurar el programa que articulará la escuela de padres.....	449
22.5.1.1. Previa a la intervención	449
22.5.1.2. En el inicio de la intervención.....	449
22.5.1.3. Respecto de la evaluación	449
22.5.1.4. Desarrollo del entrenamiento.....	449
22.5.1.5. Apoyo social	450
22.5.2. Propuesta de guía para la elaboración de un programa básico de entrenamiento a padres.....	450
22.5.2.1. Formular objetivos.....	451
22.5.2.2. Seleccionar y distribuir los contenidos del programa	451
22.5.2.3. Procedimiento o intervención	451
22.5.2.4. Valorar la eficacia del programa de entrenamiento a corto plazo	452
22.5.2.5. Seguimiento de los efectos de la intervención a medio y largo plazo	453
22.6. Conclusiones y tendencias futuras	453
Referencias bibliográficas	454

Síguenos en



**LA BIBLIOTECA
DEL PSICÓLOGO**

<https://www.facebook.com/labibliotecadelpsicologo/>

Prólogo

Cuando el doctor Luis María Llavona, a través de nuestro común amigo el doctor Francisco Labrador, se puso en contacto conmigo a fin de realizar el prólogo del presente libro, sentí una gran satisfacción. El hecho que desde la universidad se realicen intentos satisfactorios de vincular lo académico con lo profesional es siempre una buena noticia, sobre todo si, como en este caso, el vínculo se presenta con formato de libro, en el cual se viene a plasmar las acciones que desarrollan los psicólogos en la célula estructural o unidad esencial sobre la que se construye nuestra sociedad: la familia.

La familia es sin duda la red más básica de apoyo existente en nuestro país. Considero que el papel que desempeña la familia en la estructura social es incluso más relevante en España que en el resto de los países europeos, y es en la actualidad la institución más valorada según distintas encuestas, incluso por encima del dinero, los amigos o el trabajo. Todo ello es además fácilmente deducible en estos tiempos de crisis económica en que vivimos, ya que el núcleo familiar amortigua las graves repercusiones de la misma en el empleo de los jóvenes, pero este papel de apoyo también lo ejerce en situaciones de pérdida de salud de los miembros que la componen, dificultades en la emancipación de los hijos o incluso en el cuidado de la prole. Además, la familia como entidad nuclear influye en todos los aspectos de los individuos que la configuran, a la vez que los propios integrantes del núcleo familiar influyen en la misma, creando una dinámica o gestalt que afecta a todos los aspectos de la sociedad: educación, trabajo, ocio, valores, etc.

Es por ello sorprendente que, si bien existen numerosos tratados de psicología sobre la familia, su estructura, dinámica o intervenciones terapéuticas en el seno de las mismas, no se haya intentado dibujar hasta este momento dentro de la psicología un perfil o rol profesional centrado en la misma.

Desde el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, anterior Colegio Oficial de Psicólogos, siempre ha existido un genuino interés en definir las funciones, tareas y actividades vinculadas al desarrollo aplicado de la psicología en los distintos ámbitos de intervención profesional, publicándose ya en 1998 los *Perfiles Profesionales del Psicólogo*. Este interés, como he dicho en otras ocasiones, se debe a «que en ellos confluyen varios elementos de vital importancia para el desarrollo armónico de la profesión; así pues, ayudan a combatir el intrusismo profesional, y a que los psicólogos no seamos una especie de todo terreno, permiten mejorar la calidad de la intervención profesional, delimitan el tipo de servicio que se ofrece a los pacientes-clientes según el área de especialización, y orientan el tipo de formación específica que es más adecuada para desarrollar las funciones, procedimientos y técnicas de intervención, dependiendo del área en que desarrollamos nuestra actividad».

Seguramente se puede etiquetar de muchas maneras a un libro, a cualquier libro, pero en este caso el manual que el lector tiene en sus manos, merece al menos los calificativos de oportuno, adecuado, práctico y didáctico.

Este *Manual del Psicólogo de Familia: un nuevo perfil profesional*, es sin duda un libro oportuno que

aparece en el momento adecuado, cuando otras áreas de intervención profesional ya están totalmente consolidadas, como es el caso, por ejemplo, de la psicología clínica, el de psicología de la salud o el del psicólogo del trabajo, las organizaciones y los recursos humanos; y en un momento social en nuestro país, en donde la familia se configura como la tabla de salvación frente a la crisis económica que padecemos y que indiscutiblemente afecta a la estructura familiar, creando en muchos casos falta de armonía en el seno familiar y conflictos de todo índole.

Es también un libro adecuado, porque es la manifestación de un sólido cuerpo de conocimientos científicos de la psicología sobre la familia, que se ha ido fraguando desde el momento en que nuestra disciplina se configura como ciencia y que aporta los datos necesarios para tener un amplio conocimiento del arsenal técnico del que disponemos los psicólogos para intervenir desde la perspectiva de la unidad familiar. Este *Manual del psicólogo de familia: un nuevo perfil profesional*, es un excelente testimonio de lo que podemos hacer los psicólogos con los datos e instrumentos científicos que disponemos. El contenido del libro abarca distintos temas de candente actualidad, que abarcan desde las adopciones al proceso de separación y violencia de pareja, recorriendo también el panorama de lo psicopatológico, problemas de autonomía, conflictos entre padres e hijos, incluyendo las conductas violentas, sin olvidar temas como los mayores, las enfermedades crónicas en el seno familiar o el proceso de la muerte.

Los diversos capítulos permiten obtener la información adecuada para poder compendiar una buena síntesis de «qué sabemos hacer y hacemos los psicólogos que trabajamos en el ámbito de la fami-

lia». Creo que es una buena guía para comprender todas las acciones que el psicólogo puede emprender en el complejo contexto familiar, y ofrece una aportación valiosísima a lo que sería un futuro perfil de intervención profesional. También puede ayudar a conocer a la familia desde todas sus perspectivas, y así poder realizar las evaluaciones pertinentes y situar nuestras intervenciones en un contexto que garantice la calidad de la misma.

El que sea un manual práctico y didáctico está asegurado por la experiencia didáctica e investigadora de los diversos autores de los capítulos de esta obra, que ofrecen conceptualizaciones y datos rigurosos de investigación que nos permiten sentar bases fiables y seguras, que nos ayudarán a introducirnos en el intrincado mundo del trabajo del profesional desde la perspectiva de la familia, aportando además una abundante y actualizada bibliografía que nos permitirá profundizar en los distintos temas. Además, sus aportaciones, verdaderamente enriquecedoras, concretas y novedosas, van abriendo nuevos cauces para encontrar diferentes dimensiones en la intervención psicológica desde la perspectiva del psicólogo de familia.

Indudablemente, hay que agradecer a los autores el esfuerzo y el interés que han mostrado en enseñarnos exhaustivamente cómo podemos trabajar desde y en la perspectiva familiar. Sin duda alguna, es mi opinión, el presente manual nos permite saber qué hacemos los psicólogos, de dónde venimos y a dónde nos dirigimos dentro del perfil del psicólogo que trabaja en el contexto familiar.

FRANCISCO JOSÉ SANTOLAYA OCHANDO

Presidente del Consejo General de Colegios
Oficiales de Psicólogos de España.

El psicólogo de familia

1

LUIS LLAVONA
FRANCISCO XAVIER MÉNDEZ

1.1. ÁMBITOS DE ACTUACIÓN PROFESIONAL DE LOS PSICÓLOGOS

La psicología, a lo largo de su todavía corta historia, ha tenido un desarrollo progresivo pero constante, que le ha llevado a implicarse en un número cada vez más amplio de espacios en los que se desenvuelve el ser humano y, por tanto, a generar profesionales con especialización diversa que puedan atender adecuadamente la problemática específica de esas áreas. En 1953 se creó la **Escuela de Psicología y Psicotecnia de la Universidad de Madrid**, embrión de los estudios universitarios de psicología en España. Desde su creación hace sesenta años, ya se ofrecía como áreas de formación específica, con un curso de duración, las secciones de *Psicología Clínica*, *Psicología Pedagógica* y *Psicología Industrial*, que marcaban los tres ámbitos de actuación en los que se esperaba que pudieran desarrollar una actividad profesional los licenciados universitarios que cursaran esos estudios de postgrado en psicología (Bandrés y Llavona, 2004). Cuando tiene lugar la consolidación de los estudios universitarios propios de psicología, tras un proceso que culmina en 1980 con la creación en la Universidad Complutense de la primera Facultad de Psicología en España, el Plan de Estudios que se elabora, y que ve la luz en 1984, presentaba como «especialidades» a cursar cinco itinerarios preprofesionales: *Psicología Clínica*, *Psicología Industrial*, *Psicología Educativa*, *Psicología Social* y *Psicología Teórico-Experimental*. En el nuevo Plan de 1992 se mantienen las cinco especialidades, con alguna modificación: *Psicología Clínica* y

de la Salud, *Psicología del Trabajo*, *Psicología Educativa*, *Psicología Social* y *Psicología y Ciencia Cognitiva* (Arredondo, 1997).

A su vez, desde el mundo profesional, el **Colegio Oficial de Psicólogos de España**, cumpliendo con su cometido de ordenar la profesión de psicólogo y orientar a los propios psicólogos y a la sociedad española respecto a cuáles eran las áreas de intervención de los profesionales de la psicología, para que sirvieran de marco de referencia y a la vez de diferenciación entre las funciones de los psicólogos y las de otros profesionales, delimitó y definió los distintos perfiles de las diversas especializaciones de los psicólogos (Santolaya, 1998), que quedaron plasmados en la publicación de los **Perfiles Profesionales del Psicólogo** (Colegio Oficial de Psicólogos de España, 1998). Estos perfiles, presentados por orden alfabético, eran los siguientes: *Psicología de la Actividad Física y del Deporte*, *Psicología Clínica y de la Salud*, *Psicología de las Drogodependencias*, *Psicología de la Educación*, *Psicología de la Intervención Social*, *Psicología Jurídica*, *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* y *Psicología del Tráfico y de la Seguridad*. Como se puede apreciar, además de abarcar los ámbitos tradicionales de la clínica-salud, educación, empresa-laboral y social-comunitaria, incluye el área del deporte, de las drogodependencias, de la justicia y del tráfico.

El **Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (COP)**, que en el año 2005 sustituye al Colegio Oficial de Psicólogos de España, crea en 2007 las primeras **divisiones**: *Psicología del Trabajo*, *de las Organizaciones y los Recursos Humanos*, *Psicología Clínica y de la Salud*, *Psicología de la Intervención*

Social y Psicología Educativa. Posteriormente, en el año 2008, establece la división de *Psicología Académica*, y en 2009 la de *Psicología de la Actividad Física y el Deporte* (COP, 2012a). En la actualidad, dentro de las *áreas profesionales*, separa las *áreas de intervención profesional* y los *grupos de trabajo de intervención profesional*. En las *áreas de intervención profesional* figuran las denominaciones de las *divisiones*, menos la *psicología académica*, y se separan las *áreas de psicología clínica* y de *psicología de la salud*, se sustituye el término «educativa» por «de la educación» y se añaden las *áreas de psicoterapia*, de *psicología jurídica*, *tráfico y seguridad*, del *ejercicio privado de la psicología* y de *nuevas tecnologías aplicadas a la psicología*. A su vez, los *grupos de trabajo de intervención profesional* están formados por los *grupos de psicología e igualdad de género*, *psicología del envejecimiento*, *ley de dependencia* y *la psicología*, *psicología de la intervención en emergencias y catástrofes*, *tabaquismo* y *psicología*, *psicología y los cuidados paliativos*, y otros grupos relacionados con la propia actividad profesional: *acreditación de la formación en psicología* y *de profesionales de la psicología*,

psicología y medios de comunicación y coordinación con la comisión deontológica (COP, 2012b).

Por su parte, el **Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid** se estructura en torno a las *secciones profesionales* de *Psicología Clínica y de la Salud*, *Psicología Educativa*, *Psicología del Trabajo*, *Organizaciones y Recursos Humanos* y *Psicología Jurídica*. A su vez, en el apartado «Ámbitos profesionales» de su página web, además de las secciones ya mencionadas, figuran *Intervención Social*, *Psicología del Tráfico y de la Seguridad*, *Psicología del Deporte*, *Psicología y Medios Audiovisuales/Artes Escénicas* y otro ámbito de actuación profesional propia como *Aula Joven*, dedicada a divulgar los aspectos profesionales de la Psicología a los estudiantes y recién licenciados. Finalmente, este Colegio mantiene un amplio número de *grupos de trabajo*, 23 en total, sobre temas más específicos como pueden ser *Psicooncología* y *Cuidados Paliativos*, *El Buen Sentido del Humor (Risoterapia)* o *Psicología y Coaching* (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2012).

Una panorámica de esta estructuración de los ámbitos de intervención psicológica se muestra en

TABLA 1.1

Ámbitos de actuación profesional de los psicólogos en España (I)

Colegio Oficial de Psicólogos de España	Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos	Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
Perfiles	Divisiones	Secciones
<ul style="list-style-type: none"> — Psicología Clínica y de la Salud. — Psicología de la Educación. — Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. — Psicología de la Intervención Social. — Psicología de la Actividad Física y del Deporte. — Psicología Jurídica. — Psicología del Tráfico y de la Seguridad. — Psicología de las Drogodependencias. 	<ul style="list-style-type: none"> — Psicología Clínica y de la Salud. — Psicología Educativa. — Psicología del Trabajo, de las Organizaciones y los Recursos Humanos. — Psicología de la Intervención Social. — Psicología de la Actividad Física y del Deporte. — Psicología Académica. 	<ul style="list-style-type: none"> — Psicología Clínica y de la Salud. — Psicología Educativa. — Psicología del Trabajo, Organizaciones y Recursos Humanos. — Psicología Jurídica.

las tablas 1.1 y 1.2. Se puede apreciar que la psicología en España ha ido pasando de circunscribirse fundamentalmente a los tres ámbitos tradicionales, la *clínica*, la *educación* y la *industria*, especialidades

vigentes entre 1954 y 1989 en la primitiva Escuela de Psicología y Psicotecnia de Madrid, a tener una gran expansión que incorpora y consolida también el área general de la *salud*, con sus diversos conteni-

TABLA 1.2

Ámbitos de actuación profesional de los psicólogos en España (II)

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos	Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
Áreas de intervención	Ámbitos profesionales
<ul style="list-style-type: none"> — Actividad Física y Deporte. — Psicología Clínica. — Psicología de la Salud. — Psicología de la Educación. — Psicología de la Intervención Social. — Psicología del Trabajo, de las Organizaciones y los Recursos Humanos. — Psicología del Tráfico y Seguridad. — Psicología Jurídica. — Psicoterapia. — Ejercicio privado de la Psicología. — Nuevas Tecnologías Aplicadas a la Psicología. 	<ul style="list-style-type: none"> — Psicología del Deporte. — Psicología Clínica y de la Salud. — Psicología Educativa. — Intervención Social. — Psicología del Trabajo, Organizaciones y Recursos Humanos. — Psicología del Tráfico y de la Seguridad. — Psicología Jurídica. — Psicología y Medios Audiovisuales/Artes Escénicas. — Aula joven.
Grupos de trabajo	Grupos de trabajo
<ul style="list-style-type: none"> — Psicología e Igualdad de Género. — Psicología del Envejecimiento. — La Ley de Dependencia y la Psicología. — Psicología de la Intervención en Emergencias y Catástrofes. — Tabaquismo y Psicología. — Psicología y los Cuidados Paliativos. — Acreditación de la Formación en Psicología. — Acreditación de Profesionales de la Psicología. — Psicología y Medios de Comunicación. — Coordinación con la Comisión Deontológica. 	<ul style="list-style-type: none"> — Psicólogos de Urgencias, Emergencias y Catástrofes. — Psicooncología y Cuidados Paliativos. — Enfermedades Neurodegenerativas. — Psicología y Meditación. — Aula Joven. — Psicólogos sin Fronteras. — Psicólogos Clínicos de la Sanidad Pública Madrileña. — Intervención Integral con Personas Mayores. — Psicología del Deporte. — Psicología y Medios Audiovisuales. — Estudio e Investigación de la Conducta Suicida. — Psicología y Coaching. — El Buen Sentido del Humor (Risoterapia). — Mayores Activos. — Psicología y Adicciones. — Psicología y Seguridad. — Tabaquismo y Psicología. — Psicología y Buenas Prácticas en la Selección de Personas. — Infancia y Adolescencia. — Psicología y Dolor. Fibromialgia y Síndromes Relacionados. — Psicología y Violencia de Género. — Psicología y Salud Laboral. — Psicología Perinatal.

dos específicos, el campo del *trabajo*, de las *organizaciones* y de los *recursos humanos*, la *intervención social*, así como los ámbitos del *deporte* y de la *psicología jurídica* (pueden verse estos ámbitos comunes en la tabla 1.1). Más recientemente se ha puesto énfasis en nuevos campos, como la intervención con *personas mayores*, la intervención en *urgencias, emergencias y catástrofes*, la *violencia de género* o la *seguridad* (véase la tabla 1.2 para apreciar pormenorizadamente los campos específicos que suscitan el interés de los psicólogos españoles).

Sin embargo, en esta radiografía de la actuación profesional del psicólogo en España se echa en falta que no esté representado corporativamente, en un plano visible, el ámbito de *la familia*, un ámbito socialmente muy relevante y en el que ha venido teniendo gran protagonismo la intervención de los psicólogos; incluso ha sido uno de los pocos ámbitos de intervención psicológica cuya actuación ha llegado a dar el salto hasta las pantallas de televisión. Es patente que la psicología ha atendido desde sus comienzos a los diversos problemas que tienen lugar en la familia, investigando para buscar la explicación de sus causas, interviniendo con éxito para ayudar a resolver los problemas que en ella se suscitan, estableciendo pautas de actuación preventivas y también colaborando en potenciar el desarrollo armónico de las familias. Por este motivo, al igual que se han ido consolidando los diversos perfiles que hoy configuran la profesión de psicólogo, consideramos que ha llegado el momento de reconocer al *psicólogo de familia* como un nuevo perfil profesional con características distintivas.

1.2. ÁMBITO DEL PSICÓLOGO DE FAMILIA

Los psicólogos realizan intervenciones que implican a la familia en relación a muy diversos ámbitos profesionales. Así, los *psicólogos clínicos* trabajan con las familias de sus pacientes como ayuda para el tratamiento de diversos trastornos, por ejemplo la *agorafobia*, la *bulimia*, la *ansiedad por separación* o trastornos relacionados con el *alcohol*. Además, esta intervención con las familias se realiza de modo regular cuando los profesionales utilizan la

modalidad de intervención clínica denominada *terapia familiar*. Del mismo modo que los psicólogos clínicos, también los *psicólogos educativos*, al igual que los psicólogos que trabajan en el ámbito de la *intervención social* o la *psicología jurídica*, intervienen sobre las familias en muchas de sus actuaciones profesionales.

Sin embargo, puede establecerse un *ámbito psicológico propio de la familia*, que se hace evidente al contemplar diversas *variables que lo configuran* y que, a través de su exposición, van dibujando su contenido, como pueden ser las *funciones* que la familia cumple en la sociedad, el *proceso evolutivo* de los grupos familiares, las *relaciones* entre los miembros de la familia o los *tipos* de familia existentes.

Atendiendo a las *funciones de la familia*, el Secretariado del Año Internacional de la Familia de 1994 (1992) responde al interrogante sobre cuáles son las funciones primordiales de las familias, con independencia de su tipología. Asumiendo que «la característica fundamental de todos los tipos de familia es el establecimiento de interrelaciones entre sus miembros», señala las funciones siguientes (p. 12):

- a) Establecimiento de lazos emocionales, sociales y económicos entre los cónyuges.
- b) Procreación y relaciones sexuales entre los cónyuges.
- c) Filiación de nombre y estado, especialmente para los niños.
- d) Cuidados básicos de los niños y, en muchas culturas, de las personas mayores y los parientes con algún tipo de discapacidad.
- e) Socialización y educación de los niños e incluso de los padres.
- f) Protección de los miembros de la familia.
- g) Asistencia emocional y recreativa de los miembros de la familia.
- h) Intercambio de bienes y servicios.

Por su parte, Rodríguez, del Barrio y Carrasco (2011), recogiendo las aportaciones de Palacios y Rodrigo (1998), asumen que la familia, *respecto a todos sus miembros*, cumple al menos las funciones de «construcción de personas adultas; preparación para la vida; punto de encuentro entre generaciones y ser-

vir de apoyo durante la experimentación de las crisis madurativas personales a lo largo del ciclo vital» (p. 89). Además, de modo más concreto *respecto a los hijos hasta que son autónomos*, consideran que la mayoría de los autores concuerdan en que estas funciones han de ser «1) garantizar la supervivencia de éstos; 2) construir un clima de afecto y apoyo; 3) situar al hijo en contextos estimulantes; 4) enseñar a controlar a los hijos sus impulsos; y 5) conectar al hijo con otros ambientes educativos constructivos más allá de la familia» (p. 91).

En relación con estas funciones, el psicólogo de familia estará implicado, al menos, con la siguiente temática familiar:

1. Relación emocional-afectiva de los cónyuges/pareja.
2. Aspectos relacionados con la procreación.
3. Aspectos relacionados con la adopción/acogimiento y la custodia.
4. Cuidado básico de los niños/mayores/enfermos crónicos.
5. Educación de los hijos: hábitos básicos/control de los impulsos/preparación para la vida.
6. Socialización de sus miembros, especialmente de los hijos.
7. Protección de sus miembros, especialmente frente a la violencia psicológica, física, sexual o social.
8. Atención emocional-afectiva de sus miembros.

Respecto al *proceso evolutivo* del grupo familiar, entendido como *ciclo vital de la familia*, desde que se establece hasta su desaparición, se ha prestado atención a diversas fases. La propuesta de Duvall (1957, 1977) describió en ocho fases («escenarios») el ciclo seguido por las «familias tipo» americanas de la década de los cincuenta del siglo XX, las cuales se han considerado claves en este proceso, y que con ligeras adaptaciones han resultado de utilidad en el estudio de la familia en estos últimos años (Carter y Goldrick, 1980; Glick, Berman, Clarkin y Rait, 2003). Estas fases resultan de la combinación de cuatro factores: «1) pluralidad de patrones; 2) edad del

hijo mayor; 3) situación escolar del hijo mayor, y 4) las funciones y el estado de las familias antes de que lleguen los hijos y después de que la abandonen» (Duvall, 1977, p. 145). El ciclo de vida de la familia, por tanto, se desarrolla de acuerdo con las siguientes fases:

- I. Parejas casadas (sin hijos).
- II. Familias con bebés (hijo mayor nacimiento-30 meses).
- III. Familias con hijos preescolares (hijo mayor 2 ½-6 años).
- IV. Familias con hijos escolares (hijo mayor 6-13 años).
- V. Familias con adolescentes (hijo mayor entre 13-20 años).
- VI. Familias como bases de lanzamiento de los adultos jóvenes (desde que se va el primer hijo hasta que el último deja la casa).
- VII. Padres de media-edad («nido vacío» hasta la jubilación).
- VIII. Familias ancianas (desde la jubilación hasta el fallecimiento de ambos esposos) (Duvall, 1977, p. 144).

Aunque estas fases describen solamente el posible proceso evolutivo completo de una familia nuclear, sin contemplar las variaciones de otros procesos familiares alternativos como puedan ser el de las familias sin hijos, las familias en las que se muere uno de los padres o se divorcian, o las familias reconstituidas, nos pueden servir como punto de referencia para ilustrar los diversos escenarios en que se encuentran las familias en su evolución, que a su vez serán los escenarios de actuación del psicólogo de familia.

Por otra parte, cuando tomamos en consideración el proceso que sigue el ciclo vital familiar como ayuda para ilustrar el ámbito de actuación del psicólogo de familia, no debemos quedarnos en el mero señalamiento de un número de fases distintas, pues cada una de dichas fases nos orienta hacia unos escenarios que implican unas «tareas» o «funciones» distintas que las familias realizan durante esas etapas.

En cuanto a las *relaciones* entre sus miembros, su relevancia como variable para comprender el ámbito de la familia queda de manifiesto al recordar que, como acabamos de exponer anteriormente, el establecimiento de esta interrelación es considerada la «característica fundamental de todos los tipos de familia» (Secretariado del Año Internacional de la Familia de 1994, 1992, p. 12).

Al analizar estas interrelaciones se pueden delimitar claramente varios niveles de interacciones: entre la pareja, entre los padres y los hijos, entre los hijos, o entre los padres/hijos y los abuelos.

Las *relaciones entre la pareja*, ya se trate de una pareja que conviva o esté casada, sea del mismo sexo o heterosexual, tenga o no tenga hijos, sean uno o varios sus hijos biológicos o no biológicos, suponen un objeto de interés importante dentro del ámbito de la familia. Los modos de interacción en la pareja y sus repercusiones, tanto sobre la satisfacción de la relación como sobre la probabilidad de ruptura, han sido ampliamente estudiados por la psicología (Cáceres, 1992; Driver, Tabares, Shapiro, Nahm y Gottman, 2003).

A su vez, el nivel de *relaciones entre los padres y los hijos*, ya sea que se considere la relación de cada uno de los padres de forma individual o de ambos en conjunto, y respecto a un hijo único o varios hijos, remite a un campo tan diverso y de tanta relevancia psicológica como pueden ser las relaciones afectivas, los estilos de comunicación, el clima familiar o los estilos educativos (Cassidy y Shaver, 1999; Estévez, Murgui, Musitu y Moreno, 2008; Maccoby y Martin, 1983).

El nivel de *relaciones entre los hijos* nos aboca no sólo al campo tradicional de las relaciones fraternas en relación al estatus fraterno, relacionado con el orden de nacimiento, el sexo o la diferencia de edad, y a la influencia de esa interacción en el desarrollo psicológico, sino también a la interacción de los tipos de hijos que conviven en las nuevas familias: hijos biológicos de los dos progenitores, hijos biológicos con un solo progenitor común, hijos biológicos de progenitores distintos, hijos adoptados, etc. (Arranz y Olabarrieta, 1998; Gass, Jenkins y Dunn, 2007).

Finalmente, el nivel de las *relaciones entre los padres y los hijos con los abuelos* ha adquirido una dimensión compleja en nuestra sociedad. Así, en las familias se mantiene una situación tradicional de do-

ble relación: por una parte, los abuelos son unas figuras de apoyo, consejo y transmisión de valores tanto para los padres como para los nietos; por otra, son personas mayores que han de ser objeto de cuidado y asistencia. Sin embargo, en otras muchas familias, particularmente en la sociedad española actual, al tener que ocuparse los abuelos, en mayor o menor medida, del cuidado y educación de sus nietos, a este tipo de relaciones tradicionales se vienen a añadir además una relaciones de «segundos padres» entre los abuelos y los nietos y de «copaternidad» entre los abuelos y sus hijos (Rico, Serra y Víguer, 2001; Rodríguez, del Barrio y Carrasco, 2011; Osuna, 2006).

Por último, es evidente que las condiciones que están presentes tanto en la formación como en el desarrollo de los diversos tipos de familia que se producen actualmente en la sociedad hacen que sea preciso prestar atención específica a cada *tipo de familia* concreta. Así, obviamente, el psicólogo de familia ha de atender no sólo a la familia nuclear tradicional, imperante en las sociedades occidentales durante el último siglo, sino también a la realidad de las nuevas modalidades de agrupación familiar y, además, ha de orientarse sobre las tendencias que marcarán el futuro de la familia. Considerando la realidad de la familia en nuestra sociedad (Llavona y Llavona, *La familia en la sociedad actual*; Meil, 2011), podemos señalar, al menos, los siguientes tipos de familia:

1. Matrimonio/pareja de hecho sin hijos.
2. Monoparental (madre/padre).
3. Nuclear biológica.
4. Homoparental (mujeres/hombres).
5. Adoptiva.
6. Con reproducción asistida.
7. Reconstituida.
8. De otra cultura (extranjera).
9. Extensa.

Esta diversidad de agrupaciones familiares, sus interacciones, las funciones que desarrollan y su proceso evolutivo, tal como acabamos de exponer, constituyen, al menos a nuestro juicio, el núcleo del *ámbito psicológico propio de la familia*. El contenido del mismo, a modo de esbozo, aparece agrupado en la tabla 1.3.

TABLA 1.3

Ámbito psicológico propio de la familia

Tipos de familia	Funciones	Ciclo vital	Relaciones
<ul style="list-style-type: none"> — Matrimonio/pareja de hecho sin hijos. — Monoparental (madre/padre). — Nuclear biológica. — Homoparental (mujeres/hombres). — Adoptiva. — Con reproducción asistida. — Reconstituída. — De otra cultura (extranjera). — Extensa. 	<ul style="list-style-type: none"> — Relación emocional-afectiva de los cónyuges/pareja. — Aspectos relacionados con la procreación. — Aspectos relacionados con la adopción/acogimiento y la custodia. — Cuidado básico de los niños/mayores/enfermos crónicos. — Educación de los hijos: hábitos básicos/control de los impulsos/preparación para la vida. — Socialización de sus miembros, especialmente de los hijos. — Protección de sus miembros, especialmente frente a la violencia psicológica, física, sexual o social. — Atención emocional-afectiva de sus miembros. 	<ul style="list-style-type: none"> — Parejas casadas (sin hijos). — Familias con bebés (hijo mayor nacimiento-30 meses). — Familias con hijos preescolares (hijo mayor 2 ½-6 años). — Familias con hijos escolares (hijo mayor 6-13 años). — Familias con adolescentes (hijo mayor entre 13-20 años). — Familias como bases de lanzamiento de los adultos jóvenes (desde que se va el primer hijo hasta que el último deja la casa). — Padres de media-edad («nido vacío» hasta la jubilación). — Familias ancianas (desde la jubilación hasta el fallecimiento de ambos esposos). 	<ul style="list-style-type: none"> — Entre la pareja. — Entre padres e hijos. — Entre hijos. — Entre los padres/hijos y abuelos.

Así pues, el *ámbito de la familia* reúne, a nuestro parecer, los *requisitos* para que desde la perspectiva de la psicología se pueda considerar un *ámbito específico*:

1. Supone un *ámbito del funcionamiento humano* claramente *identificable* y suficientemente *delimitado*.
2. *Se diferencia* fácilmente de los otros *ámbitos* ya establecidos como perfiles profesionales de la psicología.
3. *Acumula un amplio acervo de conocimientos básicos y aplicados* que sobre él ha generado la investigación psicológica.
4. *Dispone* de un amplio arsenal de *programas de intervención*, que se vienen desarrollando con solvencia en la diversa temática que conforma su *ámbito*.
5. Cuenta con un *número de psicólogos importante* que se dedica a él.
6. Se le asignan *recursos institucionales* desde diversas instancias de la sociedad.
7. Tiene *gran relevancia para la sociedad*, por la importancia que ésta concede a la familia y por las repercusiones sociales de la problemática que en ella se suscita.

1.3. UNA MUESTRA DE INTERVENCIONES DEL PSICÓLOGO DE FAMILIA

De entre la diversa y amplia temática en la que se puede ver involucrado el psicólogo de familia, en este manual encontramos una muestra representativa de su quehacer (véase la tabla 1.4).

TABLA 1.4

Una muestra del ámbito de intervención del psicólogo de familia

- Educación de los hijos.
- Adopción.
- Relaciones paterno-filiales.
- Hábitos básicos de autonomía personal: sueño, alimentación, evacuación.
- Miedos infantiles.
- Problemas de conducta en la infancia: desobediencia, agresión, hiperactividad.
- Conflicto padres-adolescentes.
- Violencia ascendente.
- Separación y divorcio.
- Violencia de pareja.
- Familias reconstituidas.
- Familias de doble empleo.
- Familias con personas mayores.
- Problemas de adicción.
- Familias con enfermos crónicos.
- Afrontamiento de la muerte en la familia.
- Educación para la salud en la familia.
- Detección de trastornos de salud mental.

La exposición de Llavona y Llavona sobre *La familia en la sociedad actual* sirve de marco de reflexión sobre el concepto de familia, su funcionalidad social a lo largo de la historia de la humanidad y su acomodo en los tipos familiares a las diversas realidades de cada sociedad, analizando de modo específico el proceso seguido por la agrupación familiar en la sociedad española en su pasado reciente y su transformación a medida que ha ido cambiando la realidad social-legal desde el franquismo hacia la sociedad democrática actual.

El trabajo de Carrobes y Gámez-Guadix, *La educación positiva de los hijos: principios y procedimientos*, ofrece principios y estrategias para la crianza de los hijos en un ambiente de afecto, apoyo y respeto que posibilite el desarrollo de relaciones de apego seguras, para que se puedan establecer normas y disciplinas adecuadas, enseñar hábitos y estilos de vida saludables, transmitir valores o tomar decisiones importantes, todo ello sin dejar de promover al tiempo su propia autonomía.

Berástegui aborda *La adopción* desde la óptica del psicólogo de familia, pasando revista a tres aspectos importantes como son: a) la perspectiva ju-

rídica y psicosocial de la adopción; b) los momentos especialmente importantes del ciclo vital de la familia adoptiva, con indicaciones para el trabajo profesional (especialmente en su función más preventiva), y c) la intervención postadoptiva.

Fodor y Morán ofrecen *Orientación para profesionales sobre la relación paterno-filial durante los tres primeros años de vida del niño*; de modo específico, proponen la utilización de diversos tipos de juegos para fomentar la relación paterno-filial según la etapa de desarrollo del niño, así como la utilización del juego para resolver algunos conflictos cotidianos.

En *Intervención en problemas de hábitos básicos de autonomía personal: sueño, alimentación y control de esfínteres*, Ortigosa, Villalba y Riquelme se ocupan de la ayuda psicológica a la función de la familia referida al desarrollo de la autonomía personal de los hijos en aquellos hábitos que suelen plantear mayores problemas para establecerse. Proporcionan una información adecuada y procedimientos que facilitan tanto la adquisición de estos hábitos como la resolución de los problemas que se pueden plantear en torno a ellos.

Orgilés, Méndez y Espada, en el capítulo que dedican a la *Intervención en los miedos y en la ansie-*

dad por separación en la infancia, exponen el trabajo que se puede realizar con los padres para que, mediante la utilización de cuentos y juegos en su vida cotidiana familiar, aprendan a manejar los miedos naturales de sus hijos de forma que no se consoliden, y se impida que se agraven. Además, inciden de modo específico en cómo se puede orientar a los padres para superar la ansiedad por separación, a través de psicoeducación y de pautas de actuación adecuadas.

Larroy se ocupa de una de las áreas del comportamiento infantil que posiblemente genera más preocupación en las familias y por cuyos problemas los padres acuden primero a las consultas de los psicólogos: los problemas de conducta. *Intervención en problemas conductuales: desobediencia, agresión, hiperactividad*, aborda tanto aspectos conceptuales como la evaluación y la intervención en estos problemas, mediante programas de entrenamiento de los padres y la intervención centrada en el propio niño.

Los conflictos padres-adolescentes, elaborado por Inglés, Estévez, Piqueras y Musitu, expone los cambios fundamentales que se producen en las relaciones familiares durante la adolescencia, así como los principales conflictos que ocurren entre los padres y sus hijos adolescentes. Aborda el funcionamiento frecuente en que se implican los padres y sus hijos adolescentes para hacer frente a sus conflictos, y presenta programas de intervención de ayuda para resolver sus principales conflictos cotidianos. Además, describe las principales características de tres programas específicos elaborados en España: *Programa LISIS: Las relaciones entre padres e hijos en la adolescencia* (Lila, Buelga y Musitu, 2006), *Programa COFAMI: Corresponsabilidad familiar. Fomentar la cooperación y responsabilidad de los hijos* (Maganto y Bartau, 2004) y *Programa PEHIA: Enseñanza de habilidades interpersonales para adolescentes* (Inglés, 2009).

Gesteira, González, García-Vera, Fernández y Graña abordan el fenómeno de la violencia de los hijos hacia sus padres en el capítulo *Violencia ascendente: los hijos que agreden a sus padres*. Además de realizar una revisión de los diversos aspectos que caracterizan la violencia ascendente, proponen un

protocolo de tratamiento propio, que se está aplicando en la Clínica de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, y que afronta la intervención a partir de dos bloques sucesivos: primero se atiende a los padres y al hijo por separado, para intervenir en diversos aspectos individuales, y posteriormente se interviene con padres e hijo conjuntamente.

Cáceres, en su trabajo *Separación y divorcio*, pasa revista a la evolución de estos fenómenos en España, analiza las reacciones que ocurren en el aspecto emocional y comportamental de las personas directamente implicadas en estos procesos, la pareja y los hijos, proporciona orientaciones para actuaciones futuras sobre aspectos legales y en el plano individual/personal, y propone algunas actuaciones paliativas.

Labrador, Rincón, Alonso y Fernández-Velasco exponen los diversos aspectos de la *Violencia de pareja*: las cuestiones conceptuales y terminológicas, los tipos de violencia, el desarrollo de las conductas de violencia en la pareja, la epidemiología, las consecuencias de la violencia de pareja, la evaluación de la violencia y su tratamiento. El protocolo de intervención que se propone ha sido desarrollado por el propio equipo de investigación dirigido por Labrador (Labrador y cols., 2009).

En su capítulo *Las familias reconstituidas: estrategias de intervención y prevención familiar*, Espinar y Carrasco analizan la realidad de estas familias. En primer lugar, describen su ciclo evolutivo normativo en contraste con el ciclo de las familias nucleares no reconstruidas; además, identifican los estresores experimentados en la convivencia diaria, orientan sobre el proceso que debe llevar a cabo el psicólogo de familia para identificar, evaluar e intervenir en las situaciones problemáticas, y señalan pautas de prevención de estas situaciones y de adquisición de los recursos necesarios para poder llevarlas a cabo.

Por su parte, Carrasco y Martínez, en *Las familias de doble empleo: realidad y estrategias de adaptación*, exponen la problemática que aparece en otro tipo de familia cada vez más presente en las sociedades occidentales desarrolladas. Las autoras señalan los retos de adaptación de la familia a los que se enfrentan sus miembros, las estrategias adaptati-

vas que se pueden realizar para favorecer el ajuste entre las esferas laborales y familiares, y una propuesta de intervención para resolver los conflictos que en ellas se suscitan.

La familia con personas mayores es el tema del ámbito familiar que analiza Crespo. En una sociedad especialmente envejecida como es la sociedad española, se indican los problemas y necesidades de intervención en familias con personas mayores y se ofrecen indicaciones sobre la peculiaridad de las intervenciones con ancianos. También se proponen intervenciones para cuidadores de personas mayores frágiles o en situación de dependencia.

Espada, Hernández, Orgilés y Méndez, en su trabajo *La familia y los problemas de adicción*, contemplan las adicciones en cuanto problema sociosanitario importante que implica de manera especial a los adolescentes y sus familias. Informan sobre la prevalencia de las adicciones en la adolescencia, las consecuencias de las adicciones y los factores de riesgo y protección asociados al consumo de sustancias tóxicas y al abuso de las nuevas tecnologías. Señalan diversas modalidades de intervención familiar y estrategias para la prevención, y ofrecen una Guía de orientación familiar para padres y madres sobre cómo hablar con los hijos respecto a las drogas, y sobre cómo actuar en el caso de encontrarse con un hijo consumidor.

De *La atención a los enfermos crónicos en la familia* se ocupa Cruzado. Expone los diversos aspectos del impacto que representa la enfermedad crónica para la familia, señala la trayectoria de la enfermedad crónica, a través de sus diversas fases, e indica un proceso de evaluación psicológica adecuado para la familia con estos enfermos, así como los componentes de una intervención psicológica. Finalmente, ofrece un protocolo de intervención en el cáncer de mama para cada una de las fases o procesos asistenciales: consejo genético oncológico, diagnóstico, tratamiento quirúrgico, de radio o quimioterapia, retorno a casa (supervivencia), recurrencia y cáncer avanzado.

Barreto y Saavedra analizan el *Afrontamiento de la muerte en la familia*. En primer lugar, exponen el proceso de intervención que se requiere en el caso de las familias que tienen un familiar en situación

de final de vida (ante la previsible cercanía de la muerte); en segundo lugar consideran la posible intervención en los trastornos adaptativos que pudieran ocurrir ante esta situación y, finalmente, indican el abordaje adecuado del duelo por el fallecimiento de un ser querido.

Partiendo del supuesto estadístico de que en el seno de las familias que puedan asistir a un psicólogo de familia debe haber un número importante de personas afectadas por distintos trastornos de salud mental que precisan ser detectados y orientados hacia una atención específica, individual y especializada, Muñoz, Ausín y Pérez-Santos exponen *La detección de trastornos de salud mental por el psicólogo de familia*. Plantean cómo desarrollar las principales tareas en este cometido del psicólogo de familia: la *detección* de posibles «casos» de salud mental o posibles «trastornos» de salud mental y la *derivación* de éstos a los profesionales de salud mental para un diagnóstico, evaluación y tratamiento adecuados.

López y Costa, en el capítulo que dedican a la *Educación para la salud en la familia*, asumen el hecho de que la Educación para la Salud tiene en la familia su lugar apropiado, precisamente por ser en este escenario donde ocurre el aprendizaje de los comportamientos y estilos de vida que inciden en la salud o en la enfermedad. En esta dirección, desarrollan criterios y principios para la intervención y orientan de una manera práctica cómo llevar a cabo la promoción de comportamientos y estilos de vida saludables en la familia.

Ramos-Paúl expone las *Dificultades frecuentes en la intervención con padres* cuando se trabaja con problemas de los hijos. Se centra en los problemas que tienen como protagonistas a los padres y que pueden frenar o distorsionar la intervención psicológica. Entre los problemas que más se repiten, señala una serie de actitudes que tienen los padres y que deben ser modificadas para que puedan cumplirse los objetivos de la intervención, y los principales problemas que ocurren en la implementación de las técnicas. También presenta diez pautas básicas en la intervención con padres.

Finalmente, Olivares-Olivares, Rosa, Olivares y Macià, a través de su trabajo *Las escuelas de entrenamiento de padres*, contestan a dos interrogantes:

¿qué se sabe en psicología sobre el entrenamiento de padres? y ¿cómo pueden los psicólogos ayudar a los padres a ejercer eficazmente su papel? Aclaran conceptos sobre las escuelas de padres, abordan sus principales contenidos, los desarrollos teóricos so-

bre los que se fundamentan sus contenidos, la eficacia y las variables que modulan sus efectos, y el diseño y aplicación de programas. Por último, realizan una propuesta de guía para la elaboración de un programa básico de entrenamiento a padres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arranz, E. y Olabarrieta, F. (1998). Las relaciones entre hermanos. En M. J. Rodrigo y J. Palacios (coords.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 245-260). Madrid: Alianza.
- Arredondo, J. (1997). *La Titulación de Psicología. Esbozo de su historia, desarrollo y evaluación en la UCM*. Universidad Complutense de Madrid. Manuscrito sin publicar.
- Bandrés, J. y Llavona, R. (2004). La Escuela de Psicología y Psicotecnia de la Universidad de Madrid. *Psicothema*, 16(2), 173-180.
- Cáceres, J. (1992). Estudio experimental de la relación de pareja. *Análisis y modificación de conducta*, 18(59), 413-443.
- Carter, E. A. y Goldrick, M. Mc. (1980). *The family life cycle: A framework for family therapy*. Nueva York: Gardner.
- Cassidy, J. y Shaver, P. R. (1999). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Colegio Oficial de Psicólogos de España (1998). *Perfiles Profesionales del Psicólogo*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de España.
- Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (2012). *Grupos de trabajo del Colegio. Guía del Psicólogo*, 323, 14.
- COP (2012a). *Divisiones Profesionales del Consejo General de COP*. <http://www.cop.es/index.php?page=DivisionesCOP>.
- COP (2012b). *Áreas de Intervención Profesional*. <http://www.cop.es/index.php?page=areas-profesionales>.
- Driver, J., Tabares, A., Shapiro, A., Nahm, E. Y. y Gottman, J. (2003). Interactional patterns in marital success and failure: Gottman laboratory studies. En F. Walsh (ed.), *Normal family process: Growing diversity and complexity* (3.ª ed.) (pp. 493-513). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Duvall, E. M. (1957). *Family development*. Chicago: Lippincott.
- Duvall, E. M. (1977). *Marriage and family development*. Chicago: Lippincott (5.ª edición ampliada del original *Family Development*, 1.ª-4.ª edición).
- Estévez, E., Murgui, S., Musitu, G. y Moreno, D. (2008). Clima familiar, clima escolar y satisfacción con la vida de los adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(1), 119-128.
- Gass, K., Jenkins, J. y Dunn, J. (2007). Are sibling relationships protective? A longitudinal study. *Journal of child psychology and psychiatry*, 48(2), 167-175.
- Glick, M. D., Berman, E. M., Clarkin, J. F. y Rait, D. S. (2003). *Terapia conyugal y familiar*. Barcelona: Aula Médica.
- Inglés, C. J. (2009). *Enseñanza de habilidades interpersonales para adolescentes. Programa PEHIA* (3.ª ed.). Madrid: Pirámide.
- Labrador, F. J., Rincón, P. P., Estupiñá, F. J., Crespo, M., De Luis, P. y Fernández-Velasco, R. (2009). *Protocolos de atención psicológica a mujeres víctimas de violencia de género III: Protocolo de tratamiento*. Madrid: Ministerio de Igualdad y COP.
- Lila, M., Buelga, S. y Musitu, G. (2006). *Las relaciones entre padres e hijos en la adolescencia. Programa LISIS*. Madrid: Pirámide.
- Maccoby, E. E. y Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En P. H. Mussen (ed.), *Handbook of child psychology: vol. 4, Socialization, personality and social development* (vol. 4, pp. 1-101). Nueva York, NY: John Wiley.
- Maganto, J. M. y Bartau, I. (2004). *Corresponsabilidad familiar: fomentar la cooperación y responsabilidad de los hijos. Programa COFAMI*. Madrid: Pirámide.
- Meil, G. (2011). *Nuevas formas familiares en el contexto de la familia negociadora*. Sevilla: Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces. Junta de Andalucía.

- Osuna, M. J. (2006). Relaciones familiares en la vejez: vínculos de los abuelos y de las abuelas con sus nietos y nietas en la infancia. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 16(1), 16-25.
- Palacios, J. y Rodrigo, M. J. (1998). La familia como contexto de desarrollo humano. En M. J. Rodrigo y J. Palacios (coords.), *Familia y desarrollo humano* (25-44). Madrid: Alianza.
- Rico, C., Serra, E. y Viquer, P. (2001). *Abuelos y nietos*. Madrid: Pirámide.
- Rodríguez, M. A., del Barrio, M. V. y Carrasco, M. A. (2011). *El libro de familia. Un GPS educativo*. Sevilla: Defensor del Pueblo Andaluz.
- Santolaya, F. (1998) Presentación. En Colegio Oficial de Psicólogos de España. *Perfiles Profesionales del Psicólogo (7-10)*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de España.
- Secretariado del Año Internacional de la Familia de 1994 (1992). *Familia: Tipos y funciones*. Occasional Papers Series, n.º 2. Viena: ONU.
-

La familia en la sociedad actual

2

LUIS LLAVONA
RAFAEL LLAVONA

2.1. LA FAMILIA EN LOS COMIENZOS DEL SIGLO XXI

Si pudiéramos tener una visión panorámica del globo terráqueo en su conjunto, nos encontraríamos con la realidad de que las agrupaciones familiares en las diferentes sociedades, en los comienzos del siglo XXI, presentan una *amplia y variada tipología*. Esta tipología es tan diversa que abarca desde la familia tribal a la monoparental, y tan variada que en un mismo momento histórico coexisten la familia nuclear biológica con la familia poligámica, la reconstituida, la de reproducción asistida o la homoparental.

La familia ha sufrido una *brusca y profunda transformación* en los últimos cincuenta años en todo el mundo, hasta el punto que quizá ha experimentado los mayores cambios en toda la historia conocida, muy especialmente en las sociedades occidentales desarrolladas (América del Norte y Europa). Esta transformación ha sido brusca y profunda porque ha ocurrido muy rápidamente, en un período de tiempo históricamente tan corto como son cincuenta o sesenta años, y ha afectado a las características de los que integran el grupo familiar (monoparentalidad, o filiación por reproducción asistida), a las funciones que desempeñaba (pérdida de funciones básicas), a su organización interna (transición del modo patriarcal al igualitario) y a su configuración (aparición de nuevos tipos de familia, como la homoparental o la reconstituída con hijos de varios matrimonios).

El cambio experimentado por la familia está sin duda ligado a una nueva coyuntura social, que cris-

talizó después de haberse producido algunos cambios significativos en esta época. Para Therborn (2006), lo que le ha sucedido a la familia se puede resumir en tres puntos: 1) ha ocurrido una *disminución de la producción de hijos*; 2) ha sufrido una *erosión el poder de los padres y de las madres*, y 3) se ha *desligado la regulación-organización de la sexualidad de la institución matrimonial*.

A nuestro parecer, a estos importantes fenómenos de cambio social habría que añadir algunos otros que, por su trascendencia, no deben ser olvidados a la hora de buscar responsables del cambio en la agrupación familiar. Entre ellos, creemos que se debe destacar el *cambio en la condición social experimentado por la mujer*. En estos últimos cincuenta años, el salto en el nivel de formación, la toma de conciencia y la reivindicación de una condición personal y social, en pie de igualdad con los hombres, ha marcado tanto el cambio del papel desempeñado por la mujer en la sociedad como en la familia.

Otro condicionante social presente en esta época sería el *desarrollo de las ciencias biomédicas*, que ha tenido una doble incidencia sobre la familia en cuanto a la mayor supervivencia de sus miembros (descenso de la mortalidad infantil, control de la natalidad y prolongación del tiempo que se espera vivir) y la introducción de técnicas de reproducción asistida.

Por último, debe señalarse también que el *cambio en los valores sociales* ha cristalizado en cambios legislativos muy importantes, referentes tanto a la equiparación de derechos entre los hombres y las mujeres (en los aspectos sociales generales, laborales

y dentro de la familia) y a la promulgación de los derechos del niño, así como al reconocimiento de los derechos de las personas homosexuales para formar familias.

Este complejo proceso se pone de relieve a través de numerosos datos, de entre los que, a modo de ejemplo, se podrían resaltar:

1. La progresiva incorporación de la mujer al mercado de trabajo.
2. El descenso de la nupcialidad.
3. El incremento de las uniones de hecho.
4. El incremento de los divorcios.
5. El descenso en la fecundidad.
6. El incremento de la esperanza de vida.
7. El incremento de nacimientos por reproducción asistida.
8. La aparición del matrimonio entre personas del mismo sexo.

A partir de estos cambios sociales, el surgimiento repentino de una amplia variedad de nuevas formas de agrupaciones familiares, que paulatinamente se consolidan como formas alternativas a la que venía siendo la familia tradicional (la familia nuclear biológica), ha provocado en amplios sectores de la sociedad un sentimiento de *crisis* y una honda preocupación por lo que se considera un *ataque a la familia*, que hace temer por su desaparición y que genera una reafirmación intensa sobre la supremacía de ese tipo de agrupación familiar hasta ahora prevaleciente. Esta reafirmación en la consideración de la familia nuclear como la única agrupación familiar digna de considerarse familia, por su supuesta condición de agrupación familiar universal y más eficiente, con la consiguiente exclusión del resto de agrupaciones familiares alternativas emergentes, ha suscitado un amplio debate social sobre qué debe considerarse como familia en los albores del siglo XXI. En este debate han venido participando todos los segmentos sociales: sociólogos, psicólogos, médicos, juristas, políticos, periodistas, líderes religiosos, colectivos diversos y ciudadanos particulares...

Sin embargo, la discusión acerca de qué debe considerarse familia, y si la familia nuclear biológica es universal, no es novedoso ni reciente, sino que

se remonta ya a los orígenes de la constitución de la antropología como disciplina académica en el último tercio del siglo XIX. Desde entonces, vino siendo un área de investigación creciente, hasta el punto de que un siglo después esta temática superaba la mitad de todas las publicaciones de antropología (Fox, 1972), y aún hoy continúa suscitando amplia controversia. Como ya señalaba C. Lévi-Strauss: «el estudio comparativo de la familia entre los diferentes pueblos ha suscitado algunas de las polémicas más ásperas de toda la historia del pensamiento antropológico» (1974, p. 7).

2.2. LA AGRUPACIÓN FAMILIAR

En 1871, el abogado norteamericano Lewis H. Morgan publica *Sistemas de consanguinidad y afinidad en la familia humana*, una investigación fundamental en los inicios de los estudios antropológicos sobre la familia, basada en 139 informes representativos de todas las partes del mundo. Algunos de estos informes fueron obtenidos personalmente en Norteamérica, mientras que otros procedían de cuestionarios enviados a misioneros, militares y diplomáticos norteamericanos.

En su obra, reconstruyó el proceso de evolución seguido por las formas matrimoniales y familiares mediante el análisis de la terminología del parentesco, basándose en la hipótesis de que los términos con los que las sociedades se refieren al parentesco son más duraderos que las formas de organización social. Describió el paso seguido desde la promiscuidad primitiva, a través de formas intermedias, hasta la familia monogámica, y dejó sentada una tesis: la producción y la reproducción aparecían como los elementos determinantes de la historia y las instituciones sociales.

Pocos años más tarde, en 1877, el mismo autor publicó *La sociedad primitiva*, obra de conjunto sobre el proceso de evolución de las sociedades humanas, en la que dedicaba una parte al desarrollo de la idea de propiedad. La utilización de estos esquemas evolutivos, y su amplia divulgación por parte de Engels en su obra *El origen de la familia, la propiedad privada y el estado* (1884), eclipsan la figura de Mor-

gan y explican que éste sea más conocido como uno de los fundadores de la Antropología que como impulsor de los estudios de la familia. De aquellas aportaciones pioneras de Morgan nos queda, al menos, la consideración de que *la terminología y los conceptos de parentesco, familia y matrimonio constituyen los conceptos mediante los cuales las sociedades humanas construyen un sistema para transformar la biología del sexo y la reproducción en formas de organización y clasificación social*; esto es, en fenómenos institucionalizados históricamente en el seno de los diferentes sistemas culturales.

Una de las líneas históricamente relevantes en la investigación antropológica se ha orientado a la búsqueda de la existencia de un sustrato *último*, común, de todas las estructuras familiares, siendo, por tanto, universal. Entre esos intentos de un enfoque comparatista, constituye una referencia obligada el estudio realizado por Murdock (1949) sobre una muestra de 250 sociedades, en el marco de un proyecto patrocinado por el Servicio de Investigación Cultural de la Universidad de Yale (conocido como *Human Relations Area Files-HRAF*). Murdock creyó encontrar ese sustrato mínimo último en la *familia nuclear* (agrupación formada por el padre, la madre y su descendencia), pues ésta aparecía en la mayoría de las sociedades bien como tipo independiente, bien como unidad básica a partir de la que se construían otros tipos de familia más amplios. Debe hacerse notar que esta segunda condición era el caso de prácticamente la mitad de las sociedades de la muestra.

Este resultado fue progresivamente discutido, hasta ser considerado finalmente como un intento etnocéntrico fallido (Alonso Hinojal, 1973). Se ha objetado a Murdock la limitación de las categorías con las que se trabajaba en el *Human Relations Area Files* y el método correlacional mediante el cual operaba. Utilizaba categorías aisladas de su contexto, con la consiguiente pérdida de su significado funcional y su encuadre estructural (Mercier, 1966), lo que llevaba a Murdock a reconocer-identificar a la familia nuclear aislando elementos de otras agrupaciones familiares más amplias. En este sentido, se daba la paradoja de que una familia *polígama* evidenciaría la existencia de la *familia nuclear*, al poder

descomponerse la polígama en varias familias nucleares.

También se le ha recordado la relación inseparable de la familia con el resto del sistema social, puesta ya de manifiesto por Morgan, quien sostenía que cualquier cambio en una de las partes del sistema social produce efectos en todas las demás, lo que ocasiona un proceso de reajustes, que es lo que a través de un proceso evolutivo genera la historicidad de la familia como hecho social.

Subrayando esta interrelación familia-sociedad concreta, Michel (1974) afirma que: «La familia es un fenómeno histórico y debe ser considerada como un fenómeno social total, según la expresión de Mauss, inseparable de la sociedad global. El resultado es que no puede hablarse teóricamente de la familia en general, sino únicamente de tipos de familia tan numerosos como las regiones, las clases sociales y los subgrupos existentes en el interior de la sociedad global» (p. 7).

Por otro lado, si nos acercamos al campo de las definiciones, han sido numerosos los intentos por establecer una definición conceptual de la institución familiar que diera cuenta de todos los tipos de familia encontrados. De entre estos intentos, recogemos la aproximación al concepto de familia de Tylor, antropólogo contemporáneo de Morgan, cuando observa: «La sociedad ha estado desde siempre compuesta de familias que viven unidas por vínculos del parentesco y regidas por las reglas del matrimonio y los deberes de padres e hijos» (1973, p. 474). El propio autor, consecuente con su enfoque evolucionista, es consciente de la dificultad de hacer afirmaciones más precisas en este campo que tengan validez universal, pues añade: «Sin embargo, las formas de estos deberes y reglas han sido muy variados» (1973, p. 474). En su intento por buscar el núcleo universal, Murdock atribuía a la familia cuatro funciones vitales: la relación sexual, la reproducción, la educación y la subsistencia. De acuerdo con este criterio, Zelditch define la familia como «un grupo social en el que el acceso sexual está permitido entre los miembros adultos, en el que la reproducción ocurre legítimamente, en el que el grupo es responsable frente a la sociedad del cuidado y educación de los hijos y es, además, una unidad económica,

por lo menos de consumo» (Zelditch, 1964, p. 681). Las objeciones que en su momento se presentaron a G. P. Murdock valen también para la definición de M. Zelditch: estas funciones pueden ser satisfechas, y de hecho lo son en numerosos casos, también por otras instancias sociales por separado (Giner, 1974). Toda tentativa de fijar un concepto universal de familia ha venido resultando fallido, al no poder contener en un solo concepto todas las variantes producidas en las distintas sociedades.

Esta imposibilidad de encontrar una definición única que sea válida para todas las sociedades y en todos los momentos históricos, que evidencia la relación inseparable entre concepto de agrupación familiar y cada sociedad concreta, aparece reflejada en la definición del Comité de Naciones Unidas sobre Derechos Civiles y Políticos cuando define la familia como «grupo de personas (...) consideradas como familia según la legislación y práctica de un Estado» (citado por Organización de las Naciones Unidas, 1992, p. 54). En esta declaración queda bastante claro que *cada Estado puede considerar como familia agrupaciones familiares distintas*, y que lo que en un Estado se asume como familia, desde un punto de vista legal, en otro Estado vecino puede considerarse ilícito.

Ha de tenerse en cuenta que, en la tarea de definir lo que se entiende por familia a través de las sociedades, ha pesado sobre los estudios antropológicos, desde los orígenes, la limitación de las grandes categorías del lenguaje académico (construidas sobre los términos del lenguaje ordinario propio de la comunidad de investigadores, que no se ajustan al campo semántico ni a la visión del mundo contenida en los múltiples lenguajes nativos).

A juicio de C. Lévi-Strauss, ese intento por definir lo que se entiende por familia «no puede consistir en integrar las observaciones prácticas realizadas en distintas sociedades, ni tampoco en limitarnos a la situación que existe entre nosotros. Lo pertinente es construir un modelo ideal de lo que pensamos cuando usamos la palabra familia» (1974, p. 17). Ese modelo debe recoger todas las personas y funciones que desempeñan (el conjunto de elementos que se relacionan) y presentar el cuadro de combinaciones posibles entre tales elementos (tipos de agrupación

familiar): es la representación del sistema familiar total teórico, del que el sistema concreto que se observa en cada sociedad no es más que una combinación posible entre otras. El modelo sirve para mostrar el fundamento lógico a partir del cual, con elementos limitados, se pueden generar históricamente en contextos diferentes múltiples sistemas alternativos reales para realizar funciones equivalentes. El conocimiento del medio sociocultural resulta una instancia imprescindible; tan sólo el estudio empírico puede revelarnos las características propias de cada agrupación familiar concreta.

Éste es el punto de vista que se aprecia en *The VANIER Institute of the FAMILY* cuando, con un enfoque amplio, y por tanto aplicable a cualquier organización política no estatal, define el grupo familiar como:

«Cualquier combinación de dos o más personas que se une durante un tiempo por lazos de consentimiento mutuo, nacimiento y/o adopción y/o acogida y que, juntas, asumen en diverso grado la responsabilidad para desempeñar distintas combinaciones de algunos de los siguientes elementos:

- Mantenimiento físico y cuidado de los miembros del grupo.
 - Incorporación de nuevos miembros mediante la procreación o la adopción.
 - Socialización de los niños.
 - Control social de los miembros.
 - Producción, consumo y distribución de bienes y servicios.
 - Satisfacción de las necesidades afectivas».
- (Glossop, 1992, p. 5).

Esta definición práctica de la familia es una definición abierta en cuanto a la estructura y las relaciones entre sus miembros, que se centra en las funciones generales del grupo familiar, que permite incluir en ella la amplitud y diversidad de las conceptualizaciones existentes acerca de la familia, que no establece ninguna norma sobre el tamaño o la edad de sus miembros y tampoco determina las funciones específicas que han de desempeñar cada uno de sus miembros (Organización de las Naciones Unidas, 1993).

2.3. TIPOS DE FAMILIAS

2.3.1. Tipología estructural

En 1957, G. P. Murdock publica una *Muestra Etnográfica Mundial* de 565 sociedades, representativa de todas las culturas conocidas por la historia y la etnografía, de las que consigna treinta categorías socioculturales básicas. Por lo que se refiere a la familia, en la muestra de Murdock se recogen lo que hoy podría considerarse *tipos de familia tradicionales*, puesto que esa muestra la conforman los tipos que han existido antes de la década de 1960, momento en el que comienzan a producirse los grandes cambios actuales, incluyendo aquellos de los que la tradición guarda memoria.

TABLA 2.1

Tipología de las familias tradicionales

Nuclear	Polígama	Extensa
— <i>De orientación.</i>	— <i>Poliginica.</i>	— <i>Mínima o troncal.</i>
— <i>De procreación.</i>	— <i>Poliándrica.</i>	— <i>Menor o lineal.</i> — <i>Mayor.</i> — <i>Máxima.</i>

FUENTE: Basado en Murdock (1957).

Estos tipos, y su definición, se pueden plasmar en los siguientes:

1. *Nuclear*. Grupo formado por una pareja casada y sus hijos. Desde el punto de vista biográfico, en la familia nuclear se encadenan dos variedades:
 - a) La *familia de orientación*, que es aquella en la que una persona ha nacido y se ha criado.
 - b) La *familia de procreación*, que es la formada por una persona al contraer matrimonio, por su cónyuge y por sus descendientes.

2. *Polígama*. Grupo formado por ampliación del núcleo matrimonial (padre-madre), compuesto alternativamente por:
 - a) Un hombre casado con varias esposas, y su descendencia: la familia polígama *poliginica*.
 - b) Una mujer casada con varios esposos, y su descendencia: la familia polígama *poliándrica*.
3. *Extensa*. Grupo formado en proporciones crecientes por:
 - a) Dos familias de procreación de generaciones consecutivas emparentadas directamente (sin tener en cuenta las uniones polígamas): la *familia extensa mínima o troncal*. Una forma tradicional de familia troncal, característica de la sociedad agraria del norte de España y de buena parte de la Europa continental en los siglos pasados, es la formada por los padres, los hijos solteros y el heredero con su cónyuge y sus vástagos.
 - b) La familia de procreación de un individuo de la generación mayor y, por lo menos, las de dos individuos de la generación siguiente: la *familia extensa menor o lineal*.
 - c) Las familias de procreación de, por lo menos, dos hermanos o primos carnales de cada una de, por lo menos, dos generaciones consecutivas: la *familia extensa mayor*.
 - d) En las sociedades tribales predominan las familias extensas de amplio parentesco, pues a los parientes lineales directos se suman parientes colaterales, que son considerados miembros de la familia: la *familia extensa máxima*.

En este contexto, la terminología de parentesco puede redefinir la condición del *padre* y de la *madre*, extendiendo el nombre y las responsabilidades de la crianza a los hermanos del padre biológico y a las hermanas de la madre biológica.

Frente a esta tipología de la familia reflejada en los datos de Murdock (véase la tabla 2.1), las agrupaciones familiares que aparecen en el documento *Familia: tipos y funciones*, elaborado por la Organización de las Naciones Unidas (1992) con motivo de la celebración del Año internacional de la Familia de 1994, nos permite comprobar el cambio ocurrido en un ciclo de tiempo tan breve como son 40 años.

Cambio, en primer lugar, de la perspectiva teórica desde la que se contemplan los datos: Murdock parte del punto de vista teórico del investigador como referente del análisis y la clasificación, mientras que la perspectiva en la que se sitúa este documento es la de recoger la situación legal y las prácticas vigentes en cada sociedad. En concreto, ya no se define la alianza matrimonial como condición imprescindible para reconocer un grupo doméstico como familia, ni la diversidad de sexo como condición imprescindible para reconocer el matrimonio, en aquellos países en que ambos extremos son posibles.

En segundo lugar, refleja el cambio habido en la práctica social, sobre todo en las sociedades occidentales desarrolladas, en la medida en que es en estas sociedades en las que aparecen nuevos tipos de agrupación familiar, en relación tanto a la familia nuclear como a la familia extensa.

En esta tipología, además de contemplarse los tipos tradicionales de *familia nuclear*, *familia polígama* y *extensa*, ya recogidos por Murdock, se presentan otros *nuevos tipos de familia*, alternativos tanto a la familia nuclear como a la familia extensa.

En cuanto a los tipos de *familia nuclear*, se amplían con la inclusión de los siguientes:

1. *Monoparental*. Grupo formado por uno de los progenitores con su descendencia, solo por soltería o por divorcio, abandono, emigración o fallecimiento del otro cónyuge. En la mayoría de los casos suele tratarse de madres con su prole, lo que se conoce como familia matrifocal.
2. *Reorganizada (reconstituída)*. Grupo formado por cónyuges que proceden —al menos uno— de otro matrimonio o pareja de hecho, con su descendencia que les acompaña.
3. *Adoptiva*. Grupo formado por uno o dos padres y sus hijos adoptivos.
4. *«In vitro» (que utilizan reproducción asistida)*. Grupo formado por uno o dos padres y sus hijos concebidos mediante fecundación «in vitro» u otros procedimientos de reproducción asistida.
5. *Del mismo sexo (homoparental)*. Grupo formado por progenitores homosexuales y sus hijos y/o hijas.
6. *Social*. Grupo formado por dos personas que consolidan una relación de pareja, ya sea mediante alianza matrimonial o convivencia de hecho.

Respecto a la *familia extensa*, se añaden al inventario dos tipos que no implican necesariamente relaciones matrimoniales formales:

1. *Extensa matrifocal*. Grupo formado por parejas o pequeños grupos de mujeres que comparten la crianza de los hijos.
2. *Comuna*. Grupo formado por personas que optan por vivir en una comunidad de apoyo mutuo, en la que pueden convivir una o varias familias nucleares, en su caso, con algún otro adulto.

Otra tipología más reciente, orientada a la descripción y clasificación de las nuevas familias, es la propuesta por Meil (2011) (véase la tabla 2.2). A partir de la consideración de la pluralización de las formas de entrada en la familia, de la pluralización de la organización de la convivencia y de la pluralización de las formas de salida de la vida familiar, establece una tipología en torno al sexo de los miembros de la pareja, el vínculo legal, la experiencia de pareja, la homogeneidad cultural, la entrada en la parentalidad, la definición de los roles familiares, las características de la convivencia y el motivo del fin de la unión de la pareja.

Estas tipologías, y los cambios que en ellas se reflejan, ponen de manifiesto la distancia entre el ciclo evolutivo ideal trazado por la normativa institucional (matrimonio-procreación-crianza de los hijos-«nido vacío») y la realidad de la vida fa-

TABLA 2.2
Tipología de nuevas familias

Pluralización de las formas de entrada en la pareja	
Criterios de definición	Tipos
Sexo de los miembros de la pareja.	Heterosexuales/homosexuales.
Vínculo legal.	Matrimonial/de hecho.
Experiencia de pareja: primera unión - sucesivas uniones/monógamas - polígamas.	Primeras uniones/familias reconstituidas/familias monógamas/polígamas.
Homogeneidad cultural.	Mixtas/homoculturales según nacionalidad y/o afiliación religiosa.
Pluralización de organización de la convivencia	
Entrada en la parentalidad.	Parejas sin hijos/por adopción (internacional)/acogimiento/gestación subrogada.
Definición de los roles familiares.	Tradicionales/colaboradoras/igualitarias.
Características de la convivencia.	Vivir Juntos Separados (LAT), Relaciones a distancia (Long Distance Relationships), parejas de fin de semana (Shuttles).
Pluralización de las formas de salida	
Motivo del fin de la unión de pareja.	Familias monoparentales por divorcio/muerte.

FUENTE: Meil (2011).

miliar actual, que en ocasiones produce rupturas que desembocan en nuevos tipos de agrupación familiar, identificados en estas tipologías, como son la *familia monoparental* y la *familia reconstituida*. Además, en ellas también se pone de relieve la interrelación entre la naturaleza y la cultura en las relaciones familiares, como en el caso de la *familia adoptiva* y en la familia que utiliza la ayuda de la *reproducción asistida*. Sin embargo, los cambios sociales más profundos que afectan a la familia quedan evidenciados al romperse de hecho dos binomios, que a lo largo de la historia habían sido inseparables, como son familia-reproducción, situación que sucede en la *familia social* y en la familia cuya descendencia ocurre mediante donaciones de terceros en *reproducción asistida*, y matrimonio/pareja-heterosexualidad, condición que se manifiesta en la *familia homoparental*.

Respecto a la familia extensa, en el documento de la ONU las variedades más amplias, propias de las sociedades tribales, coexisten con nuevas modalidades aparecidas en el contexto de las sociedades occidentales desarrolladas. No es un movimiento de marcha atrás, porque no es correcta la interpretación histórica del paso directo de la familia extensa a la nuclear ligado a los procesos de industrialización (Laslett, 1972). Ambos tipos coexisten históricamente durante siglos en Occidente (Segalen 1992), y los dos son respuestas adaptativas a medios distintos.

En cuanto a la sociedad occidental moderna se refiere, se pone de manifiesto lo efímero de la hegemonía del tipo de familia considerado como «prototipo de familia» (la familia nuclear formada por padre-madre-hijos). Paradójicamente, lejos de ser el tipo de familia predominante a lo largo de la historia

de la humanidad, su hegemonía se ve cuestionada cuando apenas ha llegado a alcanzar los cien años que comprende el siglo xx. Por tanto, vendría a ser una figura de transición entre la familia que remite a los modelos de conyugalidad clásica de corte patriarcal, y la que remite a los modelos de relaciones conyugales que comienzan a ponerse en marcha en los años sesenta del pasado siglo xx (Segalen, 1992).

2.3.2. Tipología geocultural

En la definición habitual de los diversos tipos de agrupación familiar (tipología estructural) se conjugan algunos de los siguientes criterios básicos: generación, sexo, matrimonio, residencia postmatrimonial, afinidad, filiación, linealidad, colateralidad, nacimiento y defunción. Sin embargo, se pueden definir otros tipos complementarios de familia con referencia a otros criterios alternativos, como son la diversidad cultural, étnica o religiosa, bien desde la perspectiva de los cónyuges, que remite a la variante de las familias multiculturales (Beck-Gernsheim, 2003), o bien desde una perspectiva global geocultural. Desde este punto de vista, Therborn (2004a) identifica, sobre la base de las grandes religiones mundiales y la historia cultural de las civilizaciones, cinco sistemas fundamentales de familia, más otros dos importantes sistemas híbridos, resultado del cruce de los primeros, cada uno con variantes significativas:

- 1.º *Familia cristiana europea*. Se caracteriza históricamente por la monogamia, el considerar el matrimonio como un sacramento, la libre elección de cónyuge, el parentesco bilateral, la evaluación moral negativa de la sexualidad y el principio de la superioridad masculina. Fue exportada a las colonias europeas de ultramar.
- 2.º *Familia islámica de Asia occidental y África del norte*. La familia, el matrimonio (aun siendo un contrato) y las relaciones de género y entre generaciones están regulados en gran medida por la ley sagrada islámica. El principio de la superioridad masculina se proyecta en diversas reglas, como la poligamia, el divorcio por repudio del marido y la filiación patrilínea, compensadas por normas de protección de las mujeres, como el reconocimiento del derecho de propiedad femenino y la capacidad legal de las mujeres casadas. La sexualidad se considera como amenaza del orden social y debe estar sometida al control marital.
- 3.º *Familia de Asia meridional*. El hinduismo inspira las principales normas de la familia, que históricamente es extensa y patrilínea. El matrimonio es indisoluble y, con alguna excepción, monógamo. Se considera una obligación sagrada que todos deben cumplir. Los acuerdos matrimoniales se rigen por reglas de endogamia de casta. Las niñas son casadas por sus padres antes de la pubertad.
- 4.º *Familia confuciana de Asia oriental*. Se extiende por Japón, China, Corea y Vietnam. En este sistema, el matrimonio es un contrato entre familias, que puede disolverse por acuerdo mutuo o por el esposo. La sexualidad es interpretada desde una visión instrumental masculina. Este modelo se caracteriza por su énfasis en las relaciones intergeneracionales. Todas las normas familiares y sociales se subordinan a la devoción filial, a la veneración por los ancianos y al culto a los antepasados. La relación entre padre e hijo varón es fundamental. La familia extensa y patrilínea era el ideal chino, mientras que el de Japón era la familia troncal.
- 5.º *Familia del África subsahariana*. El modelo de matrimonio que impera en esta zona geocultural, independiente del pluralismo religioso y de la diversidad étnica existente, es la poligamia (poliginia) como práctica generalizada y de descendencia unilínea. Las alianzas matrimoniales se establecen por acuerdos familiares en los que la familia del novio compensa con bienes o servicios a la familia de la novia. El sistema se caracteriza por la valoración de la fecun-

didad y el respeto por la edad, los ancianos y los ancestros. Hay ausencia de ascetismo sexual moral. La regla de la supremacía masculina constituye una práctica general, que se flexibiliza por la existencia de lazos conyugales a menudo débiles.

6.º *Familia del sudeste asiático.* Se extiende desde Sri Lanka a Filipinas, incluyendo Myanmar, Tailandia, Malasia e Indonesia, y alcanzando incluso el sur de Vietnam. Es un modelo híbrido, pluralista en lo religioso (con variantes budistas, musulmanas, cristianas e incluso confucianas), que conlleva una relativa flexibilidad normativa y que, sobre la base de unos lazos de parentesco bilateral, permite amplias posibilidades en cuanto a selección de la pareja o en cuanto al divorcio. Sin embargo, se trata de un tipo de familia con un sentido patriarcal y una idea de la superioridad masculina considerables.

7.º *Familia criolla americana.* Se encuentra en el sur de Estados Unidos, México, centroamérica, América del Sur y todo el Caribe. Es una formación histórica dual bipolar. En un polo, entre los europeos gobernantes, la sociedad criolla implicó un fortalecimiento del patriarcado tradicional europeo, de dominación masculina y obediencia de la mujer, que sobrevive al declinar del patriarcado europeo; en el otro polo, se gestó el primer modelo masivo duradero de constitución de parejas informales, con descendencia extramatrimonial de filiación matrilineal, y con un fuerte componente machista en las relaciones.

Estos siete sistemas han estado sometidos durante el siglo xx a cambios, cada uno en su propia línea, con un ritmo temporal, una dinámica y una amplitud en la transformación diferentes en cada caso. Cambios tras los que todos los sistemas mantienen sus rasgos distintivos, sin que se aprecie una clara convergencia entre ellos. El único rasgo evolutivo común que se puede apreciar es una *pérdida de legitimidad del patriarcado*, sin bien es cierto que con

grandes diferencias en los diversos sistemas y manteniéndose todavía, incluso en el mejor de los casos (en el sistema europeo), la desigualdad de género (Therborn, 2004b).

2.4. LA FAMILIA EN LA SOCIEDAD ESPAÑOLA

Para poder entender adecuadamente la situación en la que se encuentra la familia en la sociedad española de comienzos del siglo XXI, la magnitud del cambio que ha experimentado y la tensión social que ha provocado su proceso de transformación, es imprescindible introducir una perspectiva histórica y remitirse a la España del régimen franquista, fenómeno político-social que marcó de modo determinante el siglo xx español y que impregnó ideológicamente de un modo especial a la agrupación familiar, al considerarla precisamente uno de los pilares fundamentales sociales de ese régimen.

2.4.1. Perspectiva histórica

2.4.1.1. *La familia en la «posguerra»*

Al finalizar la guerra civil (1939), el bando vencedor acaudillado por el general Franco funda un régimen militar-político-religioso, estructurado políticamente en torno a una organización jerarquizada: el *Movimiento Nacional*, agrupado en torno a la Falange Española Tradicionalista y de las Juntas de Ofensiva Nacional Sindicalista —FET y de las JONS—. Ésta será la única organización política-sindical permitida legalmente en España hasta el año 1976, etapa de la «transición a la democracia», que vertebrará ideológicamente todos los aspectos de la sociedad española y postulará un modelo de familia, de acuerdo al papel que han de jugar en la sociedad el hombre y la mujer: el *hombre* ha de ser el actor social por excelencia y el cabeza de familia, mientras que a la *mujer* se le reserva el papel de ama de casa, esposa y madre.

La implantación de este modelo de familia truncó los cambios radicales que se habían producido

durante la II República en la legislación sobre la familia y la condición social de la mujer: reconocimiento de la igualdad de derechos entre los sexos, implantación del matrimonio civil obligatorio, equiparación entre los esposos, derecho al divorcio (incluso por consentimiento mutuo), supresión de la discriminación entre hijos legítimos e ilegítimos, admisión de la investigación de la paternidad, regulación del derecho al aborto, establecimiento de centros de información para el control de la natalidad, supresión de los delitos de adulterio y amancebamiento, prohibición de la prostitución... (Iglesias de Ussel y Flaker, 1993).

Todavía en plena guerra civil, poco después de formar Franco el primer gobierno del Nuevo Estado el 3 de febrero de 1938 en Burgos, capital de la España Nacional, se derogó la Ley del Matrimonio Civil el 12 de marzo. Unos meses después de finalizar la guerra, la ley del 23 de septiembre de 1939 derogó la ley del Divorcio, con carácter retroactivo, restableciéndose la vigencia del *Código Civil de 1889* y la adecuación del ordenamiento familiar al *Derecho canónico*. Debe tenerse presente que el nuevo régimen reclama la doctrina de la Iglesia Católica como fuente ideológica que ha de inspirar las normas que rijan a la sociedad española. Así, no sólo en el *Fuero de los Españoles* se fija que «La profesión y práctica de la Religión Católica, que es la del Estado español, gozará de la protección oficial», sino que en la Ley que promulga los *Principios del Movimiento Nacional* se establece como principio II: «La Nación española considera como timbre de honor el acatamiento a la Ley de Dios, según la doctrina de la Santa Iglesia Católica, Apostólica y Romana, única verdadera y fe inseparable de la conciencia nacional, que inspirará su legislación».

En el *Fuero del Trabajo*, de 9 de marzo de 1938, se reconoce a la familia «como célula primaria, natural y fundamento de la sociedad, y al mismo tiempo como *institución moral dotada de derecho inalienable y superior a toda ley positiva*. Para mayor garantía de su conservación y continuidad, se reconocerá el patrimonio familiar inembargable» (Declaración XII, número 3). Al abordar la regulación del trabajo, marca ya el papel de la mujer en la sociedad al proclamar que: «En especial, prohibirá el trabajo nocturno de las mujeres y niños, regulará el

trabajo a domicilio y liberará a la mujer casada del taller y de la fábrica» (sic) (Declaración II, número 1). Esta liberación de la mujer casada del trabajo externo a la casa fija pasa a convertirse en el ideal de mujer en la «nueva sociedad».

Por su parte, en el *Fuero de los Españoles*, promulgado el 17 de julio de 1945, en el capítulo II, artículo 22, se reitera el especial reconocimiento a la familia: «El Estado reconoce y ampara a la familia como institución natural y fundamento de la sociedad, con derechos y deberes anteriores y superiores a toda ley humana positiva. El matrimonio será uno e indisoluble. El Estado protegerá especialmente a las familias numerosas». El reconocimiento que se da a la familia como «institución natural y fundamento de la sociedad» tiene una incidencia tal en la ideología política, que se establecerá la *representación familiar* como uno de los medios de representación política: «Todos los españoles tienen derecho a participar en las funciones públicas de carácter representativo a través de la Familia, el Municipio y el Sindicato, sin perjuicio de otras representaciones que las leyes establezcan» (capítulo I, artículo 10).

Como resumen de la concepción de la familia en este período histórico, Moragues destaca las siguientes características:

- I. La naturaleza del matrimonio como un sacramento y no como un contrato, monopolizado por la Iglesia católica, y, por tanto, indisoluble y eterno.
- II. La supremacía absoluta del cabeza de familia: el hombre, y la consideración de la mujer como una menor de edad con capacidad limitada y supeditada al marido.
- III. La plena identidad entre matrimonio y familia y, consecuentemente, la discriminación respecto de los hijos habidos fuera del matrimonio, prohibiéndose la investigación de la paternidad.
- IV. La penalización de cualquier tipo de conducta privada que fuera en contra de tales principios.» (Moragues, 2008, p. 109).

La **familia prototipo** de esta sociedad estaba constituida por un matrimonio (contraído por la

Iglesia según las normas del Derecho canónico), formado por el marido (cabeza de familia) y la mujer, y al menos tres hijos. En el año 1950, el 32 por 100 de las mujeres casadas de 35 a 44 años habían tenido cinco hijos o más (Miguel, 1992). El cabeza de familia era el trabajador que ingresaba el dinero para el sustento de la familia, pues solamente en torno al 12 por 100 de las mujeres trabajaban fuera de su casa en el año 1940 (Benería, 1977), lo que reduce sustancialmente el porcentaje de mujeres casadas trabajadoras. Además, la familia estaba estructurada jerárquicamente, siendo el cabeza de familia quien ejercía la dirección autoritaria de la familia tanto en su relación con los hijos como con la esposa.

La tasa de natalidad continúa experimentado una disminución progresiva desde principios de siglo, lo que pone de manifiesto un cambio de actitud respecto a la familia numerosa y el predominio de la familia nuclear reducida sobre el grupo familiar más amplio característico de etapas anteriores (Gómez Arboleya y del Campo, 1959).

Finalmente, es preciso reseñar que la estabilidad legal de los matrimonios era muy alta, debido a que los casados que desearan poner fin a la convivencia sólo contaban con el recurso de iniciar causas de nulidad o separación matrimonial tramitadas ante los tribunales de la Iglesia. Como ejemplo, en el año 1952 solamente se tramitaron un total de 909 causas en toda España (Alberdi, 1979).

2.4.1.2. *La familia del desarrollismo al final del franquismo*

La evolución de la familia en España, desde finales de la década de los cincuenta hasta el año 1975, año en el que muere el general Franco, está ligada a las profundas transformaciones socio-político-económicas ocurridas en ese período.

El 20 de julio de 1959 se publica un decreto-ley de Nueva Ordenación Económica, el Plan de Estabilización, que, seguido por los *Planes de Desarrollo*, liquida la etapa de autarquía en la que se sumió España desde la posguerra, promueve la apertura comercial al exterior y consolida la recuperación económica, el desarrollo industrial y los procesos de

urbanización y modernización iniciados en los años 50. El desarrollo económico experimentado en ese período, publicitado como el «milagro español», se fundamentará en tres pilares básicos: el aumento de la inversión extranjera, el desarrollo del turismo y las remesas de divisas enviadas por los españoles emigrados a Europa. Este avance producido en la sociedad española llevó aparejado un doble proceso de modernización de la mentalidad social en cuanto a valores y costumbres, tanto por la propia evolución interna (migración rural a los nuevos centros industriales, aumento del nivel educativo de la población —y de modo muy señalado de la mujer— e incorporación paulatina de la mujer al mundo laboral), como por la impregnación de los modelos de otras sociedades más desarrolladas, a través del cine, de la llegada de la televisión a los hogares y del turismo. La modernización social que se produjo en este ciclo de la historia de España (1958-1975) fue chocando con la rigidez ideológica oficial-legal, lo que llevó a una pugna constante entre las distintas nuevas fuerzas sociales (sindicales, culturales, estudiantiles, vecinales...) y el sistema gobernante, guardián del corsé ideológico del Movimiento Nacional, que trató de impedir esta evolución reprimiendo sus brotes y siendo la causa del padecimiento que sufrió buena parte de la sociedad española.

El lento proceso de modernización de los aspectos legales que conciernen a la familia tiene su arranque en la *Ley de 24 de abril de 1958*, por la que se modifican determinados artículos del Código Civil que afectaban, entre otros temas, al matrimonio y la capacidad jurídica de la mujer. La ocasión de la reforma es el necesario ajuste del sistema matrimonial a lo establecido en el Concordato suscrito entre el Estado español y la Santa Sede el 27 de agosto de 1953.

Esta ley de reforma reconoce dos clases de matrimonio: el canónico y el civil. *Al matrimonio canónico* (que sigue siendo obligatorio para todo católico, incluso cuando uno solo de los contrayentes lo sea) se le da un valor sustantivo, esencial (ya que por sí mismo tiene plena eficacia en el orden civil), quedando el *matrimonio civil* como una clase subsidiaria de matrimonio, que pueden contraer quienes *prueben* que no profesan la religión católica. Ade-

más, se suprime del articulado el término *divorcio*, que es sustituido por la expresión *separación personal*.

Por lo que se refiere a la *capacidad jurídica de la mujer*, ésta se amplía en el nuevo texto, respondiendo en alguna medida a las exigencias del cambio social ocurrido en los casi setenta años de vigencia del Código Civil (1889-1958). Sin embargo, aun cuando en el preámbulo de la ley se acepta el principio de que el sexo no puede determinar, en el campo del Derecho civil, una diferencia de trato que limite la capacidad jurídica de la mujer, también se especifica que, por exigencia del principio de la unidad matrimonial, en la «*sociedad conyugal*» existe una *potestad de dirección que la naturaleza, la Religión y la historia atribuyen al marido*; por ello, *la ampliación de los derechos de la mujer encuentra límite en el estado civil, en su condición de casada*. No debe dejar de señalarse que el artículo 57 del Código Civil establecía: «El marido debe proteger a la mujer y ésta obedecer al marido». Esta consideración de la mujer casada como persona tutelada por el marido y dependiente de él, y esta doctrina respecto a la autoridad del marido en la familia, se mantendrá en el ordenamiento legal español hasta el año 1975.

No obstante, a partir de la reforma de 1958 se producen los siguientes tímidos avances en cuanto al reconocimiento de derechos de la mujer:

- 1.º *La mujer puede ser tutora y también tiene la posibilidad de formar parte del consejo de familia*; pero si está casada, necesita la licencia de su marido, el cual puede revocarla posteriormente. En todo caso, esta posibilidad sigue estando sujeta a un orden de prelación, de acuerdo a la proximidad de los diversos grados de parentesco, en el que, como norma, si es posible, el varón precede a la mujer.
- 2.º La reforma *restringe los poderes absolutos del marido respecto a los bienes gananciales*, quien hasta entonces disponía de ellos con toda libertad, pudiendo comprar, gravar, vender o donar como dueño de hecho, aun con perjuicio de la mujer y de sus herederos.

A partir de la reforma, el marido seguirá siendo administrador, pero necesitará el *consentimiento* de la mujer para disponer de inmuebles o establecimientos mercantiles; sobre el resto de los bienes de la sociedad de gananciales, la mujer sólo podrá solicitar medidas de aseguramiento al Juez de Primera Instancia, con el riesgo de que éstas lleguen demasiado tarde.

- 3.º Para las situaciones anormales de convivencia conyugal, como en los *procesos de separación o anulación del matrimonio*, se corrigen algunos puntos claramente injustos y discriminatorios:
 - a) Como medida cautelar, una vez iniciado el proceso de separación o anulación del matrimonio *cada cónyuge podrá administrar su parte de los bienes gananciales*.
 - b) Asimismo, *la mujer podrá permanecer en el domicilio conyugal* («la casa del marido» decía el Código Civil); por tanto, se suprime el llamado *depósito de la mujer*, pues hasta entonces la mujer, culpable o inocente, debía salir de la casa de la familia para ser *depositada* en otro domicilio (en el de los padres, en el de algún otro familiar o incluso en un convento).
- 4.º *Se suprime el doble rasero para la consideración de las consecuencias del adulterio del hombre y de la mujer*. De acuerdo al Código Civil de 1889, tratándose de la mujer, el adulterio era causa de separación en todo caso; tratándose del marido, sólo cuando resultara escándalo público o menosprecio para la mujer.
- 5.º *La viuda ya no pierde la patria potestad si vuelve a casarse*. Hasta entonces era así, salvo que el marido difunto, padre de los hijos, lo hubiera especificado en testamento.

Algunos años más tarde, el 22 de julio de 1961, se publica la *Ley sobre derechos políticos, profesio-*

nales y de trabajo de la mujer, complementaria de la anterior. En el preámbulo, de nuevo, se ponen de manifiesto las limitaciones de la doctrina oficial respecto a la capacidad de la mujer, trasladadas en este caso al terreno de los derechos mencionados. El texto se remite literalmente a los argumentos de la ley de 24 de abril de 1958: *el sexo por sí solo no puede implicar más limitaciones que las que la condición femenina impone*; sin embargo, el estado de mujer casada lleva consigo las limitaciones de derecho que la potestad de dirección del matrimonio exige. En el mismo preámbulo se añade una consideración respecto a los trabajos manuales, en la que se recuerda una norma programática del Estado Español anunciada en el Fuero del Trabajo —*libertar a la mujer casada del taller y de la fábrica*—, que desvela la concepción que tiene el legislador del reparto de tareas en el seno de la familia: esa liberación no podrá conseguirse mediante prohibiciones —se dice en el texto—, sino «por la *elevación general de las rentas del trabajo*, reales y no nominales, *del marido* que, en conjunción con otros programas, señaladamente el de la vivienda..., *permitan al cabeza de familia el mantenimiento con lo procedente de su solo trabajo y esfuerzo de un nivel digno de vida para su familia*».

La ley permite a la mujer el ejercicio de toda clase de cargos públicos por elección o designación, el acceso a los cuerpos y carreras administrativas a través de procedimientos competitivos de selección, con *excepción de la carrera militar, judicial y la marina mercante*, y contratos de trabajo, con excepción de aquellos que, por su *carácter penoso, peligroso o insalubre*, sean determinados por las disposiciones reglamentarias correspondientes. Ahora bien, por lo que se refiere a la mujer casada, el art. 5.º dice textualmente: «Cuando por Ley se exija la autorización marital para el ejercicio de los derechos reconocidos en la presente, deberá constar en forma expresa».

Como un dato revelador de hasta qué punto el marido tenía un papel predominante en la familia de esa época, mientras la mujer mantenía un rol subsidiario, hasta 1970 (Ley del 4 de julio) los padres podían dar a sus hijos en adopción sin consentimiento de las madres. No será hasta el año 1969 cuando el marido esté obligado a pedir *autorización*

a su esposa para vender inmuebles o establecimientos mercantiles que fuesen gananciales. Sólo en el año **1975 (Ley de 2 de mayo)** desaparecerán del Código Civil la licencia matrimonial y la obediencia debida al marido, y la mujer ya no perderá la nacionalidad al contraer matrimonio; no obstante, todavía no obtendrá la mujer la plena igualdad con el marido, al atribuirse la patria potestad al padre, persistir la administración legal del marido de los bienes gananciales, o tener éste la posibilidad de determinar el domicilio conyugal (Alberdi, 1999).

La **familia tipo** de esta etapa, que abarca algo menos de veinte años, va atravesando una continua evolución marcada por la disminución de la natalidad, la reducción del número de hijos por familia, la incorporación de la mujer casada al mercado laboral y la transformación de las relaciones jerárquicas autoritarias familiares en relaciones más democráticas-participativas.

Sin embargo, esta familia tipo sigue estando constituida por un matrimonio que se ha casado en una iglesia católica (el 99,7 por 100 en 1975, Vázquez de Prada, 2005) y tiene dos o tres hijos (en 1970 habían tenido 5 o más hijos sólo un 14 por 100 de las mujeres casadas de 35 a 44 años; Miguel, 1992). El cabeza de familia legal sigue siendo el padre, quien mayoritariamente aporta los ingresos para el sustento de la familia. Ha de tenerse presente que, en 1970, solamente el 12 por 100 de las mujeres casadas trabajaban fuera del hogar y otro 15 por 100 más hacían diversas tareas extradomésticas (Costa, 2000; Durán, 1972); por tanto, el porcentaje de mujeres casadas que sólo eran amas de casa ascendía todavía al 73 por 100.

Por lo que se refiere a la estabilidad legal de los matrimonios, el importante cambio social experimentado se ve reflejado en el aumento de las «causas matrimoniales» y en el ritmo de su evolución. Así, mientras que en 1952 se habían producido 909 causas y en 1965, trece años después, sólo habían aumentado en 366 (1.275), en los cinco años siguientes se contabilizaron ya 905 más (2.180 en 1970); y en tan sólo otros cuatro años el aumento fue de 1.863, ascendiendo en 1974 a 4.043 el número de nulidades y separaciones matrimoniales tramitadas ante los tribunales de la Iglesia (Alberdi, 1979).

2.4.2. La familia en la España actual

La sociedad española actual, y por tanto las familias que en ella se desarrollan, se han ido configurando, a lo largo de un proceso que ya supera los treinta años, conforme a los principios que se expresan en el artículo 1 de la *Constitución Española*: «España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político».

A la muerte del general Franco, el 20 de noviembre de 1975, le sucede el Príncipe D. Juan Carlos de Borbón (Juan Carlos I), *designado* por Ley de 22 de julio de 1969 «Sucesor en la Jefatura del Estado, a título de Rey». A partir de este momento, impulsado por el nuevo Rey, se acelera un proceso desde dentro de las instituciones franquistas, apoyándose en sectores aperturistas, para tratar de acercar el anquilosado sistema político a la dinámica y evolucionada sociedad española de 1975, en la que diversos movimientos sociales luchaban por la democracia y por las libertades civiles y pedían la «ruptura» con el Régimen, haciendo peligrar su continuidad. En este giro político, posteriormente denominado como la «transición a la democracia», es figura clave el presidente Suárez. Nombrado por el Rey en julio de 1976, establece contactos con las principales fuerzas sociales de la oposición democrática que todavía son ilegales (representantes de la agrupación Coordinación Democrática, conocida coloquialmente como «platajunta», y de modo más específico con el Partido Comunista de España, liderado por Carrillo, con el Partido Socialista Obrero Español, liderado por González, y con otros movimientos sociales), y logra que las Cortes franquistas aprueben la **Ley para la Reforma Política** (Ley de 4 de enero de 1977). Esta ley, de hecho, supone el principio del fin legal del franquismo, y posibilitó que se dieran los pasos necesarios para convertir la España «real» en España «legal». Para ello, mediante diversos decretos ley se posibilitó la legalización de los partidos políticos y la celebración de elecciones democráticas.

El 15 de junio de 1977 se celebran las *primeras elecciones generales* libres en la España postfranquista, que configuraron las Cortes que se encargaron de

elaborar y aprobar la **Constitución Española en 1978**, ratificada mediante referéndum. Desde este marco legal que transforma España en un Estado social y democrático de Derecho, y bajo la forma política de una monarquía parlamentaria, se han venido sucediendo, con la periodicidad legal establecida, las correspondientes elecciones municipales, autonómicas y generales, que han posibilitado la alternancia en los respectivos gobiernos de agrupaciones políticas de diversa ideología.

Terminada la transición a la democracia, el proceso pacífico que protagonizó la sociedad española suscitó el interés y el apoyo internacional de las sociedades democráticas avanzadas, coincidente con un período histórico de gran vitalidad social interno, que le llevará a una progresiva homologación e integración con los países de su entorno como un Estado europeo, democrático y occidental. Este fenómeno se puede apreciar, en el año 1982, en acontecimientos tan heterogéneos como el *ingreso de España en la Organización del Tratado del Atlántico Norte (OTAN)*, o la celebración en nuestro país del *Campeonato Mundial de Fútbol*. En el año 1986, España se convierte en *miembro* de pleno derecho de la *Comunidad Económica Europea (CEE)*, actualmente *Unión Europea*, asumiendo por primera vez su presidencia en 1989. En 1992 se suceden los *Juegos Olímpicos de Barcelona*, la *Exposición Universal de Sevilla* y Madrid ejerce la *Capitalidad Europea*. Estos acontecimientos de gran repercusión mundial, desarrollados de modo muy satisfactorio, a consideración de la crítica internacional, consolidaron definitivamente la imagen de una sociedad española pacífica, solvente y moderna.

Al finalizar el siglo xx, y en los comienzos del siglo xxi, España se encuentra ya formando parte de los Estados democráticos occidentales más desarrollados, participando en los principales foros internacionales y asumiendo, de modo regular, la presidencia de la Unión Europea en 1995, 2002 y 2010.

2.4.2.1. Cambio del marco legal

Si bien a lo largo de este período histórico se han sucedido un número elevado de disposiciones legales que regularon diversos aspectos de temas centrales

a la familia (matrimonio, divorcio, filiación, patria potestad, custodia...), sólo vamos a reseñar aquí los principales hitos legislativos. Para una información más amplia de los cambios en el derecho de familia puede consultarse Alberdi (1992) y Moragues (2008). Dentro de ellos, el primero y principal es la aprobación de la *Constitución Española en 1978*. En ella figuran los principios que orientarán los sucesivos cambios legislativos que han de afectar a la familia:

- I. Igualdad ante la ley sin discriminación por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social (art. 14).
- II. Libertad ideológica y religiosa. Aconfesionalidad del Estado (art. 16.1 y 2).
- III. Plena igualdad jurídica del hombre y la mujer en el matrimonio (art. 32.1).
- IV. El matrimonio se puede disolver (art. 32.2).
- V. Igualdad legal de los hijos con independencia de su filiación, y de las madres, cualquiera que sea su estado civil (art. 39.2).
- VI. La ley posibilitará la investigación de la paternidad (art. 39.2).

Estos principios constitucionales fueron viendo su concreción en las leyes contenidas en el Código Civil, en su dos reformas de 1981 y 2005.

La *reforma del Código Civil de 1981* supuso un cambio radical en la normativa legal que regulaba tanto la estructura como la dinámica de la familia. Las principales aportaciones se pueden resumir en los siguientes puntos:

- I. Posibilidad de elección, sin restricciones, de la *forma* de celebración del matrimonio: *civil o religiosa* (art. 49).
- II. Se establece la *igualdad de derechos y deberes* del marido y de la mujer (art. 66), y se señala que ninguno puede atribuirse la representación del otro (art. 71).
- III. Contempla la disolución del matrimonio por *divorcio* (art. 85), si bien para solicitarlo debe haberse pasado previamente por la *separación* (art. 86).

- IV. La *filiación por naturaleza matrimonial* y la *no matrimonial*, y la *adoptiva plena*, dan lugar a los mismos derechos (art. 108).
- V. Los hijos están bajo la *potestad del padre y de la madre* (art. 154).

A su vez, la *reforma del Código Civil de 2005* aportó un cambio sustancial no sólo de gran trascendencia legal, sino también de una profunda repercusión social: la legalización del *matrimonio entre personas del mismo sexo*. Además, modificó las condiciones para la obtención de la *separación* y del *divorcio* (acortando los *plazos*, suprimiendo el articulado de *causas* y permitiendo acceder *directamente* al divorcio), y cambió algunos otros aspectos relacionados con la igualdad de los cónyuges y con la terminología referida al género. Estos cambios se pueden resumir en los siguientes cuatro puntos:

- I. «El matrimonio tendrá los mismos requisitos y efectos cuando ambos contrayentes sean *del mismo o diferente sexo*» (art. 44).
- II. La *separación* y el *divorcio* se puede decretar *a petición de uno solo*, transcurridos *tres meses* desde la celebración del matrimonio (art. 81 y 86).
- III. Los cónyuges «deberán *compartir las responsabilidades domésticas* y el *cuidado y atención de ascendientes y descendientes* y otras personas dependientes a su cargo» (art. 68).
- IV. Los términos «marido», «mujer» o «paterno» y «materno» de diversos artículos se sustituyen por «cónyuges» y por «progenitores» (por ejemplo, art. 66, 67 y 154).

2.4.2.2. *Proceso de evolución*

A lo largo de esta última etapa, la familia ha experimentado una transformación tan rápida y profunda en todo el Estado español, que a una persona que viviera en la España de 1975 le resultaría imposible anticipar la situación de la familia existente en la actualidad. Esta transformación de la familia se ha producido prácticamente en todos sus ámbitos, de tal modo que el cambio se puede apre-

ciar atendiendo a cualquiera de los parámetros que se quiera analizar (véase la tabla 2.3, construida a partir de diversas publicaciones del Instituto Nacional de Estadística (INE) [*Censo de población y viviendas*, 1981, 1991 y 2001; *Movimiento natural de la población 1975-2010*; *Estadística de nulidades, separaciones y divorcios 1998-2010*; *La sociedad española tras 25 años de constitución* (2003); *España a comienzos del siglo XXI* (2004); *15 de mayo. Día internacional de las familias* (2004 y 2009)], y de *Mujeres y hombres en España 2006-2011*, publicación del INE en colaboración con el Instituto de la Mujer).

Así, la **natalidad** disminuyó de tal modo que España pasó en veinte años de ser la segunda nación de la Unión Europea en que nacían más niños —2,78 hijos por mujer en 1975— a tener sólo 1,17 por mujer en 1995, continuando con esta tasa tan

baja hasta llegar a ser *el país de la UE en el que menos niños nacieron en el año 2001*. Sin embargo, debido al flujo migratorio extranjero, se para esta tendencia y se aprecia un ligero repunte en el año 2005 (1,34), que alcanza su máximo en el año 2008 (1,46), para volver a la tendencia del descenso (1,38 en el 2010). En estos últimos años vuelven a alcanzarse *tasas de natalidad* similares a las de 1990, que continúan siendo *de las más bajas de la Unión Europea*. Ha de tenerse en cuenta que a partir de 1995 la llegada de emigrantes se intensifica, y en el año 2000 aportaban el 6,2 por 100 del total de nacimientos, mientras la población extranjera residente en España representaba solamente el 3,3 por 100. En el año 2010, suponiendo ya el 12,2 por 100 de la población, aportaron el 20,61 por 100 de todos los nacimientos. Por tanto, hay que destacar que, en la actualidad,

TABLA 2.3

Evolución de la familia española en el período 1975-2010

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
Nº medio de hijos por mujer	2,78	2,2	1,64	1,36	1,17	1,23	1,34	1,38
Matrimonios	271.347	220.674	199.658	220.533	200.688	216.451	209.415	170.440
Matrimonios civiles	0,3% (1976)	4,5%	15,0%	19,3%	23,1%	27,0%	39,4%	58,4%
Matrimonios mismo sexo	—	—	—	—	—	—	0,6%	1,9%
Nacidos fuera del matrimonio	2,0%	3,9%	8,0%	9,6%	11,0%	17,7%	26,6%	35,5%
Separaciones	—	6.880 (1981)	25.046	36.272	40.371	61.617	64.028 18.793 (2006)	7.248
Divorcios	—	9.483 (1981)	18.291	23.191	33.104	37.743	72.848 126.952 (2006)	102.933
Tasa de actividad femenina	27,5 % (1977)	27,1%	27,6%	33,4%	37,0%	39,7%	46,4%	52,3 %

FUENTE: Elaboración propia.

uno de cada cinco nacimientos que ocurren en España es de madre extranjera.

Esta contracción de la natalidad implicó tanto una *reducción importante del número de hijos por cada familia* como un aumento de las familias sin hijos. De este modo, el porcentaje de mujeres casadas de 35 a 44 años que habían tenido *cinco o más hijos* era todavía un 12 por 100 en 1977 y descendía ya al 8 por 100 en 1985 (Miguel, 1992). Sin embargo, las *familias numerosas (tres o más hijos)*, que en el año 1991 alcanzaban un 12,3 por 100, en el año 2001 no superaban el 5,2 por 100, y en 2007 llegaban solamente al 3,7 por 100. Por el contrario, las familias *sin hijos* siguieron la tendencia inversa. En 1991 suponían el 19,6 por 100 de todas las familias, aumentando al 21,6 por 100 en 2001 y situándose con el 29,6 por 100 en el año 2008 como modelo de familia más frecuente que la de uno o dos hijos. Estos datos reflejan que, en la España actual, *una de cada cuatro familias no tiene hijos.*

Otro conglomerado de grandes transformaciones operadas en la sociedad española de esta época se centra en el **matrimonio**. El número total de matrimonios, con oscilaciones a lo largo del período, disminuyó en tal proporción que los ocurridos en el año 2010 suponen solamente el 63 por 100 de los celebrados en 1975, a pesar de que la población creció de 35 a 47 millones. Pero, además, la forma de celebración del matrimonio varió sustancialmente. Así, los *matrimonios civiles* pasaron de ser prácticamente inexistentes en 1976 (0,3 por 100 del total) a ser *mayoritarios en el año 2010 (58,4 por 100)*, frente a un 41,1 por 100 contraídos según la religión católica y un 0,5 por 100 según otras religiones. A esto se ha venido a sumar el cambio legal producido en el año 2005 respecto a la legalización del matrimonio de personas del mismo sexo; en el año 2010 los *matrimonios del mismo sexo* suponían un 1,9 por 100 del total, y en el primer semestre del 2011 ascendían a un 2,5 por 100.

Por otra parte, el *número de hijos que nace fuera del matrimonio* es un dato que resulta muy relevante respecto al declinar de la institución matrimonial en la sociedad española actual, si se exceptúa la reciente reivindicación del matrimonio entre personas del mismo sexo, quizá más como una demanda de

extensión de derechos entre los ciudadanos que como una exaltación del matrimonio en sí. En el año 1975 solamente el 2 por 100 de los niños no nacían dentro de un matrimonio, siguiendo una tendencia que iba en ligero aumento y tardó veinte años en llegar hasta el 11 por 100 (1995), año a partir del que comienza una escalada que hace que en diez años se alcance la cifra del 26,6 por 100 (2005), y que ya suponga el 35,5 por 100 en el año 2010. Es decir, en la sociedad española, atendiendo al estado civil de la madre, al menos *uno de cada tres niños nace fuera del matrimonio*. Mención especial merecen algunas provincias, donde más de la mitad de los nacidos lo hacen fuera del matrimonio, como Las Palmas (59,2 por 100) o Santa Cruz de Tenerife (56,8 por 100).

A su vez, la *estabilidad matrimonial legal* también sufrió un cambio vertiginoso a raíz de la «ley del divorcio» de 1981. Si bien, como se ha mencionado anteriormente, en 1974 el número de nulidades y separaciones matrimoniales tramitadas ante los tribunales de la Iglesia había llegado a 4.043, siete años más tarde, y en sólo seis meses desde que se permitiese la disolución civil del matrimonio, tienen lugar 9.483 divorcios y 6.880 separaciones. Aun cuando el legislador había establecido la *separación* como un *paso previo para el divorcio*, en un sentido cautelar de la preservación del matrimonio, durante los años 1981 y 1982 se produjeron más divorcios que separaciones. Esta aparente contradicción es debida a que en esos dos primeros años de vigencia de la nueva ley, el número de matrimonios que cumplían ya los requisitos exigidos para poder llegar al *divorcio* era numeroso: 9.483 en 1981 y 22.578 en 1982, frente a 6.880 (1981) y 17.879 (1982) *separaciones*. Estos datos representan un ejemplo claro de cómo la antigua legalidad suponía una clara barrera que imposibilitaba la normalización de la situación de los matrimonios que ya llevaban tiempo rotos.

A partir de 1983 el número de divorcios comienza a ser menor que el de separaciones, viéndose así encauzada la resolución de la conflictividad matrimonial por los pasos marcados por los legisladores, proceso que continúa hasta el año 2005. A partir de este año, con la modificación legal que permite el

acceso directo al divorcio, vuelve a ocurrir un fenómeno similar al acontecido en 1981-1982, teniendo lugar 72.848 divorcios frente a 64.028 separaciones en el 2005, y 109.922 divorcios frente a 8.759 separaciones en el 2008. De este modo, se puede observar cómo se produce un nuevo reajuste de la legalidad a la realidad social, y cómo la anterior secuencia establecida separación-divorcio cumplió el objetivo de frenar el divorcio durante veinticinco años. En el año 2010, de los 110.181 matrimonios en conflicto que deseaban poner fin a su convivencia, el 93,4 por 100 recurrió directamente al divorcio.

A la luz de los datos que emergen sobre los matrimonios en la sociedad española actual, la forma de contraerlos y la magnitud de su disolución, podemos afirmar que *cada vez ocurren menos matrimonios* (37 por 100 menos respecto a 1975), *se realizan ya en mayor porcentaje por la vía civil* (58,4 por 100) *y se divorcian mucho más* (102.933).

Finalmente, respecto a la salida de la mujer fuera del hogar para realizar distintos tipos de trabajos, la **tasa de actividad femenina** ha ido aumentando de forma progresiva. En el período 1975-85 se mantuvo en torno al 27 por 100 para ascender al 33 por 100-39 por 100 en la década 1990-2000 y llegar al 52,3 por 100 en el año 2010. De acuerdo con estos datos, se puede constatar que, tras treinta y cinco años de esfuerzo continuado, *la incorporación de la mujer al mundo laboral, ejerciendo cualquiera de las diversas profesiones*, aunque todavía en una proporción algo menor que la del hombre (con una tasa de actividad del 68 por 100 en 2010), *es visto como un hecho normal* en la sociedad española actual.

2.4.2.3. Las nuevas familias

Como resultado del proceso de cambio tan profundo en algunos parámetros básicos de la familia que se acaba de describir, en la España del primer decenio del siglo XXI nos encontramos, de hecho, con una *nueva realidad familiar* heterogénea: la coexistencia de *familias tradicionales* (matrimonios heterosexuales con su/s hijo/s biológicos, que aun manteniéndose mayoritarias van perdiendo peso), con *familias monoparentales, reconstituidas, homoparentales, sociales* (sin hijos), *adoptivas, con reproduc-*

ción asistida, de doble empleo, o de otras culturas (extranjeros). Esta realidad familiar «nueva» se deriva tanto de la *aparición de nuevas condiciones, legales o biomédicas*, en el caso de las familias reconstituidas, las homoparentales o con reproducción asistida, como del *cambio en la magnitud* experimentado por ese tipo de familias, que las hace pasar de ser un tipo de familia minoritario, casi anecdótico, a tener un peso importante en la sociedad, como pueda ser el caso de las familias sociales (sin hijos), las de doble empleo, las adoptivas o las de otras culturas; o puede deberse a la concurrencia de ambos factores, como sucede con las monoparentales.

Datos significativos referentes a estas familias se muestran en la tabla 2.4 (la información que aparece en esta tabla procede de diversas publicaciones del INE [*Movimiento natural de la población 2010; Estadística de nulidades, separaciones y divorcios 2010, 15 de junio. Día Internacional de la Familia* (2004, 2009), *Mujeres y Hombres en España 2010* (2011), *Medidas de Protección a la Infancia y Adopciones 1997-2009*], del Registro SEF (2009) y de Meil (2011).

TABLA 2.4

Nuevas familias españolas

	Miles
Matrimonio sin hijos	3.550,6 (2008)
Monoparental	558,3 (2010)
Reconstituida	301,0 (2001)
Homoparental	18,3 (2010)
Nacimientos de madre extranjera	100,0 (2010)
Adopciones	49,3 (1998-2008)
Con reproducción asistida	16,0 (2009)

FUENTE: Elaboración propia.

Las **familias sin hijos** (*sociales*) suponen una nueva realidad familiar, en cuanto han pasado de ser el 15,9 por 100 de los núcleos familiares en el año 1975 (Campo y Navarro, 1985) al 29,6 por 100 en el 2008, y *se ha convertido en un tipo de familia más común que la de uno o dos hijos*. Esta realidad familiar, que se ha relacionado fundamentalmente con el problema del descenso de la natalidad, ha sido menos analizada en sí misma en cuanto a su dinámica y su problemática, y en cualquier caso se ha resaltado menos que otras en las que están presentes los hijos, como la monoparental o la reconstituida. Sin embargo, parece evidenciar una nueva tendencia social a la formación de parejas sucesivas, que se renuevan periódicamente, sin necesidad de tener descendencia. En este sentido, en España casi la mitad de las disoluciones matrimoniales que se producen está protagonizada por matrimonios sin hijos (43 por 100 en el año 2010). Además, no puede pasarse por alto el fenómeno de las *parejas de hecho*, que vendría a engrosar el número y el peso de las parejas sin hijos en la sociedad española.

Por otra parte, un aspecto que ha de estar relacionado con el aumento de los matrimonios sin hijos es el incremento de las adopciones, de las cuales el 75 por 100 se producen entre personas que no tienen hijos.

Las **familias adoptivas** han alcanzado una gran importancia como realidad social, al haberse pasado de 1.791 adopciones en el año 1997 a 3.828 en el 2008, lo que supone un aumento del 214 por 100. En cifras totales, atendiendo a esos *últimos 12 años*, se han producido un total de *49.352 adopciones*. Debido a la reducción de niños adoptables en España, la mayoría de las adopciones han sido internacionales (80 por 100). Desde la ratificación del Convenio de la Haya en 1995, la adopción internacional ha experimentado un crecimiento espectacular, pasando de 942 adopciones en 1997 a 5.541 en el 2004 (punto más alto de las adopciones internacionales en España), y cayendo hasta las 3.006 en el año 2009. Estos números nos sitúan como *uno de los países del mundo con cifras más altas en adopciones internacionales*.

No obstante, estos datos, con ser descriptivos de los hechos de la adopción, sólo iluminan una parte

de la magnitud del fenómeno, pues la importancia real de la adopción para las familias españolas sólo queda valorada si se atiende además a las solicitudes de adopción. En esta dirección, debe anotarse que en el año 2008, donde hubo 672 adopciones nacionales, entraron 4.710 *solicitudes nacionales* «nuevas» y quedaban 6.944 «pendientes»; respecto a las 3.156 internacionales de ese año entraron 6.431 *solicitudes internacionales* «nuevas» y quedaban «pendientes» 3.796.

Las **familias monoparentales**, aunque siempre han estado presentes en nuestra sociedad, derivadas mayoritariamente de la muerte de uno de los padres y en menor medida de la maternidad de mujeres solteras, crecen significativamente a partir de 1981 con la legalización de la *separación/divorcio* y con la más reciente tendencia de las mujeres a ser *madres solas*. Así, su peso real se aprecia cuando se comprueba que *entre las familias con hijos menores de 18 años* han pasado de suponer ya el 8,6 por 100 en el año 2000 al *10,2 por 100 en el 2008, llegando a superar el medio millón* en el año 2010. Además, como fenómeno relevante, *el 87 por 100* de ellas están formadas por las *madres solas*. Este dato debería analizarse atendiendo a que en las disoluciones matrimoniales se suele conceder la custodia de los hijos menores a las madres, al menos en el 80 por 100 de los casos, y al aumento de *nacimientos de mujeres no casadas*, que en el año 2010 alcanzó la cifra de 171.839. No obstante, hay que tener presente que no todos los nacidos de mujer no casada formarán parte de familias monoparentales, puesto que pueden también contribuir a aumentar las «parejas de hecho» con hijos. En cualquier caso, un dato que confirma que el fenómeno de la monoparentalidad ha pasado ya a formar parte de la realidad social española es que en los anuncios de «vacaciones» de la agencia de viajes de unos grandes almacenes, en anuncios de prensa del verano de 2011, se podía leer «Descuento: Monoparental (1), Viaje de novios y mayores de 60 años» (1) uno o dos niños de 2 a 12 años inclusive, acompañados por un adulto (El País 14/08/2011).

Las **familias reconstituidas**, entendidas como la familia en la que existe algún hijo que no es común a la pareja, se forman fundamentalmente a partir de la disolución de una pareja anterior con hijos. En

ella pueden convivir hijos no comunes y comunes a la pareja. En España, ha pasado de ser un tipo de familia prácticamente inexistente a contar en el censo de 2001 con una cifra de 301.039 (232.863 casadas y 68.176 no casadas), que suponía el 3,6 por 100 de todas las parejas con hijos, y significan ya el 8 por 100 de éstas en el año 2006. Si bien sobre ellas se dispone de pocos datos, se puede estimar su tendencia creciente si se tiene en cuenta que, de los matrimonios que se vienen celebrando en los últimos diez años, un número importante de los contrayentes estaban divorciados (44.340 en el año 2010).

Las **familias de doble empleo**, tipo de familia derivada de la incorporación de las mujeres casadas al «mundo del trabajo», han ido adquiriendo relevancia a medida que la tasa de actividad femenina fue creciendo. En nuestra sociedad, donde esta tasa supera ya el 50 por 100, no es extraño que, de entre todas las familias, aquellas en las que *los dos miembros de la pareja trabajan a tiempo completo* supongan el 44,4 por 100 en el año 2008. Su porcentaje asciende al 59,5 por 100 si se contempla el trabajo de ambos, aunque alguno, o los dos, lo realicen a tiempo parcial. No obstante, si se quiere conocer la auténtica dimensión del fenómeno de los «padres que trabajan», en relación a los conflictos que se puedan originar derivados de su ausencia del hogar y de la dificultad para ejercer su rol paterno, consideramos que es necesario contemplar también aquí a las familias «monoparentales»: si cuando conviven dos padres con sus hijos las dificultades se derivan de que trabajen los dos, cuando sólo convive un padre se producirán dificultades similares con la sola condición de que éste trabaje.

Las **familias homoparentales** suponen un tipo de familia completamente nuevo en la sociedad española, pues la unión estable de parejas del mismo sexo tiene muy pocos años de presencia social y su existencia legal tiene su origen en la reciente reforma del Código Civil de 2005. Desde entonces hasta el año 2010 se han celebrado 18.860 matrimonios entre personas del mismo sexo y han tenido lugar 578 rupturas matrimoniales, por lo cual en el año 2010 las *familias homoparentales casadas* ascendían en España a 18.282. A ellas deberíamos añadir un buen número más, si consideramos que ya en el censo de

2001 el número de *parejas de hecho del mismo sexo* alcanzaba la cifra de 10.474.

Las **familias con cónyuges extranjeros se ha hecho presente en la sociedad española en los últimos 15 años**. Si bien en 1975 solamente residían entre nosotros 165.039 extranjeros, en el 2010 se acercan a los 6 millones (5.747.734). Un dato muy significativo respecto a la incidencia de estas familias en nuestra sociedad es que en el año 2010 tenían *madre extranjera 100.012 niños nacidos* en España (20,61 por 100). Otro referente que ayuda a valorar el peso de este fenómeno proviene de los enlaces matrimoniales. En el año 2010, en *uno de cada cinco* (21,0 por 100) *de los matrimonios celebrados entre personas de distinto sexo alguno* de los contrayentes era extranjero (*familias multiculturales*), y en el 4,4 por 100 lo eran los dos (*familias de otras culturas*).

Las **familias con reproducción asistida** también suponen una novedad absoluta para la sociedad, al hacerse posible su existencia por los recientes avances de las ciencias biomédicas. En nuestro país han tenido un rápido crecimiento debido al alto desarrollo científico y asistencial logrado en este campo, que coloca a España entre los tres primeros países de Europa en cuanto al número de ciclos de reproducción humana asistida. Según el Ministerio de Sanidad, de acuerdo con los datos correspondientes al registro de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF, 2009), *16.000 niños nacen cada año en nuestro país mediante técnicas de reproducción asistida* (ASEBIR, 2011). De éstos, un *84 por 100 se deben a técnicas de fecundación in vitro* (FIV), correspondiendo el *16 por 100* restante a la *inseminación artificial*. Estos datos deben ser reconsiderados al alza, pues el registro en el que se basan sólo incluye información del 65 por 100 de los centros de reproducción humana asistida para los datos de FIV y del 56 por 100 para los datos IA (Inseminación artificial).

Un aspecto novedoso a destacar respecto a estas familias es el rápido aumento tanto de las personas que quieren formar una familia solas (fundamentalmente mujeres) como de las parejas-matrimonios del mismo sexo. Si bien siguen siendo mayoritarias las parejas heterosexuales que recurren a esta ayuda, ya *alcanzan 1/3 las pacientes* de las clínicas de fertilidad *que afrontan el embarazo en solitario*.

Estas *nuevas familias* no suponen solamente un cambio en el «paisaje social» (por ejemplo, ver a una niña de la mano de sus mamás/papás), ni un mero cambio en las estructuras (por ejemplo, hermanos que viven con su madre y/o padre y con el marido de éstos pero no con su otro padre), sino un cambio en la manera de relacionarse estas familias con la sociedad y la sociedad con ellas. Este cambio, que implica esas nuevas maneras de relacionarse, supone una tensión social no sólo por el esfuerzo de adaptación (mental y de cambio del funcionamiento social), sino también por la incertidumbre que provocan esos nuevos comportamientos sociales. Es comprensible que ante toda novedad social surja la incógnita respecto a su viabilidad para lograr un funcionamiento social efectivo y sobre los problemas y repercusiones negativas que ello pueda acarrear. No puede pasarse por alto que, al tratarse de familias nuevas para una sociedad, ésta no tiene todavía experiencia histórica sobre esos fenómenos, por lo cual no posee información propia basada en datos reales (sólo «prejuicios» o datos de segunda mano de otras sociedades), ni respecto a si realmente generarán problemas, ni cuáles serán éstos en el caso de que aparezcan, ni puede tener en su repertorio cultural propio recursos contrastados históricamente dentro de la propia sociedad que le aseguren cómo enfrentar con éxito esas nuevas situaciones.

Esta nueva realidad social está planteando un desafío importante a la sociedad española que está dándole respuesta, desarrollando cada día nuevos modos de ajuste entre las personas, y entre las personas y las instituciones, que obliga a una cierta improvisación, pero que va logrando una adaptación aceptable, sin que hasta el momento se manifiesten graves distorsiones sociales por este motivo. En cualquier caso, no debe olvidarse que para lograr el bienestar psicológico de los integrantes de una agrupación familiar, lo más importante no es el tipo de estructura familiar en la que se encuentren, sino la calidad de la vida familiar que se genere.

En este marco, la psicología, y de modo más específico *el psicólogo de familia*, como psicólogo especializado en este ámbito, *ha de servir como ayuda profesional en este proceso de cambio familiar profundo*, orientando en el estudio de las nuevas situaciones familiares, estableciendo pautas de actuación adecuadas psicológicamente, previniendo posibles problemas e interviniendo cuando los conflictos familiares lleguen a presentarse. En esta dirección nos remitimos a los trabajos que aparecen en este Manual abordando *la adopción* (Berástegui), *las familias reconstituidas* (Espinar y Carrasco), *las familias de doble empleo* (Carrasco y Martínez), o al reciente libro *Desarrollo psicológico en las nuevas estructuras familiares* (Arranz y Oliva, 2010).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberdi, I. (1979). *Historia y sociología del divorcio en España*. Madrid: CIS.
- Alberdi, I. (1992). Cambios en el derecho de familia y sus repercusiones sociales. *Infancia y Sociedad*, 16, 35-48.
- Alberdi, I. (1999). *La nueva familia española*. Madrid: Taurus.
- Alonso Hinojal, I. (1973). *Sociología de la familia*. Madrid: Guadiana.
- Arranz, E. y Oliva, A. (coord.) (2010). *Desarrollo psicológico en las nuevas estructuras familiares*. Madrid: Pirámide.
- ASEBIR (2011). *Comunicado de prensa del 29 de diciembre de 2011*. Madrid: Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción.
- Beck-Gernsheim, E. (2003). *La reinención de la familia. En busca de nuevas formas de convivencia*. Barcelona: Paidós (Original de 2000).
- Benería, L. (1977). *Mujer, economía y patriarcado durante la España franquista*. Barcelona: Anagrama.
- Campo, S. del y Navarro, M. (1985). *Análisis sociológico de la familia española*. Barcelona: Ariel.
- Costa, D. L. (2000). From Mill Town to Board Room: The Rise of Women's Paid Labor. *Journal of Economic Perspectives*, 14 (4), 101-122.
- Durán, M. A. (1972). *El trabajo de la mujer en España. Un estudio sociológico*. Madrid: Tecnos.
- Engels, F. (1970). *El origen de la familia, la propiedad privada y el estado*. Madrid: Fundamentos (Original de 1884).

- Fox, R. (1972). *Sistemas de parentesco y matrimonio*. Madrid: Alianza Editorial (Original de 1967).
- Giner, S. (1974). *Sociología*. Barcelona: Península.
- Glossop, R. (1992). Family definitions: What's it to me? *Transition*, 22, n.º 1, 5-8.
- Gómez Arboleya, E. y del Campo, S. (1959). *Para una sociología de la familia española*. Madrid: Ediciones del Congreso de la Familia Española.
- Iglesias de Ussel, J. y Flaker, Ll. (1993). Familia y análisis sociológico: el caso de España. *REIS*, 61, 55-75.
- Laslett, P. (1972). The History of the Family. En P. Laslett y R. Wall (eds.), *Household and Family in Past Time* (pp. 1-89). Cambridge: Cambridge University Press.
- Lévi-Strauss, C. (1974). *La familia*. En Lévi-Strauss, C., Spiro, M. E. y Gough, K., *Polémica sobre el origen y la universalidad de la familia* (7-49). Barcelona: Anagrama (Original de 1956).
- Meil, G. (2011). *Nuevas formas familiares en el contexto de la familia negociadora*. Sevilla, Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces. Junta de Andalucía.
- Mercier, P. (1966). *Histoire de l'Antropologie*. Paris: P.U.F.
- Michel, A. (1974). *Sociología de la familia y el matrimonio*. Barcelona: Península (Original de 1972).
- Miguel, A. de (1992). *La sociedad española 1992-93. Informe sociológico de la Universidad Complutense*. Madrid: Alianza Editorial.
- Moragues, C. (2008). *El derecho de familia en España*. Barcelona: Fundación CIDOB.
- Morgan, L. H. (1871). *Systems of consanguinity and affinity of the human family*. Washington: Smithsonian Institution.
- Morgan, L. H. (1975). *La sociedad primitiva*. Madrid: Ayuso (Original de 1877).
- Murdock, G. P. (1949). *Social Structure*. Nueva York: Mac-Millan.
- Murdock, G. P. (1957). World Ethnographic Sample. *American Anthropologist*, 59, 664-667.
- Organización de las Naciones Unidas (1992). Familia: Tipos y funciones. *Occasional Papers Series*, n.º 2, 45-81.
- Organización de las Naciones Unidas (1993). La familia como entorno: Perspectiva de la vida familiar como ecosistema. *Occasional Papers Series*, n.º 5, 29-59.
- SEF (2009). *Registro de la Sociedad Española de Fertilidad: Técnicas de reproducción asistida (IA y FIV/ICSI). Año 2009*. Madrid: SEF.
- Segalen, M. A. (1992). *Antropología histórica de la familia*. Madrid: Taurus (Original de 1981).
- Therborn, G. (2004a). *Between Sex and Power. Family in the World. 1900-2000*. Londres: Routledge.
- Therborn, G. (2004b). Familias en el mundo. Historia y futuro en el umbral del siglo XXI, en Irma Arriaga y Verónica Aranda (comp.), *Cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces* (pp. 21-42). Santiago de Chile: Naciones Unidas/CEPAL. Serie Seminarios y conferencias n.º 24.
- Therborn, G. (2006). African families in a global context. En G. Therborn (ed.), *African Families in a global context*. Research Report n.º 131 (pp. 17-48). Uppsala: Nordiska Afrikainstitutet.
- Tylor, E. B. (1973). *Antropología*. Madrid: Ayuso (Original de 1881).
- Vázquez de Prada, M. (2005). Para una historia de la familia española en el siglo XX. *Memoria y Civilización*, 8, 115-170.
- Zelditch, M. (1964). Family, marriage and kinship. En R. E. L. Faris (comp.), *Handbook of Modern Sociology* (680-733). Chicago: Rand McNally & Co.

La educación positiva de los hijos: principios y procedimientos

3

JOSÉ ANTONIO CARROBLES
MANUEL GÁMEZ-GUADIX

3.1. EL RETO DE LA EDUCACIÓN DE LOS HIJOS

En las últimas décadas se ha producido un cambio determinante en el ámbito familiar y en las relaciones entre padres e hijos. Este cambio ha supuesto aciertos muy relevantes, referidos por ejemplo al mayor reconocimiento de los derechos de los menores y al hecho de otorgarles un papel más activo en su propia educación. Sin embargo, al mismo tiempo, han aflorado otras problemáticas relacionadas con la forma en que los padres tienen que afrontar el control y la supervisión de sus hijos. En este sentido, se ha transitado desde un modelo autoritario, en el que los padres ejercían el control de forma arbitraria, hacia un modelo más igualitario caracterizado por una mayor indefinición sobre cómo educar a los hijos. No son pocos los padres que se quejan de la falta de límites y de no saber cómo controlar a sus hijos (López, 2007).

Ejercer como padres no es tarea fácil. Esta labor va más allá de satisfacer las necesidades básicas de alimentación y sustento, aun cuando éstas son muy importantes. La crianza de los hijos incluye también aspectos tan relevantes como educar en un clima de afecto, apoyo y respeto que facilite el desarrollo de relaciones de apego seguras, el establecimiento de normas y disciplina, enseñar hábitos y estilos de vida saludables, la transmisión de valores o la toma de decisiones importantes. Todo ello sin olvidar promover la autonomía de los hijos a medida que van creciendo, para que aprendan a autorregularse por sí mismos.

Por si todo ello fuese poco, estas tareas se han de ejercer en un contexto familiar más diversificado, en el que además de la familia tradicional, cuyo núcleo estaba formado por dos cónyuges, son cada vez más frecuentes otros tipos de familias, como las monoparentales, las reconstruidas o las homoparentales. Además, los roles asignados a cada progenitor han cambiado considerablemente en las últimas décadas. La mayoría de las madres no se dedican en exclusiva al cuidado de los hijos en el hogar, sino que es frecuente que lo tengan que compaginar con otro trabajo fuera de casa. Al padre, por su parte, se le exige cada vez más asumir un rol activo en la educación y el cuidado de los hijos, más allá de ser mero proveedor de recursos económicos. Todo ello, junto con otros factores, como las demandas de la sociedad de consumo y la generalización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, plantean nuevos modelos y retos en la socialización, que requieren reconsiderar y redefinir algunos principios educativos básicos.

No todos los padres saben, por instinto, cómo actuar y resolver las nuevas problemáticas planteadas en relación con la educación de los hijos. De hecho, no son pocas las ideas erróneas sobre la crianza de los menores. En la tabla 3.1 recogemos un muestrario de algunas de ellas. Por todo ello, el presente capítulo revisa los principios fundamentales de la educación positiva de los hijos, haciendo hincapié en aspectos concretos que pueden favorecerla. Partimos de la idea central de que los padres tienen una gran influencia en el comportamiento de sus hijos, comportamiento que es aprendido y que puede modificarse (Carrobles y Pérez-Pareja, 2008).

TABLA 3.1

*Algunas ideas erróneas sobre la educación de los hijos***1. «Es mejor hacerse amigo de los hijos».**

La relación entre padres e hijos no debe ser una relación «de igual a igual» o «de amigos». Ser cercano con los hijos no implica necesariamente una relación simétrica en la que padres e hijos tienen el mismo grado de responsabilidad. Aunque siempre es deseable llegar a acuerdos a través de la comunicación y el diálogo, a los padres les corresponde en última instancia el derecho y la responsabilidad de decidir sobre qué es lo más adecuado y conveniente para los hijos. En este sentido la educación debe ser participativa, pero no democrática.

2. «Más vale un azote a tiempo».

Numerosos estudios demuestran que el castigo físico no tiene, en el mejor de los casos, ninguna consecuencia positiva sobre la conducta de los menores. Sin embargo, sí puede conllevar diversos efectos negativos, como servir de modelo de agresividad o escalar hacia el maltrato (por ejemplo, palizas). Por otro lado, no usar el castigo físico no significa falta de control o de normas. Más bien lo contrario. Los niños necesitan control, supervisión y disciplina constante (por ejemplo, tiempo fuera, coste de respuesta, retirada de privilegios, etc.), estrategias que son más eficaces que el azote y la bofetada.

3. «Disciplina es lo mismo que castigo».

El castigo es una parte más de la acción disciplinaria, pero la disciplina incluye muchas más estrategias que el simple castigo. En este sentido, el refuerzo, el elogio, el razonamiento verbal, ignorar el comportamiento inadecuado o advertir sobre las consecuencias son estrategias que deben formar parte de la disciplina aplicada a los hijos. Por ello, además de la aplicación de castigos moderados no físicos (por ejemplo, privar de privilegios), es de gran importancia caer en la cuenta de la importancia de emplear en mayor medida el resto de métodos disciplinarios positivos.

4. «La culpa de cómo sean los hijos siempre la tienen los padres».

Aunque los padres tienen una influencia fundamental, el comportamiento de los hijos depende en última instancia de otros muchos factores. Algunos de estos factores son la influencia del grupo de iguales, la socialización en la escuela, la propia personalidad, las experiencias personales de los hijos, etc. A menudo se piensa que los hijos se pueden «traumatizar» con facilidad por cualquier cosa que hagan los padres. Es importante no ser catastrofistas en este sentido y ser conscientes de que en ocasiones es inevitable cometer errores. Culpabilizar a los padres de todo lo que les ocurre a los hijos no es realista ni adecuado. En contraposición, fomentar la responsabilidad y la autoestima de los padres repercutirá en el empleo de unas mejores pautas educativas.

5. «Si un hijo nace de una determinada manera, los padres pueden influir muy poco en él».

Si bien es verdad que las personas nacen con una serie de características biológicas que las definen, no menos cierto es que tales características no son inmutables o rígidas. La personalidad y la conducta se van definiendo y modificando a través de su interacción con la familia y con el ambiente. De ahí la importancia de que esta interacción sea adecuada, ya que indudablemente afectará a las creencias, los valores o los comportamientos de la persona en la sociedad. En todos los casos, se producirá una interacción herencia-ambiente en la que la socialización en la familia ocupará un papel de suma importancia.

6. «El niño debe tener siempre la figura de un padre y la de una madre».

Lo más importante para el desarrollo adecuado de un menor es que tenga varias figuras de apego que le proporcionen afecto y seguridad, con independencia de que sean el padre y la madre biológicos. En este sentido, distintos tipos de familias, como las monoparentales, las reconstruidas o las homoparentales, también pueden proporcionar la base de apego seguro y protección que los niños necesitan para un desarrollo psicosocial con todas las garantías necesarias.

TABLA 3.1 (continuación)

7. «Cualquier conflicto entre padres e hijos es negativo»

Los conflictos son una parte inevitable de las relaciones humanas, incluida la familia. Lo relevante no es que el conflicto tenga lugar, sino la manera en la que padres e hijos lo resuelven. Si se resuelve de manera adecuada, puede ser una forma de solucionar problemas y promover cambios positivos. Además, en muchos casos el conflicto es necesario porque permite exponer emociones y pensamientos, y aclarar posibles confusiones. El límite entre el conflicto saludable y el problemático lo marca el uso del chantaje o la agresión física o verbal.

3.2. PRINCIPIOS DE LA EDUCACIÓN POSITIVA DE LOS HIJOS**3.2.1. Estilos parentales, afecto y control**

Con frecuencia oímos hablar de padres democráticos, autoritarios o permisivos. También a menudo, estas denominaciones no están exentas de ambigüedad conceptual y confusiones terminológicas. Por ejemplo, suele afirmarse que lo mejor es «emplear un estilo democrático» o que no es adecuado «ser autoritario con los hijos». Pero, ¿qué significan exactamente estas expresiones?, ¿qué aspectos concretos incluyen?, ¿son de utilidad?

Desde el punto de vista de la *Psicología de la Familia*, es importante tener en cuenta que términos como «democrático», «autoritario» o «permisivo» hacen referencia a estilos parentales que, empleados apropiadamente, constituyen esquemas útiles para entender el clima familiar y la relación con los hijos. La tipología de estilos parentales propuesta inicialmente por Baumrind (1971) ha sido una de las más ampliamente aceptadas y utilizadas. Este modelo distinguía originariamente tres estilos parentales: equilibrado o «autorizativo», autoritario y permisivo. El estilo equilibrado o «autorizativo» se fundamenta en el control parental, el castigo moderado cuando se hace necesario, el razonamiento, el fomento de la autonomía y las demostraciones de apoyo y afecto. El estilo autoritario se caracteriza por el control y la obediencia a la autoridad parental, el empleo de estrategias disciplinarias severas (por ejemplo, castigo físico y psicológico) y bajos niveles de apoyo y aprobación parental. El estilo permisivo, por su parte, se identifica por bajos niveles de control y exigencia parental y conductas de aceptación

y aquiescencia hacia los comportamientos y deseos del menor.

Posteriormente, Maccoby y Martin (1983) redefinieron los estilos parentales propuestos por Baumrind, en función de dos dimensiones: 1) el nivel de exigencia y control y 2) el grado de disponibilidad y afecto por parte de los padres. Combinando niveles altos y bajos en estas dos dimensiones se obtienen cuatro estilos parentales distintos: padres autorizativos —elevados niveles de control y afecto—; padres negligentes —niveles reducidos de control y afecto—; padres indulgentes —bajo control y elevado afecto— y padres autoritarios —elevado control parental y escaso afecto—. De esta forma, mientras se mantienen dos de los estilos propuestos por Baumrind (autorizativo y autoritario), el estilo permisivo es dividido en dos en función del grado de afecto: el estilo indulgente (elevado afecto) y el estilo negligente (reducido afecto).

Cabe señalar que estas tipologías constituyen marcos generales para entender el estilo de los padres, más que categorías puras o rígidas en las que inequívocamente podamos ubicar a cada padre. De hecho, el estilo empleado por un progenitor puede variar en función de las características del propio hijo, de su momento evolutivo, de situaciones concretas o del estilo empleado por el otro progenitor (Estévez, Jiménez y Musitu, 2008). Teniendo en cuenta su utilidad como esquema a nivel aplicado, a continuación se describe con detalle cada uno de ellos.

1. *Estilo equilibrado* o «autorizativo». También se ha empleado el término «democrático» para hacer referencia a este estilo. Sin embargo, dado que creemos que padres e hijos no tienen la misma capacidad y poder de

decisión en los aspectos relativos a la educación de los hijos, preferimos emplear la denominación de «equilibrado» o «autorizativo», como traducción de la denominación original en inglés (*authoritative*). Este estilo combina tanto conductas de control como demostraciones de afecto y disponibilidad hacia los hijos. Los padres autorizativos procuran escuchar y entender las emociones de sus hijos, al tiempo que promueven su autorregulación. Para ello, fomentan la autonomía y la toma de decisiones basadas en el razonamiento. Al mismo tiempo, se establecen normas y límites básicos adaptados al momento evolutivo del hijo. La disciplina es aplicada de forma consistente y moderada, más que de forma arbitraria o severa. Cuando se hace necesario el castigo, se administra de manera contingente y se explican los motivos para ello. La acción disciplinaria no se limita al castigo, pues también se utilizan premios y refuerzos cuando se lleva a cabo una conducta adecuada. Estos padres se muestran asertivos, e intentan no ser excesivamente intrusivos o restrictivos con los hijos.

2. *Estilo autoritario.* Estos padres se caracterizan por mostrarse demandantes con los hijos (altos niveles de control y exigencia), aunque poco afectuosos y comprensivos. Esperan que los hijos obedezcan «sin rechistar» o «porque yo lo digo». Generalmente no explican las reglas o el razonamiento de las normas. Se intenta normativizar casi todo y se proporciona poco margen para la autonomía del menor. En este sentido, son padres especialmente restrictivos. La disciplina se basa en el castigo, a veces severo, y sin una justificación racional. Respecto a la expresión de emociones, son parcos en las demostraciones de apoyo, aceptación y cariño hacia los hijos.
3. *Estilo indulgente.* Los padres indulgentes efectúan poco control y demandas a los hijos, pero se muestran disponibles y afectuosos con ellos. Establecen pocos límites y

normas, aunque están muy implicados emocionalmente con los menores. De hecho, suelen mostrarse altamente comunicativos y dialogantes. Aplican poca disciplina y evitan la confrontación, aunque se muestran cercanos.

4. *Estilo negligente.* Los padres negligentes ejercen poco control sobre sus hijos, y además se muestran poco disponibles a nivel afectivo. Muestran bajos niveles de supervisión y proporcionan gran independencia. En general, se implican e involucran poco en la educación de sus hijos. Ello no quiere decir necesariamente que no cubran las necesidades básicas de los hijos referidas a alimentación, ropa o escolarización. Son poco comunicativos y raramente atienden a las necesidades emocionales de los menores. Al igual que los padres indulgentes, establecen poca disciplina, normas o límites.

Un estilo educativo óptimo requiere la no siempre fácil tarea de lograr un equilibrio entre el control y la disciplina, por un lado, y las demostraciones de afecto y apoyo, por el otro. Los resultados de los estudios anglosajones existentes destacan el estilo autorizativo como el óptimo para el mejor ajuste de los hijos. Este estilo ha sido asociado con numerosos resultados positivos para los hijos, como la madurez psicológica, la cooperación con los pares y los adultos, la competencia social, la empatía, una mayor autoestima e independencia y un mayor logro académico.

Por su parte, el estilo autoritario se ha relacionado con una menor autoestima de los hijos y con estrategias de resolución de conflictos problemáticas. Los menores de padres autoritarios suelen ser más irritables, agresivos y desconfiados con los demás.

Asimismo, un estilo negligente podría crear sentimientos de confusión y ansiedad en los menores que, a medio y largo plazo, podrían ser un factor de riesgo para el desarrollo de dificultades en el establecimiento de límites. Un niño al que no se le ha proporcionado atención, afecto y control suficiente, tal y como ocurre en el estilo negligente, es más pro-

bable que muestre baja empatía, problemas de autoestima y un patrón agresivo de interacción, incluso hacia sus propios progenitores.

Respecto al estilo indulgente, cabe señalar que los resultados han sido contradictorios. Diversos estudios llevados a cabo con muestras anglosajonas han encontrado que este estilo está relacionado con problemas de control de impulsos y con el establecimiento de límites. Sin embargo, los resultados de los estudios llevados a cabo con otros grupos culturales, incluyendo las muestras españolas, sugieren algunas diferencias. Estos estudios indican que los efectos positivos del estilo indulgente son similares a los del tipo autorizativo en nuestro contexto cultural (Musitu y García, 2004). En este sentido, se ha encontrado que el estilo indulgente se asocia con una mayor autoestima y una mejor competencia social y académica.

En síntesis, la investigación sobre estilos parentales pone de manifiesto la importancia de las dos dimensiones fundamentales que permiten caracterizar cualquier estilo parental. Por un lado, las demostraciones de disponibilidad, aceptación, apoyo y afecto hacia los hijos, que necesitan invariablemente sentir durante su desarrollo que son queridos y aceptados por sus padres. Por otro lado, para aprender un patrón de conducta socialmente aceptable, necesitan ser supervisados, controlados y disponer de ciertas normas y límites. Todo ello permite a los hijos desarrollar sus procesos de autorregulación y un ajuste psicosocial adecuado.

3.2.2. La importancia de la comunicación y el diálogo

Definimos la comunicación como el intercambio verbal o no verbal de mensajes o información entre personas. La comunicación incluye dos habilidades fundamentales que son susceptibles de adquirirse a través de la práctica: la de expresar y la de escuchar (Durán et al., 2009).

Un primer aspecto de la comunicación entre padres e hijos es la *expresión de emociones positivas*. A menudo, la comunicación con los hijos se centra sólo en intercambios negativos, como reproches o

acusaciones (por ejemplo, «¿cuántas veces tengo que decírtelo?»), insultos («pareces idiota»), amenazas («si llegas tarde no entras en casa»), órdenes («hazlo porque lo digo yo»), comparaciones («tu hermano siempre se comportó mejor que tú») o predicciones («como sigas así, vas a ser un fracasado»). Una comunicación basada únicamente en intercambios negativos acaba creando un ambiente enrarecido entre padres e hijos que, a la postre, da lugar a situaciones de tensión y estrés individual y familiar. Cuando esto ocurre, es importante instruir a los miembros de la familia a comunicarse sobre aspectos positivos.

En este sentido, las conductas verbales concretas que resaltan alguna característica positiva de la otra persona funcionan como refuerzos sociales que facilitan cualquier interacción social, incluidas las que se producen entre padres e hijos. Así, el expresar aspectos positivos de los hijos o hacerles cumplidos cuando está justificado, ayuda a fortalecer y a mejorar la relación con ellos. El modo más común de efectuar un comentario positivo consiste en ofrecer una expresión agradable, directa y específica sobre aspectos concretos de la conducta («Me gustó que hicieras pronto los deberes», «Gracias por cuidar de tu hermana»).

Por otra parte, el diálogo entre padres e hijos constituye una herramienta de gran utilidad como medio para resolver conflictos. Los conflictos son inevitables en la interacción humana, y abordarlos de forma constructiva a través de la comunicación puede conllevar importantes beneficios para la interacción entre padres e hijos. A continuación recogemos algunas recomendaciones generales para abordar conflictos a través de la comunicación (Gootman, 2002; Gordon, 2006).

- Situar en actitud de escucha respetuosa, en disposición y con deseo de negociar.
- Describir con claridad el problema, centrando el diálogo en la cuestión específica y exponiendo aquellos aspectos que puedan originarlo.
- Exponer los sentimientos con mensajes tipo «yo», es decir, expresar el sentimiento que produce la conducta de la otra persona y

- evitar juzgarlo o etiquetarlo (por ejemplo, «eres un irresponsable»).
- Comenzar el diálogo con mensajes positivos que indiquen comprensión, más que reproches, consejos o interrogatorios.
- Enviar mensajes que expresen aceptación o cariño, lo cual favorece la confianza entre las partes.
- Describir el conflicto como metas a conseguir, aclarando lo que se desea y espera alcanzar.
- Buscar y plantear diferentes alternativas razonables y llegar a los acuerdos que sean posibles.

Sin embargo, las explicaciones verbales no siempre funcionan y la resolución de conflictos muchas veces no da sus frutos. En tal caso, la comunicación también es de gran importancia para explicar las razones para negarse, escuchar los sentimientos de frustración de los hijos y recordar la norma cuando sea necesario.

La *escucha* es otro componente fundamental de la comunicación. Con el objetivo de dar una respuesta adecuada, se hace necesario comprender los mensajes verbales y no verbales que padres e hijos se envían mutuamente. Tan importante como hablar es saber permanecer callado, intentando comprender la postura del otro. Asimismo, escuchar significa intentar no menospreciar los pensamientos, opiniones o emociones de quien los expresa, ya que para él son importantes. Para ello, puede ser útil emplear estrategias de escucha activa, manifestando actitudes o conductas que indican que está prestando atención y entendiendo a la otra persona (por ejemplo, empleando mensajes cortos ocasionales, como «Ah, ya veo», «Entiendo cómo te sientes», etc.) o resumiendo el mensaje con las propias palabras del que escucha. Igualmente, para escuchar es necesario adoptar una actitud de no enjuiciamiento del otro, abierta y receptiva, para poder captar y comprender el mensaje.

En definitiva, la comunicación entre los miembros de la familia tiene un enorme impacto sobre la conducta de los padres y de los hijos. Además, la manera de comunicarse con los hijos constituye una de las variables más importantes para que éstos

avancen en el proceso de socialización e interiorización de las normas sociales. De hecho, muchos de los problemas familiares son consecuencia de una mala comunicación. En este sentido, la comunicación, más que una conversación puntual, es un clima general de apertura que facilita la expresión y comprensión de información, y que constituye una herramienta útil para resolver conflictos (Durán et al., 2009; Gordon, 2006).

3.2.3. Disciplina parental

La disciplina parental constituye el eje central del control que los padres ejercen sobre los hijos y es un aspecto fundamental en su proceso de socialización (Straus y Fauchier, 2007). A pesar de su importancia, es llamativa la divergencia con la que los propios expertos han entendido este término. Esta disparidad ha fluctuado entre equiparar la disciplina con el castigo físico o la de conceptualizarla como cualquiera de las cosas que los padres hacen para educar a los hijos.

Varios ejemplos de la confusión terminológica en torno a la disciplina parental provienen de las definiciones proporcionadas por distintos diccionarios al uso. El diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (RAE, 2001), por ejemplo, define «disciplinar» como «azotar, dar disciplinazos por mortificación o por castigo». Esta definición ilustra la equiparación de la disciplina con el castigo físico. El Diccionario de María Moliner (1990), por su parte, se refiere a la disciplina como la «educación de una persona», la «sujeción de las personas en su conducta a normas severas» o simplemente como «azotes». Estas definiciones oscilan entre la generalidad manifiesta («la educación de una persona») hasta la excesiva especificidad («azotes»). De forma más especializada, aunque poco operativa, el Diccionario de Psicología elaborado por Corsini (1999) describe la disciplina como la acción de proporcionar refuerzos y castigos para lograr los patrones de comportamiento deseados.

En cualquier caso, es importante remarcar que, aunque la disciplina parental ha sido con frecuencia identificada exclusivamente con los métodos puni-

TABLA 3.2

Cuestionario de estrategias de disciplina empleadas por los padres

Explicación verbal		
Le explicas a tu hijo/a las reglas para evitar que repita un mal comportamiento	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Le enseñas o muestras la forma correcta de comportarse, dando ejemplos sobre la manera de hacer las cosas	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Recompensa		
Le elogias o le recompensas por comportarse bien o porque deje de comportarse mal	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Le observas para poder decirle que lo está haciendo bien	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Distracción		
Le ofreces algo que pueda hacer en lugar de lo que está haciendo mal	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Intentas captar su atención con otra cosa para que deje de comportarse mal	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Manejo de la atención		
No le prestas de forma intencionada atención cuando se comporta mal	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Le permites comportarse mal, de modo que tenga que afrontar las consecuencias de sus actos	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Supervisión		
Le dices que le estás vigilando o controlando para ver lo que está haciendo	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Le observas para ver si se está comportando mal	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Privar de privilegios		
Le quitas la paga, juguetes u otros privilegios debido a su mal comportamiento	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Le castigas sin salir o restringes sus actividades fuera de casa por un mal comportamiento	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Tareas como castigo y comportamientos como compensación		
Le encargas que haga tareas extra como consecuencia de un mal comportamiento	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Le haces que haga algo para compensar alguna conducta inadecuada, como por ejemplo pagar una ventana rota	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Le haces pedir perdón o decir que lo siente por un mal comportamiento	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Castigo físico		
Le das un azote, un cachete, una bofetada o un manotazo	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Le zarandeas o agarras para que te haga caso	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Usas un palo, una escoba, un cinturón u otro objeto para castigarle	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Castigo psicológico		
Le gritas o le chillas	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Intentas que se sienta avergonzado o culpable	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Actúas fríamente, le retiras tu cariño o no le das abrazos o besos	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Le dices que es un vago, un descuidado, un inconsciente u otras cosas parecidas	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>

Nota. Adaptado del Inventario de Dimensiones de Disciplina (DDI; Straus y Fauchier, 2007; Gámez-Guadix et al., 2010).

tivos (por ejemplo, castigo físico), este término engloba una variedad mucho más amplia de estrategias que es necesario tener en cuenta y fomentar en los padres (Locke y Prinz, 2002). Estas estrategias incluyen diversos métodos concretos, como la explicación verbal de lo que es correcto e incorrecto, el refuerzo del comportamiento positivo, la retirada de un refuerzo, la supervisión del menor, el coste de respuesta o la privación de privilegios (Straus y Fauchier, 2007). No obstante, la disciplina parental también puede incluir estrategias más severas y menos recomendables, como el castigo físico y el psicológico. Todas estas estrategias son usadas por los padres para corregir o controlar el comportamiento de sus hijos y para lograr su conformidad u obediencia.

Las principales de estas estrategias se incluyen en la tabla 3.2 en forma de cuestionario autoadministrado para evaluar el empleo de un amplio rango de métodos de disciplina parental. Este cuestionario podría ser empleado como herramienta educativa para trabajar el contenido de las diferentes estrategias disciplinarias con los padres y discutir con ellos cuáles son más efectivas.

Los padres de los menores con problemas conductuales tienden a tener dificultades en la aplicación de la disciplina. Estos padres suelen sobreestimar la ocurrencia de problemas de conducta, lo que se relaciona con el empleo de una mayor tasa de castigos. Además, sus expectativas sobre el comportamiento de los hijos no suelen ajustarse a la edad y al nivel evolutivo de los menores. Asimismo, suelen reaccionar negativamente en respuesta a las conductas negativas de poca importancia del menor, a diferencia de los padres de niños no problemáticos, que tienden a ignorarlas. Son particularmente deficitarios al definir situaciones, redirigir el comportamiento y prestar apoyo, y es más probable que proporcionen atención y consecuencias positivas a un comportamiento no deseable que a uno positivo. Por último, también tienden a ser más inconsistentes, más punitivos y mucho más severos en el empleo del castigo (Locke y Prinz, 2002). En la tabla 3.3 se exponen algunos principios básicos para la administración adecuada de la disciplina parental.

TABLA 3.3

Principios para la aplicación de la disciplina parental

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar de manera precisa los comportamientos problemáticos de los hijos. 2. Ignorar las conductas negativas del menor de poca importancia. 3. Aplicar estrategias no punitivas, como la distracción o la explicación verbal de lo que es correcto e incorrecto. 4. Administrar de forma consistente consecuencias leves o moderadas cuando el castigo es necesario (por ejemplo, tiempo fuera, pérdida de privilegios). 5. Efectuar un seguimiento de los cambios conductuales. 6. Reforzar las conductas positivas cuando éstas tienen lugar. |
|---|

Cuando se hace necesario aplicar un castigo, se recomienda el empleo de castigos moderados no físicos, como la retirada de un permiso o un privilegio durante un período de tiempo determinado (como, por ejemplo, quedarse sin salir de casa, sin ver la tele, sin su juguete favorito, etc.). También se puede hacer que el niño lleve a cabo alguna tarea o comportamiento como una forma de arreglar o compensar lo que ha hecho mal (por ejemplo, limpiar la comida que ha derramado, pedir perdón o pagar con sus ahorros el jarrón que ha roto). Estas estrategias tienen como objetivo corregir las consecuencias externas de las conductas no deseadas, además de permitir que se practiquen y aprendan los comportamientos adecuados e incompatibles con los que se quiere corregir. Por esta razón, conllevan una función educativa no presente en otros tipos de castigos más severos. También pueden emplearse reprimendas verbales (hasta los niños más pequeños entienden el tono de una reprimenda) o el uso del bloqueo físico (por ejemplo, retirar al niño de un enchufe cuando se acerca a introducir los dedos).

Igualmente, puede ser útil el empleo del tiempo fuera, sacando al niño del contexto en el cual se ha comportado mal por un período de tiempo determinado (le sentamos en un silla o le enviamos a su

habitación) para que pueda calmarse, reorientar su atención y redirigir su comportamiento.

Más allá de los castigos, el manejo que los padres hacen de su atención es de gran relevancia. No es recomendable ignorar a los hijos cuando éstos se comportan bien y prestarles atención sólo cuando se están comportando mal. Por otra parte, puede ser también importante ignorar comportamientos negativos leves con el objetivo de extinguirlos.

Finalmente, tan importante como corregir el comportamiento inadecuado es el recompensar lo que el niño hace bien. Las recompensas de tipo social, como el elogio y la aprobación verbal, así como las expresiones no verbales (por ejemplo, una sonrisa o un gesto) o el contacto físico, son formas muy eficaces para enseñar al niño a comportarse adecuadamente.

3.2.4. Las normas y los límites

Las normas, en el contexto de la interacción padres-hijos, son el conjunto de reglas o pautas a las que se deben ajustar las conductas de los menores, con el objetivo de organizar y regular su comportamiento. De manera relacionada, los límites indican hasta dónde se puede llegar en una situación determinada. Algunas normas constituyen principios más generales y permanentes (por ejemplo, no responder agresivamente), mientras que otras han de ser adaptadas a la edad y a la etapa evolutiva del menor (por ejemplo, a qué hora volver a casa o a qué hora irse a la cama). En no pocas ocasiones, las normas deben ser flexibles y pueden cambiar en la medida que la situación lo exija.

Un conjunto de normas básicas son necesarias para facilitar la convivencia con los demás de tal forma que permitan salvaguardar los derechos de los otros (por ejemplo, bajar la música si molesta a otro miembro de la familia), por razones de salud física y psicológica (por ejemplo, dormir durante determinadas horas, estar durante un tiempo determinado frente al ordenador, etc.) y por motivos de seguridad (por ejemplo, salir a determinadas horas a la calle, ir a determinados sitios) (Gootman, 2002).

Las normas se interiorizan y se respetan con más frecuencia si cumplen una serie de condiciones. La primera de ellas es que sean *razonadas*. Los niños acatarán mejor las normas si se les explica y entienden las razones por las cuales han sido establecidas (por ejemplo, «no puedes ir a ese lugar sólo porque puede ser peligroso», más que «porque lo digo yo» o «porque no y ya está»). En segundo lugar, es recomendable que las normas sean *sensatas y justas*, porque ello facilita que sean obedecidas. Si no son justas, probablemente no se interiorizarán, no se obedecerán o el menor actuará a escondidas. En tercer lugar, las normas se acatan mejor cuando los menores pueden participar y expresarse a la hora de establecerlas. Si la norma se percibe como impuesta desde fuera es más probable que se rebele contra ella. Finalmente, se obedecen mejor las normas claramente definidas. Las normas ambiguas o que cambian continuamente producen inseguridad e incertidumbre, lo que dificulta seguir las. En la tabla 3.4 se incluyen algunas recomendaciones prácticas para el establecimiento de normas (Gootman, 2002).

TABLA 3.4

Principios para el establecimiento de normas y límites

- Dar razones por las cuales se establecen las normas.
- Definir las normas claramente y recordarlas periódicamente.
- Informar explícitamente sobre cuáles son las normas básicas.
- Plantear las normas en sentido positivo («debes hacer los deberes para aprender»), más que de forma amenazante o empleando el miedo como amenaza («si no haces los deberes vas a suspender» o «te la vas a ganar»).
- Negociar con el menor, en la medida de lo posible, algunas de las normas.
- Las normas han de fundamentarse en la coherencia, el conocimiento común de las mismas y la predictibilidad, de forma tal que no sean constantemente puestas en entredicho.

¿Qué ocurre cuando no es posible llegar a un acuerdo sobre las normas? Si tras el intento de negociación de la norma no es posible alcanzar un acuerdo, corresponde en última instancia a los padres la responsabilidad de decidir sobre el contenido y la aplicación de la norma. No obstante, dependiendo de las situaciones y la edad del menor, se puede depositar en el propio menor la responsabilidad de decidir seguir o no la norma, de forma tal que se enfrente a las consecuencias. Esto favorece el desarrollo de la autorregulación y la responsabilidad personal en mayor medida que la imposición de la norma.

En resumen, todos los menores necesitan normas y límites que les permitan vivir en sociedad y crecer sanos. Elegir y aplicar las normas y lograr un equilibrio entre la consistencia y la flexibilidad no resulta sencillo para muchos padres. A menudo ello produce ansiedad y tensiones entre padres e hijos. Nuevamente, el diálogo y la comunicación pueden ser una herramienta de gran ayuda para explicar cuál es el objetivo de la norma, escuchar las razones de los hijos y negociar las condiciones de su aplicación.

3.3. ¿QUÉ NO HACER? PAUTAS EDUCATIVAS INEFICACES

3.3.1. El castigo físico

El cachete, el azote y la bofetada son formas de castigo físico frecuentes y ampliamente aceptadas por los padres para corregir y controlar a sus hijos. Expresiones cotidianas como «a mí me dieron un cachete y no me ocurrió nada», «más vale un azote a tiempo» o «a veces es necesaria una bofetada» reflejan la normalidad con la que se percibe el uso del castigo corporal. Pero este tipo de comportamientos, ¿son realmente eficaces?, ¿hay ocasiones en las que son imprescindibles?, ¿no usarlos significa permisividad y falta de control?

Aunque el castigo físico puede disuadir al menor de manera inmediata, sabemos que su uso no es recomendable por varios motivos. En primer lugar, el azote o la bofetada enseñan al menor que la agre-

sión es una forma aceptable de conseguir los objetivos y de modificar el comportamiento de los demás. Por ello, si un niño ha recibido castigo corporal es más probable que responda con una agresión al propio padre o a sus compañeros o amigos. Por otra parte, el castigo es percibido a menudo como injusto y arbitrario por parte de los hijos, lo que hace más probable que el menor se muestre progresivamente más desafiante y disruptivo. Dado que el efecto inmediato del castigo físico es habitualmente la obediencia del hijo, es probable que los padres tiendan a emplearlo en el futuro en perjuicio de la utilización de otras estrategias alternativas más eficaces pero que requieren de mayor autocontrol. Por esta razón, muchos padres tienden a depender de este método disciplinario, con el riesgo de que escale progresivamente hacia conductas cada vez más severas. Además, los menores se acostumbran con rapidez al cachete o al azote, razón por la cual resultan cada vez menos eficaces y los padres tienen que incrementar su frecuencia e intensidad progresivamente para lograr los efectos iniciales. Finalmente, el castigo corporal no ayuda a que el niño entienda e interiorice el mensaje y el razonamiento que se le intenta transmitir, sino que, más bien, le enseña a no comportarse de determinada manera sólo en presencia de las personas que aplican el castigo.

Algunos padres creen que prescindir del cachete o la bofetada equivale a una excesiva permisividad o a que sus hijos no aprendan a respetar a la autoridad. Sin embargo, éstas son creencias erróneas. Los niños, durante su desarrollo, necesitan en numerosas ocasiones ser supervisados y corregidos. Prescindir del castigo físico no significa falta de disciplina, de supervisión o de control. La experiencia de muchos padres y educadores, así como los resultados de numerosos estudios científicos, demuestran que existen otras muchas estrategias más eficaces para corregir y controlar el comportamiento de los hijos de todas las edades (Straus, 2001).

En cualquier caso, creemos que el tema ha de ser enfocado como una cuestión de pautas educativas y no como una cuestión de violencia. En este sentido, consideramos que no se debe culpabilizar o demonizar a una generación que recibió y fue educada en el uso del castigo físico, sino más bien ser

conscientes de que hoy conocemos mejor los modos más adecuados de corregir y educar a los hijos.

En definitiva, dar un cachete o un azote tal vez requiera menos esfuerzo y autocontrol por parte de los padres que aplicar otras estrategias de disciplina parental. Sin embargo, en el mejor de los casos, no resulta eficaz para corregir el mal comportamiento de los hijos y, como hemos señalado, en no pocas ocasiones puede ser contraproducente (Gámez-Guadix, Straus, Carrobes, Muñoz-Rivas y Almen-dros, 2010; Gershoff, 2003; Straus, 2001).

3.3.2. La agresión psicológica y el chantaje emocional

La agresión psicológica como estrategia disciplinaria incluye amenazas, gritos, insultos, intentos de inducir vergüenza o culpa, o la retirada del afecto (Clement y Chamberland, 2007). A menudo también se han utilizado como sinónimos de agresión psicológica diferentes términos, como el de agresión emocional, agresión verbal o el de abuso psicológico, para hacer referencia al mismo fenómeno.

De manera general, la agresión psicológica refiere a una comunicación que tiene como finalidad causar malestar psicológico a otra persona, o que es percibida como tal. El acto comunicativo puede ser activo o pasivo, así como verbal o no verbal (por ejemplo, actuar con frialdad). La agresión psicológica es con frecuencia usada por los padres como un método de controlar y corregir el comportamiento de sus hijos.

El chantaje emocional constituye un tipo de agresión psicológica para controlar el comportamiento del niño. A través del chantaje emocional, los recursos emocionales son instrumentalizados para ejercer control sobre los hijos (López, 2008). Como señala López, existen diferentes argumentos que se han empleado comúnmente como medios de control emocional. Algunos ejemplos son las amenazas sobre la retirada del afecto (por ejemplo, «si no lo haces no te quiero»), las amenazas de abandono (por ejemplo, «estoy harta, un día de éstos me voy y os dejo»), el énfasis en el sufrimiento causado (por ejemplo, «no sabes lo que me estás haciendo

sufrir»), la expresión desproporcionada de frustración (por ejemplo, «estamos desesperados contigo») y diferentes tipos de condenas morales (por ejemplo, «Dios te castigará») (López, 2008).

Sin embargo, la agresión psicológica no es recomendable, porque puede conllevar importantes efectos negativos a corto y largo plazo, como una mayor inseguridad y ansiedad, sentimientos de miedo en el menor, baja autoestima y sentimientos de culpa. Además, tiende a perder su efectividad con el transcurso del tiempo. Así, por ejemplo, cuando las amenazas no son respaldadas por las consecuencias anticipadas dejan de ser eficaces con rapidez.

3.3.3. Tres errores comunes: la inconsistencia, la permisividad y la rigidez

La inconsistencia se caracteriza por la falta de estabilidad y coherencia en las estrategias de control, supervisión y disciplina empleadas. Los padres inconsistentes modifican de manera impredecible y continua las normas en función de factores internos o externos (por ejemplo, la presencia del otro progenitor). Las pautas educativas están en tales casos determinadas en mayor medida por el estado anímico del padre que por el comportamiento del menor, no existiendo un plan sistemático para corregir la conducta inadecuada. Esta inconsistencia puede manifestarse de las siguientes formas (Chamberlain et al., 1997):

- Se emplean de manera arbitraria normas, reglas y disciplina en diferentes momentos. El padre hace cambios impredecibles en las expectativas y en las consecuencias aplicadas por la infracción de las reglas (proporcionando, por ejemplo, castigos mixtos o inconsistentes por un determinado comportamiento inadecuado).
- Reacciones indiscriminadas ante los comportamientos positivos o negativos del menor (castigando, por ejemplo, conductas apropiadas, al tiempo que se refuerzan comportamientos inadecuados).

- Se cede continuamente ante las peticiones de los hijos, lo que puede servir como reforzamiento positivo del comportamiento inadecuado de los mismos (así, por ejemplo, el menor puede hacer una petición, el padre la niega, el niño la discute y, finalmente, el padre desiste y muestra su conformidad).
- Se produce inconsistencia entre los padres. Padre y madre actúan de forma contradictoria respecto a las normas disciplinarias básicas (reglas de convivencia, hora de llegada, tareas para casa, etc.) y en la aplicación de las consecuencias por infringir las reglas.

La excesiva *permissividad* y el «dejar hacer» como pauta educativa también pueden resultar problemáticos. Los menores necesitan en no pocas ocasiones que se estructure el ambiente, que se les proporcionen normas y reglas de conducta y que se les aplique control y supervisión. En este sentido, la permissividad excesiva puede generar sentimientos de confusión y ansiedad en los menores y llegar a convertirse en un factor de riesgo para el desarrollo de dificultades en el establecimiento de límites a largo plazo.

La permissividad puede ocurrir también por desconocimiento y baja implicación de los padres. En estos casos, los padres ignoran las actividades que realiza el hijo, quiénes son sus amigos o cuál es su rendimiento en el colegio. Asimismo, pueden desconocer cuáles son las aficiones, sus gustos o los *hobbies* que los hijos tienen.

Por último, la *rigidez* o la falta de flexibilidad conlleva el empleo de un rango muy limitado de estrategias educativas, que son aplicadas indiscriminadamente a todos los tipos de comportamientos inapropiados del menor. Los padres excesivamente rígidos e inflexibles se muestran incapaces de tener en cuenta los factores contextuales en los que tiene lugar la conducta del menor, de emplear el razonamiento o de ajustar la intensidad de la disciplina a la gravedad del comportamiento inadecuado (Chamberlain, Reid, Ray, Capaldi y Fisher, 1997).

Asimismo, la sobreprotección también puede constituir una forma de rigidez por parte de los pa-

dres. Para éstos, la sobreprotección puede ser en ocasiones una manera de tratar de controlar la propia ansiedad o la preocupación por la seguridad y el desarrollo de sus hijos. Para los hijos, sin embargo, puede suponer un obstáculo para el desarrollo de estrategias de afrontamiento adecuadas y puede llegar a crearles inseguridad y falta de confianza en sí mismos. En este sentido, es recomendable proporcionar a los hijos la posibilidad de hacer las cosas por ellos mismos y no regularles y controlarles todas las situaciones, permitiéndoles también que tengan la oportunidad de equivocarse. Los hijos necesitan experimentar la frustración, aprender a tolerarla, desarrollar estrategias para afrontarla y sentirse capaces de resolver problemas por sí solos. Aunque es razonable y conveniente proteger a los hijos de los peligros reales, también es preciso preguntarse y considerar hasta qué punto los peligros potenciales pueden ser inventados o están exagerándose (Gervilla et al., 2009). En tal caso, es necesario instruir a los padres para evitar que sean excesivamente rígidos y sobreprotectores.

3.4. GUÍA DE ESTRATEGIAS EDUCATIVAS EFICACES

Aunque el comportamiento humano es aparentemente muy complejo, se puede especificar el mismo recurriendo a los componentes o elementos más elementales que lo componen. En este sentido, se puede afirmar que en cualquier situación o experiencia vivida por una persona, por simple o compleja que ésta pueda ser, la persona manifestará tres tipos de reacción o de respuesta ante la misma: un pensamiento, una emoción y una actividad externa o manifiesta. Estos tres componentes constituyen conjuntamente lo que denominamos conducta o comportamiento humano. En este sentido, cabe afirmar, simplificando, que en cualquier situación o experiencia las personas siempre piensan, sienten y hacen algo, en su intento para adaptarse a la misma. Estos tres tipos de actividad o componentes de la conducta humana son coincidentes, por su parte, con los tres tipos de sistemas eferenciales o de respuesta que nos caracterizan como especie (cogni-

tivo, emocional y conductual) y que tienen su soporte biológico en los tres tipos de sistemas nerviosos que también nos caracterizan: el sistema nervioso central (responsable de la actividad nerviosa superior: atención, percepción, lenguaje, memoria y pensamiento); el sistema nervioso autónomo o neurovegetativo (responsable de la expresión y la actividad emocional), y el sistema nervioso periférico o sistema músculo-esquelético (responsable de las acciones o conductas externas o manifiestas).

Las personas, por su parte, al igual que los demás animales, en su intento por adaptarse a su entorno se encuentran sometidos a las leyes que rigen las relaciones entre los distintos fenómenos del entorno físico al que necesariamente tienen que adaptarse para sobrevivir. En este proceso de adaptación, a través de la evolución filogenética y ontogenética, las diferentes especies e individuos son expuestos a distintos estímulos y experiencias y, a través de ellas, deben aprender las mejores y más eficaces formas de solucionar los problemas prácticos que nos impone el propio proceso de vivir, desarrollando ante los mismos conductas de acercamiento (positivas) o de evitación-escape (negativas), según la valencia del estímulo o la experiencia a la que estamos siendo expuestos.

Traduciendo esta digresión conceptual al objetivo que aquí nos ocupa de comprender la conducta de nuestros hijos y de tratar de modificarla en un sentido positivo y adaptativo, cabe afirmar que el modo como se comportan nuestros hijos es el resultado de ese proceso de adaptación a su entorno, especialmente el social y el familiar, y a las normas o leyes que rigen ese entorno. Estas normas o leyes son actualmente bastante bien conocidas gracias a la evolución y al progreso de la actual ciencia de la Psicología, especialmente de la Psicología del Aprendizaje. Sin embargo, este conocimiento no ha sido suficientemente diseminado a nivel social, hasta convertirse en rutinas cotidianas a las que adaptarnos y a través de las que regular las variadas y complejas relaciones humanas. Este hecho explica la constatación universal de las múltiples deficiencias y problemas observados en las relaciones entre padres e hijos a los que dedicamos atención en este capítulo.

3.4.1. Manejando premios y castigos

Cuando una persona, niño o adulto, realiza una conducta, ésta suele ir acompañada de unos efectos o unas consecuencias. La relación que estas consecuencias pueden guardar con las conductas a las que siguen son sus supuestas causas y pueden ser más o menos consistentes e intensas, de acuerdo con un hipotético continuo de probabilidad entre las mismas. Esta relación entre las consecuencias y la conducta es lo que constituye, a su vez, la base motivacional que explica la adquisición y el mantenimiento de una determinada conducta a lo largo del tiempo. En este sentido, cabe afirmar que toda conducta emitida por una persona de forma persistente está relacionada con unas consecuencias igualmente consistentes. El corolario derivado de esta afirmación es el de que si modificamos esta relación entre la conducta y sus consecuencias, cambiaremos la propia conducta en concordancia con el sentido de esa modificación.

Las relaciones entre una conducta y sus consecuencias pueden ser de dos tipos o signos: positivas o negativas. En Psicología del Aprendizaje, denominamos *positiva* a la relación entre una conducta y su consecuencia, cuando a la emisión de una determinada conducta le sigue la presentación o la ocurrencia de una determinada consecuencia, aunque esta consecuencia puede ser, a su vez, de carácter agradable o apetitivo, o desagradable o aversivo. Y, por el contrario, denominamos *negativa* a la relación entre una conducta y su consecuencia, cuando a la ocurrencia de una determinada conducta le sigue la desaparición o retirada de una determinada consecuencia, pudiendo ser esta consecuencia, igualmente, de naturaleza agradable o aversiva.

El efecto de esta combinación de variables, como fácilmente se intuirá, no puede ser el mismo en un caso y en otro. De este modo, si a una conducta le sigue la presentación o la ocurrencia de una consecuencia agradable, el efecto será con toda probabilidad el aumento o incremento de esa conducta en el futuro. A esta relación positiva entre la conducta y la consecuencia agradable la denominamos técnicamente *refuerzo* o *reforzamiento positivo*, en alusión al efecto que tiene de potenciación o de in-

cremento de la conducta a la que acompaña. Por el contrario, si la emisión de una conducta va seguida de la ocurrencia de una consecuencia desagradable, el resultado será el de la reducción de esa conducta en el futuro. A esta nueva relación la solemos denominar técnicamente castigo positivo. Resumiendo, denominamos refuerzo positivo al incremento observado en una conducta al ir seguida o acompañada de una consecuencia agradable o apetitiva, y denominamos castigo positivo a la disminución o reducción de la frecuencia o intensidad de una conducta, al ir seguida o acompañada de una consecuencia desagradable o aversiva.

Por el contrario, denominamos *refuerzo o reforzamiento negativo* al efecto del incremento de una determinada conducta al ir seguida o acompañada de la retirada de una consecuencia desagradable. Y denominamos *castigo negativo* al efecto contrario de la reducción de una conducta, al ir seguida de la retirada de una consecuencia agradable. Todas estas posibilidades o relaciones de contingencia entre una conducta y sus consecuencias pueden verse de forma resumida en la tabla 3.5 que se presenta a continuación.

TABLA 3.5

Técnicas de reforzamiento y de castigo

	REFUERZO (Incrementa la conducta a la que sigue o acompaña)	CASTIGO (Disminuye la conducta a la que sigue o acompaña)
POSITIVO (presentación de la consecuencia)	Aumenta la conducta (cuando la consecuencia presentada es agradable)	Reduce la conducta (cuando la consecuencia presentada es desagradable)
NEGATIVO (retirada de la consecuencia)	Aumenta la conducta (cuando la consecuencia retirada es desagradable)	Reduce la conducta (cuando la consecuencia retirada es agradable)

En el lenguaje coloquial y cotidiano, para referirnos a estas etiquetas técnicas solemos utilizar los términos de premios (refuerzos) y castigos, atendiendo a la intención o el propósito que nos guíe de tratar de incrementar o reducir una determinada conducta en nuestros hijos. En cualquier caso, es preciso tener en cuenta que tanto para incrementar como para reducir una determinada conducta pueden utilizarse normalmente dos estrategias diferentes: positiva (presentación) o negativa (retirada) de una consecuencia, y que su efecto puede ser el de incrementar o reducir la conducta, según la naturaleza (apetitiva o aversiva) de esa consecuencia.

3.4.2. El refuerzo del comportamiento adecuado

El principal modo de cambiar el comportamiento de nuestros hijos y, sin duda, el más recomendable, es el denominado *refuerzo positivo*, consistente, como se recordará, en observar la ocurrencia de una determinada conducta y de hacer seguir o acompañar a la misma de una consecuencia agradable o gratificante para el niño. El efecto esperado en este caso es el del incremento de la frecuencia o de la intensidad de la conducta que pretendemos modificar.

Los requisitos para llevar a cabo con éxito el reforzamiento de un determinado comportamiento son los siguientes. En primer lugar, es necesario elegir o especificar de un modo concreto la conducta que deseamos modificar, evitando en cualquier caso los adjetivos o las etiquetas vagas o generales que con frecuencia solemos utilizar para referirnos a las mismas en el lenguaje cotidiano y coloquial. Así, por ejemplo, trataremos de modificar la conducta concreta de comer, en lugar de modificar el apetito del niño; la de hacer los deberes escolares, en lugar de la pereza o la desidia del mismo; o la de no pelearse con sus compañeros, en lugar de cambiar su agresividad. Como regla general, cabe recordar que cuanto más concretos y específicos seamos al definir la conducta del niño que queremos modificar, más éxito tendremos en la modificación de la misma.

Al hablar de la especificación de la conducta conviene hacer la reflexión siguiente sobre la distin-

ción entre las acciones o conductas que realiza una persona y los términos abstractos o los conceptos generales que solemos utilizar normalmente para referirnos a las mismas. Para ello, hemos de tener en cuenta que la conducta refiere siempre a acciones, y que para referirnos a las mismas solemos y debemos utilizar verbos o expresiones verbales en el lenguaje cotidiano. Sin embargo, con frecuencia olvidamos fácilmente esta regla y convertimos inadvertidamente esas acciones verbales (conductas) en nombres o sustantivos; es decir, las *ontologizamos* o las convertimos en seres reales y pasamos a considerarlas desde entonces como si tuvieran una entidad real y propia. Resumiendo, debemos tener siempre presente que la conducta es, por definición, una actividad o una acción, y que como tal es preciso considerarla y especificarla para que pueda ser modificada. Y que, por el contrario, los nombres o sustantivos con los que solemos erróneamente referirnos a la misma en el lenguaje cotidiano no existen en realidad, sino que son meras abstracciones o constructos derivados de esas acciones y que tienen la utilidad en el lenguaje cotidiano de resumir o designar conjuntos de características de un determinado objeto, una persona o distintas muestras de una conducta de la misma. Así, por ejemplo, nunca podríamos modificar globalmente la pretendida *agresividad* de una persona, sino tan sólo las distintas muestras o manifestaciones concretas de las conductas consideradas agresivas de la misma. Como consecuencia, la supuesta agresividad del niño habrá desaparecido únicamente cuando hayamos modificado esas conductas o muestras de agresividad concretas que nos llevaron a calificar globalmente al niño como agresivo, sin que hayamos tenido que intervenir en ningún caso sobre la agresividad.

Una vez especificada la conducta a modificar, el siguiente paso es el de determinar qué consecuencias o recompensas vamos a utilizar para reforzar la misma e incrementarla según el objetivo de nuestra intervención. Para ello, es necesario tener en cuenta que normalmente es posible utilizar distintos tipos de recompensas de las varias disponibles en el medio familiar y social del niño, siendo necesario elegir entre las mismas las más útiles o convenientes, ten-

niendo en cuenta para ello los siguientes principios: la *eficacia* de la/s recompensa/s elegida/s para el caso particular del niño que estamos considerando; la *disponibilidad* de esa recompensa en el entorno del niño; la mayor o menor *facilidad de aplicación* de la misma, y la posibilidad de utilizar alternativamente *distintos tipos de recompensas*, incluyéndose entre las mismas las *recompensas verbales y sociales*, como alternativas a la obtención de cosas, dinero o privilegios utilizadas frecuentemente al principio de la aplicación del procedimiento.

Resumiendo, el procedimiento del refuerzo positivo incluiría los pasos y principios que exponemos brevemente en la tabla 3.6.

3.4.3. El castigo de la conducta inadecuada

Nuestros hijos, al igual que las demás personas, adultos o niños, también realizan conductas que pueden ser consideradas inadecuadas, aunque esta inadecuación no siempre es estimada sobre una base objetiva, sino que, con frecuencia, lo hacemos inspirados en nuestra propia subjetividad y nuestros particulares valores. En este sentido, una primera consideración que conviene hacer es la de la conveniencia de que reflexionemos sobre la idoneidad de nuestras propias motivaciones antes de plantearnos la posible inadecuación de la conducta de nuestros hijos que pretendemos modificar. Así, como es bien sabido, la principal queja de los padres o el principal problema que plantean respecto de sus hijos es la negatividad o la desobediencia que manifiestan, y, en sus relaciones con ellos, intentan por todos los medios lograr que los niños hagan lo que ellos les demandan. Pero, como hemos expuesto ampliamente con anterioridad, en ese intento de disciplinar a sus hijos los padres pueden llegar a cometer muchos errores y hasta grandes excesos, con consecuencias altamente indeseables en muchos casos.

Otra consideración previa que conviene hacer es la de llamar la atención sobre el hecho aparentemente universal de que cuando tratamos de controlar la conducta de las personas de nuestro entorno que dependen en mayor o menor medida de nosotros (hijos, parejas, compañeros, subordinados, etc.), el

TABLA 3.6

Fases y principios de aplicación del refuerzo positivo

1. <i>Especificar la conducta o conductas del niño que queremos incrementar o modificar</i> , que pueden ser tanto simples como complejas, aunque en este segundo caso el procedimiento también ha de ser consecuentemente más complejo (moldeamiento, encadenamiento, imitación, etc.).
2. <i>Decidir qué refuerzos vamos a utilizar</i> (objetos, comida, regalos, dinero, atención, alabanzas, privilegios, etc.) entre los varios disponibles en el entorno del sujeto.
3. <i>Aplicar el procedimiento del refuerzo positivo</i> , siguiendo las indicaciones o principios siguientes: <ol style="list-style-type: none"> <i>Informar</i> al niño de la conducta que queremos que cambie positivamente y del plan que vamos a seguir para ayudarlo a conseguirlo. <i>Describir y explicar</i> al niño claramente lo que esperamos de él, requiriendo su colaboración para lograr el cambio de conducta que pretendemos, explicándole las razones que tenemos para ello. Intentar <i>convencer y recabar el acuerdo del niño</i> sobre los objetivos y el plan de cambio propuesto, por medio de un contrato, aunque sea verbal e informal, sobre las condiciones del cambio propuestas. <i>Aplicar consistentemente el refuerzo</i> de la conducta deseada lo más inmediatamente que sea posible después de que ésta tenga lugar.
4. <i>Asegurar el mantenimiento futuro de la conducta modificada</i> y la generalización o extensión de la misma a otras situaciones similares, a través del refuerzo parcial o intermitente y la utilización progresivamente mayor de refuerzos sociales en lugar de los materiales que antes hayamos podido utilizar.
5. La meta final esperable de nuestra intervención es el logro de la <i>autonomía personal</i> y el <i>autocontrol</i> por parte del sujeto, transformando la motivación extrínseca proporcionada por los reforzadores externos utilizados, en una auténtica motivación intrínseca y personal por parte del sujeto.

principal modo de hacerlo es a través de lo que denominamos técnicas de *control negativo*, entre las que se incluyen prioritariamente las distintas formas de castigo, a pesar de los abundantes datos disponibles derivados de la Psicología del Aprendizaje sobre la menor conveniencia de estas técnicas en comparación con las de *control positivo*, entre las que se incluyen las distintas formas de reforzamiento y de educación positiva.

Basándose en estos datos, se puede afirmar rotundamente la no conveniencia de utilizar las técnicas de castigo que antes hemos descrito, especialmente cuando éstas incluyen el castigo físico en sus diferentes formas y variantes. En consecuencia, cuando nos vemos en la necesidad de reducir una determinada conducta y, por tanto, de utilizar alguna forma de castigo, el mejor modo de lograrlo es a través del empleo de otras formas de castigo, como las denominadas de castigo negativo. Entre estas

formas se incluyen el tiempo fuera, el coste de respuesta y la sobrecorrección.

3.4.3.1. *El tiempo fuera*

Entre las varias formas posibles de castigo que pueden utilizarse como alternativas al castigo físico, una de las más utilizadas y más recomendables es la denominada *tiempo fuera (del refuerzo)*, consistente en retirar el refuerzo que está manteniendo la conducta inadecuada del niño durante algún tiempo, apartándole de la situación donde está teniendo lugar esa conducta y castigando de este modo la misma. El efecto de este procedimiento, como es obvio, es el de la disminución o reducción de la conducta disruptiva objeto del cambio. El modo más habitual de aplicación de la técnica es el de alejar o retirar al niño de la situación en la que está siendo reforzado; de ahí el nombre de tiempo fuera del refuerzo o,

abreviadamente, sólo tiempo fuera con que suele ser denominada, aunque también puede retirarse el adulto con el que está interaccionando el niño. Entre las distintas técnicas de castigo existentes, el tiempo fuera es la técnica menos problemática y con menos efectos negativos o indeseables, además de haber sido probada suficientemente su eficacia, especialmente si se la compara con las demás técnicas de castigo desgraciadamente más utilizadas en el caso de los niños, como el castigo físico, las reprimendas y las agresiones verbales. Por otro lado, el tiempo fuera también puede ser considerada como una forma drástica o extrema de retirada de atención de la conducta inapropiada del niño por parte de los adultos, puesto que la aplicación de la misma supone el separar al niño de todas las fuentes de reforzamiento positivo, especialmente sociales, que pueden estar manteniendo esa conducta.

3.4.3.2. *El coste de respuesta*

El coste de respuesta es una técnica un tanto peculiar, por tener la particularidad de incluir o de combinar dentro de sí misma tanto una modalidad de castigo como de reforzamiento (negativo). De este modo, la técnica consiste en la penalización (o coste) de la ocurrencia de una determinada conducta inadecuada mediante la retirada de un reforzador positivo que ya obra en poder del sujeto, y al mismo tiempo también constituye una técnica de reforzamiento negativo, puesto que si la persona emite la conducta apropiada puede prevenir o evitar la pérdida de reforzadores que ya obran previamente en su poder, como puede ser el caso de la pérdida de dinero al ser multado por la conducta infractora de una norma de tráfico.

El coste de respuesta es básicamente una modalidad de castigo y, como tal, es una de las formas alternativas menos problemáticas de reducir o eliminar una conducta inapropiada por parte del niño, siendo en realidad como la imagen en espejo del reforzamiento positivo, puesto que si en este procedimiento presentamos una consecuencia agradable o reforzante cuando el niño emite la conducta apropiada con el objetivo de incrementarla, en el caso del coste de respuesta tratamos de incrementar o mante-

ner una conducta retirando del niño alguna consecuencia positiva o gratificante para él en el caso de no hacerlo, con el propósito de que la motivación para no perder esa consecuencia le haga comportarse de forma adecuada. El modo de utilización del procedimiento consiste en aplicar un *coste* (una multa, la pérdida de un privilegio, etc.) en el caso de que el niño o el adulto emita la conducta inadecuada, y no hacerlo si, por el contrario, sí emite la conducta apropiada. Como consecuencia de ello, el sujeto emitirá la conducta adecuada para evitar esa pérdida o ese coste que se derivaría en caso de no hacerlo. Un buen ejemplo, muy característico de esta técnica, lo constituyen las multas (por ejemplo, de tráfico), a través de las cuales se intenta que los conductores mantengan o incrementen la conducta de respetar las normas de tráfico para evitar ser sancionados con las correspondientes multas o pérdidas de puntos que conllevaría la consecuencia de no hacerlo. Otro ejemplo también muy característico sería, en el caso de un niño, el privarle de salir de casa con los amigos o dejarle sin la paga del fin de semana si no realiza la conducta de arreglar su habitación o realizar las tareas escolares. Un nuevo ejemplo, esta vez clínico, es el del caso de los problemas de ansiedad o miedos, tanto en adultos como en niños, en los que como tratamiento de los mismos hacemos que la persona se aproxime y no evite los objetos o situaciones que le producen miedo para que no sea reforzada negativamente la conducta de evitación, que es la responsable de la perpetuación de esos miedos.

En síntesis, como se verá, el objetivo de la técnica del coste de respuesta es doble. Por un lado, tratamos de que el sujeto evite o no emita la conducta inadecuada (por ejemplo, no hacer los deberes), puesto que si lo hace tendría un coste o una penalización como consecuencia de la misma. Y por otro, pretendemos que aumente la emisión de la conducta adecuada (por ejemplo, hacer los deberes), para evitar la multa o la pérdida del privilegio (el coste) que se derivaría en el caso de no hacerlo. En cuanto al modo de aplicar la técnica del coste de respuesta, en la tabla 3.7 que presentamos a continuación pueden verse los pasos o las normas básicas que deben observarse para la aplicación de la misma (Crespo y Larroy, 1998).

TABLA 3.7

Normas para la aplicación del coste de respuesta

- Definir la conducta que se desea eliminar.
- Establecer los reforzadores que puedan retirarse contingentemente con la emisión de la conducta.
- Establecer la cantidad o la cuantía del reforzador que se va a retirar por cada emisión de la conducta.
- Preparar las condiciones para que la pérdida que supone el coste de respuesta no sea fácilmente reparable por otros medios.
- Buscar una conducta alternativa o incompatible que pueda instaurarse complementariamente mediante el reforzamiento.
- Informar previamente a los sujetos de las reglas o normas del procedimiento para que conozcan las pérdidas que sufrirán por la ejecución de las conductas inadecuadas, y lo que ganarán o evitarán, por el contrario, si realizan las conductas apropiadas.

3.4.3.3. La sobrecorrección

La sobrecorrección es otra de las técnicas utilizadas para reducir o eliminar una conducta desadaptativa, y como tal puede incluirse genéricamente entre las técnicas denominadas de castigo; sin embargo, presenta unas considerables ventajas respecto de las otras técnicas de castigo, y por ello constituye una buena alternativa a la mayoría de las mismas, al no presentar los peligros y los inconvenientes que afectan a todas éstas. La técnica consiste básicamente en hacer seguir a la aparición de la conducta inadecuada que se quiere corregir o modificar en el niño de unas consecuencias específicas relacionadas con esa conducta y que suponen normalmente la ejecución de una actividad correctora relacionada con los efectos negativos causados por la conducta que se quiere modificar. Así, por ejemplo, si el niño se ha ensuciado encima, se le puede hacer que se limpie él mismo, que se cambie de ropa y que utilice el retrete después de ocurrido el accidente. La aplicación práctica de la técnica puede adoptar dos variantes o formas básicas de aplicación de la misma: la restitución y la práctica positiva.

La restitución consiste en hacer que el niño restituya o repare el daño que ha producido con su conducta, mejorando el estado que la situación pre-

sentaba antes de su actuación. Así, por ejemplo, como mencionan Olivares et al. (2006), a un niño que ha rayado o ensuciado un mueble del salón de la casa se le puede hacer que limpie varios de los muebles de la misma habitación. O al niño que presenta conductas destructivas o molestas, como el tirar objetos o romper cosas, se le puede hacer que corrija los efectos de su conducta y que mejore la situación anterior, haciendo no sólo que coloque adecuadamente lo que tiró, sino que recoleque y ordene toda la habitación.

La práctica positiva es la otra forma en que suele aplicarse la sobrecorrección, y consiste en hacer que el niño practique repetidamente una conducta positiva relacionada con la actividad que queremos asegurar o modificar. Así, por ejemplo, para conseguir entrenar a un niño en cepillarse los dientes, se le puede hacer que repita el cepillado de los mismos varias veces, después de instruirle sobre cómo hacerlo. O al niño que presenta conductas molestas o agresivas con los demás, se le puede hacer que se disculpe repetidas veces por su conducta ante las personas, niños o adultos a los que ha molestado.

La sobrecorrección es una técnica ampliamente utilizada para afirmar o asegurar la adquisición de una determinada conducta, y, sobre todo, para eliminar o reducir conductas inadecuadas o indeseables, como los tics faciales, las conductas autoestimulantes o las conductas socialmente inadecuadas o agresivas (Olivares, Rosa y Olivares, 2006). En la tabla 3.8 que presentamos a continuación, modificada de la presentada previamente por Méndez, Olivares y Beléndez (2004), se especifican las ventajas e inconvenientes de la sobrecorrección como técnica de modificación de la conducta.

3.4.3.4. La reprimenda verbal

La reprimenda verbal es una técnica más de castigo, aunque mucho menos problemática que la del castigo físico. En cualquier caso, una primera precisión que conviene hacer es la de que no se debe confundir la reprimenda verbal con lo que podríamos denominar castigo o agresión verbal, en el sentido de gritar o insultar al niño, lo que puede llegar a tener en algunos casos un efecto similar al del cas-

TABLA 3.8

Ventajas e inconvenientes de la sobrecorrección

Ventajas	Inconvenientes
<ul style="list-style-type: none"> — Reduce al máximo los efectos negativos del castigo (agresión, evitación, generalización, etc.). — Proporciona un modelo positivo y constructivo para el niño y para los adultos de su entorno. — Permite adquirir o aprender conductas y hábitos apropiados. — Contiene o constituye un proceso educativo en sí mismo. — Suele tener efectos rápidos y duraderos. 	<ul style="list-style-type: none"> — Requiere tiempo para su aplicación. — Debe seguir inmediatamente a la conducta problemática y estar relacionada con la misma, especialmente en el caso de los niños. — Los padres han de estar preparados y dispuestos para afrontar adecuadamente reacciones negativas u oposicionistas por parte del niño. — Requiere una cierta capacidad creativa para encontrar conductas adecuadas para practicar.

tigo físico. En el caso de la reprimenda verbal, se trata simplemente de decir al niño lo que no debe hacer de una forma clara y enérgica, con el objetivo de que no realice determinadas conductas que pueden ser potencialmente peligrosas. La técnica es en sí misma una forma de castigo o de control negativo, y como tal, insistimos una vez más, es menos recomendable que las técnicas de reforzamiento o de control positivo, que siempre deberíamos elegir como alternativa si fuera posible. A continuación incluimos en la tabla 3.9, tomada de Carrobles y Pérez-Pareja (2008), un breve resumen de las características que deben observarse al aplicar la reprimenda verbal en el caso de los niños.

TABLA 3.9

Características de la técnica de las reprimendas verbales

1	Debe ser enérgica, pero no exaltada.
2	Debe ser firme, pero no autoritaria.
3	Al aplicarse, no se debe entrar en discusiones con el niño ni atender a sus réplicas poco razonables.
4	Debe ser objetiva y aplicarse con serenidad.
5	La aplicación de la reprimenda debe acompañarse de una breve explicación de las razones para aplicarla y de las consecuencias que podría haber tenido la conducta peligrosa del niño en el caso de haberla realizado.

3.4.4. El manejo de la atención parental

Como nosotros mismos hemos expresado en otra ocasión (Carrobles y Pérez-Pareja, 2008), puede afirmarse que muchas o la mayoría de las conductas inadecuadas de los niños (como el llanto, los gritos o el negarse a obedecer) tienen como finalidad la de reclamar la atención de los adultos, y suelen lograrlo con una gran eficacia. Pero si atendemos al niño cuando está comportándose de forma inadecuada, estaremos produciendo en él, precisamente, el efecto contrario de reforzarle esos comportamientos inapropiados, en lugar de reducirlos o eliminarlos, que es lo que pretendemos lograr. Este error es muy frecuentemente cometido de forma inadvertida por los padres y conviene con frecuencia señalarles y advertirles de los peligros de este error.

Pero, como es bien sabido, el que nos presten atención es realmente muy importante tanto para los niños como para los adultos, y en este poder reforzante de la atención reside la importancia de que aprendamos a utilizar de modo adecuado el empleo de la misma. Por otro lado, también conviene advertir que la atención puede tener una doble valencia o ser utilizada de dos formas distintas, en el sentido de que la misma puede ser usada tanto para reforzar como para eliminar una determinada conducta. Así, el prestar atención a las conductas apropiadas de nuestros hijos es una de las mejores formas que podemos utilizar para incrementar las mismas. Por el contrario, no prestar atención o dejar de pres-

tarla es también una de las mejores y más eficaces formas de extinguir o reducir una conducta inapropiada. A modo de resumen, podemos afirmar que el prestar atención y las palabras de afecto y de ánimo son los mejores recursos que podemos utilizar para incrementar las conductas apropiadas de los niños, pero también puede utilizarse la retirada de esa atención o esos afectos para lograr el efecto contrario de reducir o eliminar las conductas inadecuadas de los mismos.

CONCLUSIONES

Como comentábamos al comienzo de este capítulo, aunque ser padres biológica o asistencialmente hablando puede ser una tarea relativamente fácil, no lo es tanto, sin embargo, serlo o ejercer como

tales desde un punto de vista psicológico, en el sentido de llegar a ser unos auténticos *padres psicológicos* para nuestros hijos. A lo largo del capítulo hemos intentado no sólo transmitir las dificultades y los peligros que pueden encontrarse en el proceso del ejercicio de una auténtica paternidad responsable y competente, sino que al mismo tiempo que hemos tratado de analizar y pormenorizar las principales de estas posibles dificultades, también hemos intentado aportar y proponer soluciones prácticas para las mismas. Esperamos encarecidamente haber logrado, aunque sea parcialmente, nuestro principal objetivo en esta tarea, que no es otro que el de poder ayudar a mejorar las necesarias relaciones entre los padres y sus hijos y poder contribuir, aunque sea modestamente, a facilitar la realización plena de nuestros hijos como personas y a facilitar el logro de la auténtica felicidad humana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4, 1-103.
- Carrobles, J. A. y Pérez-Pareja, J. (2006). *Escuela de padres*. Madrid: Pirámide.
- Chamberlain, P., Reid, J. B., Ray, B. A., Capaldi, D. y Fisher, P. (1997). Parent Inadequate Discipline (PID). En T. A. Widiger, A. J. Frances, H. A. Pincus, R. Ross, M. B. First y W. Davis (eds.), *DSM-IV sourcebook, Volume 3* (pp. 569-629). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Clement, M. E. y Chamberland, C. (2007). Physical violence and psychological aggression towards children: Five-year trends in practices and attitudes from two population surveys. *Child Abuse & Neglect*, 31, 1001-1011.
- Corsini, R. J. (1999). *The dictionary of psychology*. Philadelphia, US: Brunner/Mazel.
- Crespo, M. y Larroy, C. (1998). *Técnicas de modificación de conducta. Guía práctica y ejercicios*. Madrid: Dykinson.
- Durán, A., Tébar, M. D., Ochando, B., Martí, M. A., Bueno, F. J., Pin, G., Cubel, M. M. y Genís, M. R. (2009). *Manual didáctico para la escuela de padres*. Ed. FEDAP.
- Gámez-Guadix, M., Orue, I., Calvete, E., Carrobles, J. A., Muñoz-Rivas, M. y Almedros, C. (2010). Propiedades psicométricas de la versión española del inventario de dimensiones de disciplina (DDI) en universitarios. *Psicothema*, 22, 151-156.
- Gershoff, E. T. (2002). Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 128, 539-579.
- Gootman, M. E. (2002). *Guía para educar con disciplina y cariño*. Barcelona: Ed. Medici.
- Gordon, T. (2006). *Enseñar autodisciplina. Cómo fomentarla en niños y adolescentes*. Barcelona: Medici.
- Locke, L. M. y Prinz, R. J. (2002). Measurement of parental discipline and nurturance. *Clinical Psychology Review*, 22, 895-929.
- López, F. (2008). *Necesidades en la infancia y en la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Maccoby, E. E. y Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En P. H. Mussen (ed.), *Handbook of child psychology: vol. 4, Socialization, personality and social development* (Vol. 4, pp. 1-101). New York: John Wiley.
- Méndez, F. X., Olivares, J. y Beléndez, M. (2004). Técnicas operantes. En J. Olivares y F. X. Méndez (eds.), *Técnicas de modificación de conducta* (4.ª ed.). Madrid: Biblioteca Nueva.

- Moliner, M. (1990). *Diccionario de uso del español*. Madrid: Gredos.
- Musitu, G. y García, J. F. (2004). Consecuencias de la socialización familiar en la cultura española. *Psicothema*, 16, 288-293.
- Olivares Rodríguez, J., Rosa Alcázar, A. I. y Olivares Olivares, P. J. (2006). *Ser padres, actuar como padres*. Madrid: Pirámide.
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.^a ed.). Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>.
- Straus, M. A. (2001). *Beating the devil out of them: Corporal punishment in American families and its effects on children*. New Brunswick, NJ, US: Transaction Publishers.
- Straus, M. A. y Fauchier, A. (2007). *Manual for the Dimensions of Discipline Inventory (DDI)*. Durham, NH: Family Research Laboratory, University of New Hampshire. Recuperado de <http://pubpages.unh.edu/~mas2/>.
-

La adopción

4

ANA BERÁSTEGUI

De la mano de la enorme diversificación que ha vivido la familia española, la adopción se ha convertido en un foco de atención y formación necesario y específico para todo aquel que trabaja cotidianamente con familias, y muy especialmente para los psicólogos. En los últimos quince años, este fenómeno ha pasado de ser una realidad invisible y marginal, tanto en su número como en su relevancia pública, a ser una realidad social visible y visibilizada en las más de 50.000 familias que se han formado a través de la adopción en España, especialmente a partir de lo que conocemos como el boom de la adopción internacional.

En este capítulo abordaremos tres cuestiones relevantes para la intervención del psicólogo de familia en adopción. En primer lugar, qué es la adopción desde una perspectiva jurídica y psicosocial, qué diferencias hay entre los distintos tipos de adopciones, y qué parecidos y diferencias plantea la adopción frente a la paternidad biológica. En segundo lugar se presentan algunos momentos especialmente importantes del ciclo vital de la familia adoptiva, aportando algunas pistas para el trabajo profesional, especialmente en su función más preventiva. Por último, se aborda específicamente la intervención postadoptiva, clarificando las problemáticas que pueden requerir una intervención de este tipo y algunas características de los recursos profesionales para ponerla en marcha.

4.1. ¿QUÉ ES LA ADOPCIÓN?

La adopción es una medida de protección de menores por la cual, a partir de una sentencia judi-

cial, un niño que carece de familia o que, por distintos motivos, ha sido separado de ella definitivamente, se integra en otra familia de forma irrevocable, rompiendo los vínculos que hasta ese momento lo mantenían unido a su familia de origen y convirtiéndose, a todos los efectos, en hijo de sus padres adoptivos.

Es, por tanto, una medida definitiva, tomada para siempre, que coloca al hijo adoptado en la misma posición legal que ocupa un hijo biológico, y que termina con las relaciones personales y legales que pudieran existir entre el menor y las personas que le dieron la vida. Por ello, la adopción no debe confundirse con el acogimiento familiar, en el que el niño mantiene los vínculos legales que le unen a sus padres biológicos y un grado variable de comunicación con ellos, al tiempo que recibe de la familia acogedora el cuidado, la educación y la atención que su familia de origen no puede darle, durante el tiempo que no puede hacerlo.

Actualmente hay en España dos modalidades de adopción: la adopción nacional y la internacional. En la adopción nacional, tanto los adoptantes como el adoptado son residentes en España, independientemente de su nacionalidad, mientras que en la adopción internacional el adoptado reside en otro país y se traslada a España con motivo de su adopción. Las principales diferencias entre la adopción nacional e internacional quedan recogidas en la tabla 4.1.

Hay dos aspectos en los que están desapareciendo las diferencias entre estos dos tipos de adopción: los tiempos, los aspectos étnicos y el perfil de los

TABLA 4.1

Diferencias entre adopción nacional e internacional

Adopción nacional	Adopción internacional
Adoptantes y adoptado residen en España.	Los adoptantes residen en España y el adoptado en el extranjero.
En algunas Comunidades Autónomas la lista está cerrada y sólo se abre cada cierto tiempo.	Se puede solicitar en cualquier momento.
Tiene un menor coste económico.	Tiene un mayor coste económico: viajes, traducciones, mediación.
Es más simple jurídicamente, pues sólo interviene una legislación.	Es más compleja jurídicamente, pues intervienen dos legislaciones.
Se inicia con un acogimiento preadoptivo, por lo que no es definitiva desde el principio.	Se constituye de forma definitiva antes del viaje en la mayoría de los países, no hay acogimiento preadoptivo.

menores. Tradicionalmente se ha pensado que la adopción nacional era más lenta que la internacional, pero esto está cambiando, siendo los tiempos de espera lentos y difícilmente predecibles en ambos casos, lo que ha derivado en que en algunas Comunidades se permita la apertura de un doble expediente y optar al mismo tiempo por las dos modalidades. Por otro lado, la adopción nacional es cada vez más posiblemente una adopción interracial, lo que no era frecuente en el pasado.

Por último, tanto en adopción nacional como internacional es posible ofrecerse a la adopción de menores con necesidades especiales, en cuyo caso, por lo general, los trámites son más ágiles, ya que existen más niños en espera que familias que se ofrezcan a su adopción.

Independientemente de si la adopción es nacional o internacional, a los ojos de la ley, ser adoptado es como volver a nacer en una familia nueva, de manera que ser padres e hijos adoptivos es exactamente lo mismo que ser padres e hijos biológicos. Sin embargo, desde una perspectiva psicosocial, esto no es del todo cierto. La adopción es una forma real de paternidad, pero también una forma específica, con retos y cuestiones particulares que no se dan en el resto de las familias y que justifican una formación profesional especializada. Por último, la adop-

ción siempre lo es de un determinado niño necesitado de protección, por lo que podemos presumir que, al menos, ha vivido en una situación de riesgo de la que ha tenido que ser protegido y, aunque la familia adoptiva viene a ser este entorno protector, la adopción, por sí sola, no es capaz de borrar automáticamente las consecuencias de esa historia de riesgo. En resumen, adoptar es convertirse en padres-adoptantes de un niño determinado.

4.1.1. Convertirse en padres

A través de la adopción, los adoptantes se convierten en los padres reales del niño. No podemos considerar la adopción como un sustituto o un simulacro de la «verdadera» paternidad, y tampoco una paternidad «de segunda», tal y como se consideraba hace algunos años, sino una paternidad verdadera. En las familias adoptivas se establecen vínculos paterno-filiales completos: vínculos jurídicos y vínculos de apego, pertenencia e identidad. Además, los padres adoptivos asumen todas las tareas y responsabilidades de la paternidad desde el momento que el niño llega, y en sus familias entran en juego las mismas funciones de crianza, socialización, estimulación y educación que en el resto de las

familias. Esta relación de filiación plena hace que la adopción, en nuestro país, sea irrevocable, es decir, que no tiene «marcha atrás», con lo que cuando se habla de «devolver» a un hijo adoptado, en realidad estamos hablando de un «abandono». Por último, la adopción no termina con la mayoría de edad del niño, sino que, como en todo caso de filiación, se extiende a la vida adulta del hijo.

4.1.2. Convertirse en padres adoptantes

La adopción parte del deseo de ser padres, pero lo cumple de un modo muy particular, porque supone ser padre o madre de un niño que ya existe antes de llegar a nuestra familia. Este hecho diferencial con respecto a otras formas de paternidad acarrea ciertos retos específicos, que se suman, interactúan y a veces complican las tareas normativas del ciclo de vida familiar. Las principales tareas específicas de la paternidad adoptiva, o al menos las compartidas por un mayor número de familias, son:

Elaboración de un proyecto de paternidad alternativa. Lo primero que exige la adopción es elaborar un proyecto de paternidad alternativa. Aunque cada vez son más las familias en las que la adopción es la primera opción de paternidad, en la mayoría de los casos las personas acuden a la adopción tras intentos frustrados de paternidad biológica. El reto para estas familias es hacer el duelo por el hijo biológico que no nació y curar las posibles heridas personales, identitarias y relacionales que han podido dejar los intentos frustrados de embarazo, en muchos casos incluyendo diversas técnicas de reproducción asistida, antes de embarcarse en la adopción. Abordar en profundidad las implicaciones de una infertilidad no resuelta en la adopción abarcaría un capítulo completo, pero queda apuntada la necesidad de entender que optar por la adopción no es una técnica reproductiva más, sino que tiene que ser emprendida como un proyecto diferente, asumiendo las diferencias que tiene respecto a la paternidad biológica.

Interferencia de entidades en el proceso de convertirse en padres. Las familias que se ofrecen para adoptar tienen que acostumbrarse a la presencia de la administración y la burocracia en el camino hacia

la paternidad, por lo que convertirse en padres deja de depender sólo de ellos mismos. Durante el proceso de adopción la familia tendrá que pasar un proceso de formación y de idoneidad en el que tendrá que abrir su intimidad a distintos profesionales que tienen en su mano su proyecto de paternidad, así como gestionar los papeles, la incertidumbre de la espera, los viajes, los cambios imprevisibles que pueden darse en los procedimientos y los requisitos, especialmente en la adopción internacional... Es muy poco lo que depende de ellos mismos durante el proyecto. Uno de los mitos más frecuentes es que la administración pone trabas innecesarias a la adopción y, sin embargo, la idoneidad, la adoptabilidad, el proceso de asignación y la transparencia del procedimiento han demostrado ser factores clave, no sólo para la prevención del tráfico de niños y la defensa de sus derechos elementales, sino también para la eficacia jurídica de la adopción y el bienestar futuro de la familia. Es importante destacar que cada Comunidad Autónoma regula sus procesos de adopción, por lo que para intervenir con la familia será interesante para el psicólogo conocer el proceso en cada región.

El tiempo de la espera. Los padres adoptivos tienen que asumir en un plazo indeterminado la paternidad de un niño de edad indeterminada sin que haya signos previos evidentes, como el embarazo, de que se van a convertir en padres, ni de la cercanía de este momento. Además, por lo general, el tiempo de espera es muy superior al de un embarazo y difícil de calcular, por lo que se hace muy largo a nivel emocional. La longitud de los tiempos de espera suele estar basada en el gran volumen de solicitudes de adopción de niños pequeños y sanos, que supera en mucho las cifras de niños declarados adoptables de estas características a nivel nacional e internacional, por lo que es falsa la idea de que los niños, al menos los de estas características, estén esperando el tiempo que tarda en llegar la asignación. En contraste con esta espera, tras la adopción muchas familias experimentan haberse convertido en padres de golpe, en lo que se conoce como la experiencia de «paternidad instantánea».

Proceso alterado de vinculación. Salvo en la adopción de recién nacidos, la adopción casi siempre im-

plica la puesta en marcha de un proceso de vinculación que se da fuera de los plazos y tiempos normales de vinculación y con niños que, con gran probabilidad, han desarrollado patrones iniciales de apego poco seguros, por las situaciones de negligencia, maltrato, institucionalización, malos ratios cuidador-niño o inestabilidad en el cuidado de las que provienen (Berástegui, 2010). Además, la adopción es un momento de estrés e inseguridad para el niño, que «amplifica» las tendencias previas de apego. Las expectativas de los padres también juegan un papel central en este proceso, ya que el deseo de construir una relación afectiva con el niño suele ser el deseo central que mueve la adopción y el termómetro de la satisfacción de la familia. Es importante tener en cuenta que la posibilidad de ofrecer una relación de apego es uno de los objetivos centrales de la adopción y que las dificultades de vinculación justifican gran parte de los problemas en adopción, por lo que esta cuestión será de especial relevancia.

Compensar-reparar-acceptar las «secuelas» del riesgo. Las familias tendrán que asumir conductas, problemas o retos que provienen de la historia del niño, cuyo origen desconocen, y que no han tenido que enfrentar otras personas de su entorno, como veremos en el siguiente apartado.

Comunicación sobre la adopción y las diferencias. Los padres tienen la responsabilidad de contar al niño que es adoptado, ayudarle a reconstruir su historia, comprender el significado de la adopción, abrir canales permanentes de comunicación acerca de la adopción y, si surge esta necesidad, el acompañarle en la búsqueda de información sobre sus orígenes, en muchas ocasiones en ausencia de una información clara y completa sobre su historia. Por otro lado, es probable que la adopción sea visible y que la intimidad de la familia se vea invadida por los comentarios o las miradas indiscretas, por lo que las familias tendrán que aprender a manejar estas diferencias. Esta tarea implica la aceptación de los orígenes del niño y de las diferencias que comporta la adopción, aceptación que se entiende en contraste con actitudes de rechazo, pero también con actitudes de insistencia en las diferencias.

Apoyo en el desarrollo de una identidad racial positiva. En los casos en los que existan diferencias

raciales, el niño tendrá que enfrentarse en ocasiones al estigma racial e incluso a episodios de racismo y xenofobia. La familia tendrá que ser capaz de apoyar el desarrollo de su identidad racial y ayudarle a desarrollar recursos de afrontamiento frente a la discriminación, tarea especialmente compleja para las familias de entornos monoraciales en las que hay cierta «ceguera» hacia la raza y el racismo.

Estas cuestiones diferenciales de la adopción hacen que, en muchas ocasiones, las familias se enfrenten a la adopción sin modelos o referentes cercanos sobre cómo abordar estos retos específicos, lo que hace que tengan que buscar en el asociacionismo o en las redes de apoyo profesional la orientación que otros modelos de familia encuentran en su entorno social más cercano. El psicólogo de familia también puede convertirse en una figura de referencia en este aspecto.

4.1.3. Convertirse en padres adoptantes de un niño determinado

Si la vida familiar, en general, está marcada por una enorme diversidad de experiencias posibles, la adopción nos abre aún a una mayor diversidad. Junto con la multiplicidad de modelos de familia que se acercan a la adopción (familias monoparentales y biparentales, con o sin hijos, homoparentales y heteroparentales, de distintos niveles educativos y de renta, con distintas motivaciones...), a nadie se le escapa que no es lo mismo adoptar a un niño recién nacido con un período previo de acogimiento pre-adoptivo que adoptar tres hermanos en Brasil de ocho, seis y cinco años.

Durante mucho tiempo se ha tratado la figura del adoptado como un niño distinto y problemático, y la adopción como una situación de riesgo, desde la falsa creencia según la cual «los niños adoptados siempre dan problemas». En realidad, los niños adoptados, como grupo, y a pesar de los enormes retos de adaptación y de construcción de sí mismos que tienen que afrontar a lo largo de la vida, tienen un funcionamiento muy similar al resto de los niños. Sin embargo, los niños necesitados de adopción son niños necesitados de protección, por lo que, muy

frecuentemente, han pasado por circunstancias de riesgo más o menos graves.

Es importante en la intervención profesional tener un mapa claro de la experiencia previa del niño y los factores de riesgo a los que ha estado expuesto y, sin embargo, suele ser una cuestión de la que se tiene poca o nula información, lo que en ocasiones dificulta un acercamiento empático a la realidad del niño por parte de la familia e incluso de los profesionales.

El desconocimiento de la historia previa ha hecho que la investigación se centre en variables fácilmente accesibles y mensurables, destacando la edad de la adopción, la institucionalización u otras experiencias traumáticas como el abuso, el maltrato o los cambios de cuidador como factores de riesgo. Sin embargo, la edad de adopción no es una variable de riesgo independiente de la experiencia previa a la adopción, e incluso los efectos de la institucionalización dependen del tipo de institución (diferencias interinstitucionales) y del tipo de experiencia concreta del niño en la institución (diferencias intrainstitucionales), de igual modo que ocurre con la experiencia familiar previa. Es decir, incluso cuando contamos con información acerca del tipo de experiencia familiar o institucional previa a la adopción, a menudo se ignoran las grandes desigualdades que pueden existir en la calidad del cuidado intergrupos e intragrupos.

Por ello, a la hora de intervenir es importante hacerse un mapa complejo de la experiencia del niño, atendiendo a una gran variedad de fuentes posibles de riesgo antes, durante y tras la adopción. Algunas de las *fuentes de riesgo* destacadas en la investigación sobre adopción han sido:

- *Riesgo previo a la adopción*: riesgo genético, riesgo prenatal (exposición a sustancias tóxicas o al estrés, malnutrición fetal), riesgo preadoptivo (privación estimular, privación afectiva, estrés ambiental o fisiológico, inseguridad afectiva derivada de cuidados incompletos, desorganizados o separaciones, abuso y maltrato, malnutrición, cambios frecuentes de cuidador, institucionalización, etc.).
- *Riesgo en la adopción*: la propia adopción es una experiencia de cambio generadora de separación afectiva, inseguridad, estrés e indefensión en muchos casos.
- *Riesgo post-adopción*: relacionados con las variables de la familia (expectativas, apego, comunicación, pautas educativas), el ambiente social que los rodea y la disponibilidad y accesibilidad de recursos de apoyo. Así, el entorno familiar puede servir como un factor de protección que mitigue la influencia temprana de los riesgos asociados a la adopción internacional, pero podría ser también un factor que añade riesgo al proceso evolutivo del niño.

Además, cada uno de estos factores afectará de diferente modo al desarrollo, dependiendo de cuándo y en qué medida se produzca, por lo que es importante atender a la cronología de estos factores de riesgo en términos de precocidad y duración y también a la fuerza del mismo en términos de frecuencia e intensidad de la exposición a la experiencia de riesgo. Asimismo, estos factores de riesgo no se producen aisladamente, sino que se establecen relaciones de interacción y covariación entre ellos, inhibiendo algunas veces, potenciando y multiplicando otras el efecto del daño en el desarrollo.

Aunque, como decíamos, la adaptación psicossocial de un alto porcentaje de adoptados internacionales es comparable a la de sus pares no adoptados, la investigación sobre adopción encuentra datos muy consistentes que avalan una mayor prevalencia de problemas de ajuste psicológico en esta población. Aunque ya se han superado los estudios clínicos de los años ochenta, que nos mostraban una situación claramente desfavorable para los adoptados basando sus estudios en muestras clínicas, pequeñas o sesgadas, los estudios actuales, de carácter metodológicamente más fiable y basados en muestras más grandes, meta-análisis o estudios poblacionales, siguen encontrando mayor vulnerabilidad en los adoptados, aunque siempre moderada por el grado de adversidad preadoptiva (Palacios y Brodzinsky, 2010).

Más allá de los problemas de salud mental o cognitivos y de integración escolar, en los que la in-

vestigación es bastante consistente, se han destacado otras áreas de riesgo, como han sido los problemas de salud, los problemas de apego, los mayores problemas en la construcción de la identidad o los problemas de integración social (Berástegui, 2005).

Sin embargo, hay que destacar que la presencia de factores de riesgo en la vida del niño no le condena unidireccionalmente a un futuro de dificultad o patología. Los estudios sobre resiliencia nos recuerdan experiencias de superación personal a partir de historias de riesgo muy graves. De hecho, cuando se compara a los adoptados con niños que crecen en familias biológicas inadecuadas, negligentes o maltratadoras, o en ambientes de institucionalización, es decir, con los niños que hubieran sido en el caso de no ser adoptados, o incluso cuando se les compara consigo mismos en el momento de llegar a su hogar adoptivo, los resultados de los adoptados son muy positivos, resaltando el carácter protector de la adopción en la vida del niño, a pesar del reconocimiento de la vulnerabilidad que también implica (Palacios y Brodzinsky, 2010). Siguiendo este argumento, la adopción difícilmente puede ser considerada una situación de riesgo para un menor en condiciones de adversidad, habida cuenta de que, en la mayoría de las ocasiones, a partir de la adopción rompen con el contexto de riesgo, se colocan en un entorno mejor del que partieron, retoman el desarrollo estancado e inician un camino de recuperación en muchas áreas del funcionamiento psicológico.

4.2. PREVENCIÓN Y ORIENTACIÓN DE LA FAMILIA ADOPTIVA

La intervención del psicólogo de familia en contextos de adopción es multifacética y se da en muchos momentos distintos del proceso de adopción. El psicólogo puede estar presente en la gestación del proyecto adoptivo cuando interviene con una familia con problemas de infertilidad (véase Llavona, 2008), en una buena evaluación de la idoneidad de los adoptantes (véase Casalilla, Bermejo y Romero, 2008), en la formación preadoptiva de las familias (véase Palacios, León, Sánchez-Sandoval, Amorós,

Fuentes y Fuertes, 2006), en el acompañamiento durante el tiempo de la espera (Berástegui, 2008), etc.

También es imprescindible en el área de protección de menores, tanto en la evaluación del plan de protección para cada niño, en la evaluación de su adoptabilidad en términos psicológicos y emocionales, en la preparación del niño para la adopción y en la fase de acoplamiento entre la familia y el niño.

En este capítulo nos centraremos fundamentalmente en la prevención, formación, acompañamiento y seguimiento en las etapas postadoptivas, en las que puede intervenir cualquier psicólogo de familia formado, pero no necesariamente especializado, en postadopción (psicólogo del centro escolar, de la entidad colaboradora, del centro de orientación familiar...), aportando algunas pistas de trabajo preventivo en procesos que consideramos clave en el ciclo de vida de la familia adoptiva, como son el encuentro y los primeros días, el proceso de vinculación, el inicio de la socialización, la escolarización y la comunicación sobre los orígenes.

4.2.1. El encuentro

El encuentro y los primeros días juntos son momentos cargados de emoción para los padres, pero, sin embargo, no siempre son como se esperan. Hay que tener en cuenta que si esta experiencia es complicada emocionalmente para los adultos, aún lo es más para los niños. Algunos han sido informados y preparados para lo que va a pasar y otros no; y, en cualquier caso, sus recursos son mucho más escasos para afrontar este momento. Por eso hay que ir preparados para que el niño se muestre retraído e incluso rechazante. En cualquier caso, cada niño y cada situación es diferente, por lo que serán los padres los que tengan que intuir e ir probando el mejor modo de encontrarse y conocer al niño. En la tabla 4.2 se recogen algunos consejos que se pueden dar a los padres frente al primer encuentro.

Hasta la llegada a casa, tanto los padres como el niño vivirán una situación de novedad, estrés y caos, que sabemos que es pasajera. Sin embargo, al llegar al hogar los padres vuelven a un mundo conocido para ellos, mientras que el niño se en-

TABLA 4.2

Algunos consejos ante el primer encuentro

- *Ponerse a la altura del niño.* Para empezar a fomentar que se sienta cómodo en la presencia de los padres y no se asuste, es importante que les pueda ver el rostro.
- *Decirle alguna palabra tranquilizadora.* Aunque es muy difícil aprender el idioma del niño, sería bueno poder contar con algunas palabras en su idioma de origen para que en los primeros encuentros el esfuerzo comunicativo parta de los padres. Aunque el niño aún no hable, la familiaridad con el idioma de origen hará que les sienta más cercanos y puede ayudarlo a comprender mejor la situación que está viviendo.
- *Llevar algún juguete* que ayude a vivir este momento como un juego. A veces no se sabe por dónde empezar la relación, por lo que llevar algún objeto por el que empezar el intercambio relaja y media entre las emociones de unos y de otros, además de despertar el interés del niño. El juguete tendrá que ser pequeño, discreto, no muy ruidoso, que permita que el juego se vaya desarrollando entre ambos. A veces un sonajero, un peluche o una marioneta, en función de la edad del niño, puede ser la mejor opción.
- *Respetar los ritmos del niño* respecto al contacto físico. Para muchos niños, los abrazos, los besos y las manifestaciones de cariño son más una amenaza y una intrusión en su espacio personal que una vía de consuelo y de contacto afectivo. La norma será la progresividad: ponerse a su altura, hablarle, pedirle permiso para cogerle en las rodillas o darle una mano, ser lentos y estar atento a sus reacciones a la hora de tocarlo y abrazarlo, darle un beso o tener un contacto ocular más directo.
- *Dejar espacio para su emoción.* Muchas veces este momento es tan intenso emocionalmente para los padres que se olvidan de las emociones del niño e insisten en decirle lo mucho que le habían esperado, lo importante que es para ellos, lo que desean abrazarle..., sin tener en cuenta cuáles son sus emociones, deseos y miedos. Sin embargo, este es el momento para empezar a ser padres y anteponer las emociones del niño a las del adulto, aunque sin dejar de sentir lo importante que es el momento para cada uno.

FUENTE: Berástegui, Gómez-Bengochea y Adroher (2010).

cuentra en un mundo completamente nuevo, y vivirá un cambio drástico de ambiente que pondrá a prueba su capacidad de adaptación. El cambio no es sólo una mudanza para el niño, sino que se le exige adaptarse a un contexto muy diferente en lo físico, en las rutinas diarias, en el modo de comunicarse, en las personas que le rodean, en las manifestaciones afectivas, en la vida social, en los aspectos culturales, en el volumen y el grado de estimulación, etc. El niño deberá explorar la nueva situación y descubrir cuáles son sus límites, las conductas adecuadas, los nuevos modos de relación, las expectativas que se posan sobre él y que la situación es definitiva, y este es un proceso que puede ser más rápido o más lento y que, en todo caso, exige un esfuerzo que la familia debe comprender y apoyar.

En este momento es normal que aparezcan reacciones ligadas al estrés, al cambio de hábitos y a la inseguridad que genera el enorme vuelco vital que supone para los niños la adopción. Algunas de las

reacciones esperables en estos primeros momentos son:

- Problemas de sueño: dificultades para conciliar el sueño, pesadillas y terrores nocturnos, así como exceso de sueño para su edad.
- Problemas con la comida: dificultad para masticar y tragar alimentos sólidos, apetito desmedido, dificultades para aceptar los nuevos alimentos o intento de guardarse la comida.
- Reacciones regresivas como enuresis o encopresis secundaria, así como episodios de llanto difícil de consolar.
- Ansiedad de separación, miedo al contacto físico (rigidez, agresividad o rechazo frente a los intentos de acercamiento), preferencia por uno de los padres o incluso rechazo activo del otro.
- Aislamiento y miedo al contacto social con otros niños o con adultos.

Todas estas reacciones son normales, muchas iguales a las que pueden presentar los niños frente a otras situaciones de cambio o inestabilidad, y la mayoría de ellas desaparecen a medida que se va encontrando seguro; sin embargo, hay que vigilarlas para que no se hagan crónicas y no carguen de ansiedad a la familia.

Para facilitar este esfuerzo de adaptación que se le pide al niño, la familia también debería adaptar la vida cotidiana a sus ritmos y sus posibilidades. En este sentido, si queremos que el niño se vaya acostumbrando al nuevo entorno, es importante ofrecerle el mayor tiempo y espacio posibles para acostumbrarse a lo que va a ser su familia, su núcleo fundamental y las rutinas cotidianas de la vida familiar. También hay que procurar que el entorno esté lo más estructurado que se pueda, con rutinas consistentes, tener al niño informado acerca de lo que se está haciendo y qué se hará a continuación (aunque parezca que no entiende), y que esté siempre al cuidado de las mismas personas, a ser posible los padres.

Quizá una de las dificultades con las que se encuentra la familia en esta fase es el conflicto entre el deseo de dar un entorno tranquilo y seguro al niño, por un lado, y el deseo de compartir esta alegría con el entorno social y de presentar al hijo a todos los familiares y amigos. El constante goteo de encuentros o las avalanchas de familiares en casa corren el riesgo de exponer al niño a un entorno excesivamente cambiante, con lo que es más difícil para él establecer cuáles son las figuras de referencia. Por el contrario, hay que hacer el esfuerzo de ofrecerle durante el mayor tiempo posible lo que es más excepcional para él, una vida cotidiana en familia. Hay que respetar mucho esta primera fase y tratar de que la vida se parezca lo más posible a la vida normal, rutinaria y habitual de la familia.

Esta primera fase también coincide con lo que en psicología de familia se conoce como transición a la parentalidad, que supone una de las etapas de mayor estrés y cambio en el ciclo de vida familiar: el aumento de trabajo en casa, el cambio en las rutinas, la restricción de la vida social, el mayor cansancio de los adultos, etc., son una sobrecarga que tiene que afrontar cualquier familia, y que en adop-

ción se suma a los retos de adaptación de los niños. En este sentido, se ha descrito en este período un «bajón» emocional que pueden sentir los padres tras la llegada del niño y que se ha venido a llamar la «depresión post-adopción». Tras el intenso esfuerzo emocional de la espera y del viaje, con la llegada a casa, especialmente las familias que más han idealizado la vida una vez llegara el niño, pueden sentir este estado de desmotivación y tristeza que la mayor parte de las veces es leve y pasajero, pero que habrá que combatir, con ayuda profesional si es necesario, para que no dificulte los primeros momentos de la relación entre los padres y el niño.

4.2.2. El proceso de vinculación

Aunque la relación de afecto de los padres hacia el hijo comienza a forjarse en las expectativas durante la espera, cuando se recibe la primera foto de la asignación o se conocen las características del niño, y de una manera más real desde el primer encuentro, es importante tener en cuenta que el vínculo afectivo surge para el niño sobre otro más primario y básico, que es el vínculo de seguridad o vínculo de apego.

El niño debe sentirse seguro al lado de sus nuevos padres, sentir que son predecibles para él y saber que ellos son capaces de entender, responder y regular sus momentos de inseguridad (dolor, tristeza, miedo, nerviosismo). Para ello hay que aprender a leer en los niños sus señales de necesidad. Sin embargo, es frecuente que los niños que vienen de condiciones de privación tengan un manejo difícil de las necesidades afectivas y que estas señales sean complicadas de detectar e interpretar. La teoría del apego propone cuatro estilos básicos en el manejo de las necesidades afectivas que también encontramos en adopción:

- *Necesidades afectivas exageradamente activadas.* Suele ocurrir cuando los niños han podido vincularse a personas que no les ofrecían la suficiente seguridad por inconsistentes, o por haber vivido muchos cambios de cuidadores. En estas ocasiones los niños se cen-

tran en mantener a toda costa la cercanía de su persona de referencia y se muestran muy demandantes (lloran con cualquier separación de los padres, y son incapaces de jugar solos, por lo que eso supone de separación, o de desviar la atención de donde está la persona de referencia). En ocasiones, además de constantes, sus señales de necesidad son también contradictorias, incluyendo rabietas, deseo de llamar la atención o intentos agresivos por mantener la cercanía. Esto puede ser una etapa pasajera que permanece mientras dura la primera adaptación del niño, cuando más inseguro y necesitado de referencias se encuentra, pero en otras es un esquema inicial de relación que tendrá que ir cambiando progresivamente, a medida que se afianza el vínculo en su nueva familia.

- ***Necesidades afectivas desactivadas.*** En este caso los niños han sido rechazados por sus figuras vinculares, sus cuidadores ignoraban constantemente sus necesidades o les maltrataban activamente. Los niños con apego «desactivado» parece que han dejado de esperar que nadie venga a cubrir sus necesidades de afecto y protección, y han aprendido a depender sólo de ellos mismos, por lo que sus señales de necesidad son muy tenues. Por el contrario, su estrategia es la de que parezca que no necesitan nada, porque esa es la manera en la que los adultos han sido más cercanos o menos dañinos para ellos. Muy frecuentemente esta frialdad se combina con ciertos niveles de sociabilidad indiscriminada, lo que desconcierta a la familia.
- ***Necesidades afectivas desorganizadas.*** Estos son los patrones más complejos desde el punto de vista del apego, y se dan en los casos en los que el menor no ha podido establecer un patrón de vinculación y, por tanto, se muestra caótico en sus relaciones, siente miedo y placer frente a las mismas y frente a las propias emociones. El proceso de vinculación con ellos pone a prueba la fortaleza del proyecto adoptivo de los padres, el realismo de sus expectativas y su madurez

afectiva. Sin embargo, con constancia, muchas dosis de comprensión y empatía y, en ocasiones, con el apoyo profesional adecuado, se puede ir forjando una relación progresivamente segura también con ellos.

- ***Necesidades afectivas acordes y activadas.*** Hay niños que han tenido la suerte de tener un vínculo suficientemente seguro en las primeras etapas del desarrollo: han sido cuidados por su familia adecuadamente, aunque a partir de un momento ya no han podido hacerlo, han estado en instituciones pequeñas con personal cercano y atento con los niños, han vivido con una familia acogedora implicada... En estos casos los niños sufren mucho en los primeros momentos al separarse de lo que ha sido su fuente de seguridad, pero saben lo que es ser queridos y reconocerán y aceptarán el afecto y la seguridad que les ofrece su nueva familia, siempre que la familia sepa reconocer como positivo el afecto anterior y no intente negarlo o competir con él.

Es importante tener en cuenta que las posibilidades del niño de vincularse dependerán no sólo de las experiencias previas del niño, sino también de que sus nuevos padres le ofrezcan afecto y seguridad y puedan responder adecuadamente a lo que necesita en cada momento, y eso sólo se consigue conociéndole y estando a su lado. Por tanto, será algo que no se construya a modo de flechazo, sino que irá surgiendo del día a día de la convivencia. Las habilidades que habrá que ir desarrollando en las familias tienen que ver con la construcción de un entorno seguro, la disponibilidad, la sensibilidad en la lectura de sus necesidades, el envío de señales de la aceptación hacia el menor y el desarrollo de interacciones de tipo cooperativo (tabla 4.3). En este sentido, con muchos niños hay que aprender a iniciar el contacto físico, que es el que en nuestra cultura se considera prueba de afecto, pero de una manera progresiva para no generarle miedo o rechazo. Son muy diversos los programas que se han diseñado fuera de nuestras fronteras para activar y entrenar estas capacidades en los padres adoptantes. La

mayoría de ellos incluye el análisis con la familia de fragmentos de interacción grabados en vídeo, lo que posibilita el reconocimiento progresivo de las señales, así como de los momentos sensibles y responsables por parte de la familia.

TABLA 4.3
Para construir vínculos

Debemos	No debemos
Crear un entorno predecible y rutinario y explicarle los cambios.	Crear un entorno caótico y cambiante y dejar al niño sin información sobre lo que ocurre.
Estar accesibles para el niño, responder a sus señales de comunicación o de malestar.	Ser inaccesibles para él, ignorar sus señales de comunicación o de malestar o hacerle esperar innecesariamente.
Ser sensibles a lo que necesita nuestro hijo, estar atentos a qué es lo que pide en cada momento.	Responder siempre del mismo modo, independientemente de lo que necesite el niño en cada momento.
Enviar señales de aceptación y cercanía afectiva.	Enviar señales de rechazo, desaprobación o distancia afectiva.
Dejarle llevar la iniciativa en la comunicación, en los juegos, y respetar sus ritmos.	No dejarle llevar la iniciativa, hacer las cosas por él en la comunicación, en los juegos, e imponer los ritmos.

FUENTE: Berástegui, Gómez y Adroher (2010).

El modo de responder a los niños dependerá en parte de la situación e historia afectiva de los padres, de su motivación y de sus expectativas. Las expectativas juegan de nuevo un papel especialmente importante en este proceso de vincularse. Hay padres y madres que, al ver frustradas algunas expectativas, sienten muchas dificultades para vincularse al niño que han adoptado pero que no es «el que estaban

esperando», y al que no sienten como su hijo. Otros pretenden tener un vínculo estrecho y automático con el niño, que compense la espera y los esfuerzos invertidos en la adopción, sin respetar sus tiempos, sin tener en cuenta que la confianza de la mayoría de los niños está herida y que necesitarán tiempo para volver a fiarse. También las familias que esperan que los niños, por provenir de una situación de privación, sean cariñosos y agradecidos, pueden sentir como un engaño que el niño se muestre rechazante. En todos estos casos la familia pone en peligro el vínculo y la propia adopción, por no haber sido honestos con sus expectativas.

El vínculo entre los padres y el niño estará bien construido cuando éste busque en los padres refugio y consuelo frente a las situaciones que son difíciles para él (desde las necesidades básicas como el hambre o el frío cuando son bebés, hasta la tristeza, el miedo o el dolor), y también cuando los padres sean su referencia fundamental, cuando el niño use a los padres como base desde la que explorar el mundo que le rodea (se sienta más seguro cuando está con sus padres para jugar, para conocer otras personas, para moverse, para intentar y probar cosas nuevas...). Cuando el niño puede empezar a confiar en los padres también puede empezar a quererlos. Algo más lento es el proceso de recuperación de los modelos internos de apego, que están íntimamente relacionados con la identidad y las narrativas sobre uno mismo de los adoptados (Román y Palacios, 2010). Sea como sea, de los sucesivos éxitos del proceso de vinculación dependerá el éxito de la adopción en sí misma, tanto para los padres como para el propio niño. Por ello habrá que fijarse y celebrar cada pequeño o gran paso que se dé en este sentido, entender que el camino es largo pero que está acompañado de señales de que se va avanzando, y saber servir de ayuda cuando los padres o el niño se sientan incapaces de continuar por este camino.

4.2.3. El inicio de la socialización

Junto con la construcción de un vínculo de afecto y seguridad con el hijo, la otra gran tarea de la paternidad tiene que ver con educar al niño, con

encauzar y dirigir su comportamiento y sus actitudes y valores de un modo coherente con el estilo familiar y aceptable para el entorno social. Esta tarea de la educación tiene que ver, en gran medida, con que el niño vaya aprendiendo a autocontrolar su conducta en función de unos valores y objetivos.

Todas las familias tienen que asumir la responsabilidad de educar a sus hijos, pero, en algunas ocasiones, la tarea educativa de las familias adoptivas comienza con algunos retos especiales, que van a depender de cómo ha sido la historia previa de los niños. Las conductas que más frecuentemente presentan retos en este sentido son las conductas que el niño *no ha aprendido* en la edad evolutiva en la que sería esperable, como, por ejemplo, las dificultades para mantener la atención y controlar la propia conducta o el exceso de actividad. La atención y el autocontrol no son características de la persona que se tienen o no, sino habilidades que hay que aprender y entrenar, aunque cuanto más tarde se inicia el aprendizaje es más lento y exige mayor esfuerzo por parte del niño y de quienes le rodean. Por otro lado, encontramos *conductas que el niño ha aprendido para adaptarse* al ambiente en el que vivía y que ahora han dejado de ser necesarias, y pueden ser contraproducentes o dañinas. Las conductas que aquí consideramos inadecuadas, agresivas o que se salen de la norma, en muchas ocasiones han sido habilidades imprescindibles que los niños han aprendido y entrenado en los lugares de origen y que les han sido útiles para sobrevivir: las grandes rabietas, los gritos, las agresiones, las mentiras o el exceso de autonomía han podido ser el único modo de captar atención, de conservar las cosas que deseaban tener o de supervivencia. Es lo que llamamos conductas adaptadas a ambientes inadaptados.

Si bien estas conductas son esperables en niños que han vivido una institucionalización temprana y/o historias de maltrato, abuso o negligencia que les han impedido establecer una relación sana con un adulto, son conductas difíciles de manejar, que ponen a prueba la resistencia física y psicológica de los padres y que interfieren, en muchos casos, en el proceso de vinculación y de integración social. Es frecuente que el niño ponga en marcha este repertorio de conductas un tiempo después del inicio de

la convivencia, una vez pasada su fase de shock inicial, que es vivida por los padres como una luna de miel. Ello no debe ser interpretado como una marcha atrás, sino como un avance en el proceso de adaptación del niño: sólo cuando empieza a sentirse seguro y a fiarse de la estabilidad del cariño que se le ofrece, empieza a poner en marcha su repertorio habitual de conductas, a probar cómo puede comportarse y a saber hasta dónde puede llegar.

En cualquier caso habrá que ayudar al niño para que vaya entendiendo qué significa «portarse bien» en este nuevo contexto, qué se espera de él, aprendiendo nuevas conductas y entendiendo cuáles han dejado de ser necesarias, ofreciéndole un entorno amoroso, pero también claro, firme y regulado. Por ello, las intervenciones en este aspecto no deben dirigirse sólo al niño, sino a que los padres entrenen la difícil tarea de enseñar, controlar, encauzar y educar la conducta del niño, reforzando así su propia capacidad de hacerse cargo de su hijo. En este sentido, las máximas básicas de la parentalidad positiva siguen siendo eficaces con esta población (tabla 4.4).

Hay que tener en cuenta que algunas técnicas de modificación de conducta están basadas en la retirada de atención, por lo que pueden ser poco eficaces e incluso contraproducentes con esta población antes de haber establecido un vínculo con la familia. Por otro lado, algunos estudios han demostrado la baja eficacia de los castigos en menores con historias de privación, por el desarrollo de cierta indefensión aprendida.

Especialmente para los niños con mayores dificultades afectivas o con mayores problemas de atención, Rygaard (2008) propone algunas pautas de aprendizaje que pueden facilitar esta tarea:

- Dividir la edad del niño por cuatro, esperar del niño el comportamiento de esa edad y comportarse con el niño como si tuviera esa edad.
- Antes de decir algo al niño, asegurarse de que presta atención tocándole y estableciendo contacto ocular.
- Explicar al niño lo que va a pasar y lo que tiene que hacer, dejar pocos espacios para la elección del niño y no discutir con él sobre

TABLA 4.4
A la hora de educar

Debemos	No debemos
Observar y describir los comportamientos que queremos que cambien y los que hace bien.	Etiquetar al niño ni hablar de sus malos comportamientos delante de los demás.
«Pillarle» portándose bien, estar especialmente atentos a las veces que se comporta como nos gusta y reforzárselo.	Prestarle atención sólo cuando hace algo que no debe. Estar «al acecho» de aquello que hace mal.
Ignorar, cuando sea posible, las conductas inadecuadas.	Ignorarlo cuando se porta bien o «no molesta».
Asegurarnos que sabe qué tiene que hacer para «portarse bien».	Hablarle sólo de lo que no tiene que hacer.
Predicar con el ejemplo.	Pedir al niño una cosa y hacer nosotros otra.
Explicarle que el afecto no está en juego, pero que debe aprender a comportarse adecuadamente.	Decir al niño que es malo, que no se le quiere, que se le va a dejar solo o utilizar el castigo físico.

FUENTE: Berástegui, Gómez y Adroher (2010).

las decisiones tomadas (reconocer sus emociones sin cambiar la decisión).

- Crear rutinas consistentes y estables en la vida cotidiana, disminuir la velocidad de las interacciones y del cronograma diario, reducir los cambios de esta rutina al mínimo posible y prepararlos previamente, aunque no con demasiada antelación.
- Cuando la conducta deseada no aparece o aparece la indeseada, cargar con la responsabilidad (no te ayudé, te pedí algo muy difícil...) y atribuirle los éxitos de la buena conducta. Inducir situaciones de aprendizaje sin error.
- Hacer pequeñas secuencias de entrenamiento de autoinstrucciones verbales en situacio-

nes cotidianas: darse cuenta de que los comportamientos deseados son complejos y tomarse el tiempo de entrenarlos.

4.2.4. La integración escolar

El inicio de la escolarización es un momento crucial, muchas veces minusvalorado, en la vida de cualquier familia. De alguna manera, en el colegio o la escuela infantil el niño abandona la protección familiar y es su primer espacio de integración social, por lo que, para muchos padres, el desempeño escolar de sus hijos, incluso en los niveles iniciales, es considerado el termómetro de su bienestar, su «normalidad» y su éxito social.

Con respecto a la integración escolar, hay que tener en cuenta que un grupo importante de los niños adoptados tiene peores resultados escolares que la media de su clase. El entorno de carencias afectivas, físicas y estimulares en el que viven los adoptados en sus primeros meses e incluso años de vida, hace que sea muy frecuente un cierto retraso en su desarrollo psicomotor, que es un importante precursor de su desarrollo cognitivo. A esto se suman, en ocasiones, las dificultades con el lenguaje, no tanto con el aprendizaje del lenguaje cotidiano como con el manejo del lenguaje de tipo académico y abstracto, lo que también puede incidir en sus resultados escolares. Esto no es una característica exclusiva de los adoptados que proceden de países con otra lengua, sino que depende de las carencias de estimulación temprana y afectiva.

Si a estas dificultades cognitivas, de lenguaje y de aprendizaje les sumamos la deficiente escolarización previa de muchos de los niños, especialmente en adopción internacional, la novedad que supone para ellos la estructura, los horarios y las rutinas de un aula, el ingreso en la escuela muchas veces a mitad de curso, la expectativa social que eso genera, y las dificultades de conducta de las que ya hemos hablado, entenderemos que la integración escolar sea un reto especial para un importante grupo de los adoptados.

Es habitual que se considere que estos niños tienen un ritmo de aprendizaje lento, cuando en reali-

dad realizan un gran esfuerzo por recuperar las posibles lagunas en el desarrollo y en los aprendizajes más básicos, al tiempo que se esfuerzan por aprender cosas nuevas. En este sentido, si comparáramos a los niños con sus propios niveles de desarrollo en el momento que llegaron a su nuevo hogar, en lugar de compararlos con el desempeño de sus compañeros que nunca han vivido en ambientes carenciales, veríamos que el cambio suele ser muy positivo. Algunos de los recursos para apoyar este esfuerzo en los menores quedan recogidos en la tabla 4.5.

TABLA 4.5

*Algunas pautas importantes
con respecto a la escuela*

- Retrasar en lo posible el inicio de la escolarización.
- Valorar la necesidad de escolarizar por debajo de la edad cronológica.
- Hablar con el maestro sobre la situación del niño, proporcionándole algunas guías.
- Revisar las expectativas con respecto a los resultados del niño.
- Iniciar procesos de «aprendizaje sin error» para fomentar la motivación.
- Ofrecer los apoyos necesarios (atención temprana, integración sensorial, logopedia...).
- Evitar la comparación con otros y atender al progreso individual.
- Revisar las actividades del aula que impliquen cuestiones familiares o étnicas para incluir la diversidad.
- Iniciar procesos de colaboración padres-profesores-psicólogo de familia.

FUENTE: Grau y Mora, 2010.

4.2.5. La comunicación sobre la adopción

Para el niño adoptado, la construcción de la identidad es una tarea que tendrá unas características especiales y diferentes de las del resto de los niños. Esto hace que una de las tareas más importantes a la que se comprometen los padres adoptivos sea la de la comunicación sobre la adopción.

La construcción de la identidad en relación con la historia de adopción es vivida con diferente intensidad e interés en las distintas etapas de la vida. Las fases que se han descrito en la literatura sobre adopción son las siguientes:

- **Fase de la anécdota:** en un principio, cuando los niños son pequeños y la comunicación en la familia es fluida y sincera, el hecho de la adopción suele ser algo anecdótico que a los niños les hace sentir especiales de un modo positivo: «*mis padres no me trajeron de un hospital, sino que cruzaron el mundo en un avión para buscarme*».
- **Fase de la conciencia de pérdida:** en torno a los seis-ocho años de edad el niño comienza a darse cuenta de una realidad que será central en su historia, «*para haber sido adoptado primero he tenido que ser abandonado*» o «*para haber ganado esta familia he tenido que perder otra*». Con esta conciencia surge en muchos niños el deseo de conocer las circunstancias de su nacimiento, de su abandono y de su adopción. Darse cuenta de esta realidad suele ser duro y puede despertar dos sentimientos muy complejos: la culpa por el abandono y el temor a ser abandonado de nuevo.
- **Fase de latencia:** poco a poco, y si la relación con la familia es abierta, segura y positiva, el niño comprende que él no fue la causa del abandono, que nada de lo que haga o de cómo sea hará que le vuelvan a abandonar, y comienza a aceptar y superar el duelo por el abandono, con lo que se amainan las preguntas sobre la adopción y se avivan intereses ajenos a ésta.
- **La crisis adolescente:** los adoptados tienen trabajo adicional a la hora de construir su identidad, por la necesidad de integrar el conocimiento de sus orígenes en la percepción de su propia personalidad durante la adolescencia. Para que esto ocurra, la familia debe estar dispuesta a apoyarle, hablar con él y acompañarle, incluso a veces en la búsqueda real de datos que le ayuden a reconstruir esa historia.

Los profesionales del mundo de la adopción coinciden en la importancia, no sólo de contarle al niño que es adoptado, sino de ayudarlo a elaborar una historia de su propia vida completa y con sentido a lo largo de su desarrollo evolutivo, mantener abiertos canales de comunicación acerca de estas cuestiones a lo largo del desarrollo y, en su caso, ayudarlo en un posible proceso de búsqueda de los orígenes, que debería hacerse con la adecuada mediación profesional. Algunas de las directrices básicas para el establecimiento de una buena comunicación sobre la adopción quedan resumidas en la tabla 4.6.

TABLA 4.6

Para ayudar a una buena comunicación sobre la adopción

- No mentir al niño.
- Aprovechar sus preguntas.
- Darle la información del modo más positivo y sólo la que esté preparado para recibir.
- Darle la información de modo que pueda entenderla.
- Darle la información de un modo progresivo: de pequeño los rasgos generales, y a medida que crece los datos específicos.
- Mostrarnos tranquilos. Hacerle sentir que es algo sobre lo que se puede preguntar y de lo que se puede hablar.
- Dejarle claro que somos sus padres para siempre.
- Preguntarle qué ha entendido de lo que le hemos contado. Hacer que él lo cuente con sus propias palabras.

FUENTE: Berástegui y Gómez-Bengoechea (2008).

Sin embargo, esta es una de las cuestiones más específicas de la adopción, por lo que cualquier psicólogo de familia debería tener claros los motivos, los momentos y los recursos necesarios para establecer una buena comunicación sobre los orígenes, e incluso algunos abordajes educativos y terapéuticos, como la elaboración de libros de vida con padres e hijos, la utilización de cuentos, la celebración de rituales, los talleres de padres o el abordaje terapéutico con el adoptado, cuestiones que merecen un acercamiento monográfico (Berástegui y Gómez Bengoechea, 2007).

Unidas al reto de la construcción de una identidad personal adecuada hay que sumar, para muchos niños, las dificultades adicionales que pueden suponer las diferencias raciales, culturales y étnicas con los que les rodean, tanto en adopción nacional como en internacional. Para los padres que adoptan niños con otros rasgos raciales es imposible esconder el hecho de la adopción y, sin embargo, también pueden estar muy cerrados a hablar con sus hijos sobre sus orígenes y su historia, o pueden intentar quitar demasiada importancia a las diferencias evidentes, que otros le van a hacer notar en el mundo social. Por lo general, los adoptados interracialmente son muy bien aceptados socialmente mientras son pequeños, e incluso algunos experimentan cierta dosis de discriminación positiva. Sin embargo, con la llegada de la adolescencia los niños comienzan a ir solos por la calle y ya no se les identifica como adoptados, sino como miembros del colectivo de inmigrantes. Muchos de los adoptados viven con dolor y con pocos recursos de afrontamiento este cambio repentino en la visión que la sociedad tiene de ellos, y no les gusta ser identificados como extranjeros. Hemos de reconocer que esa no es una mirada excesivamente positiva hoy en día en nuestra sociedad, y además les hace sentir que las personas que él considera «iguales» no les consideran «de los suyos». Esto hace que algunos adolescentes muestren dificultades en la aceptación de su apariencia física o sientan vergüenza y recelo frente a las personas de su mismo origen, generando experiencias de disforia racial. Otros, por el contrario, buscan iniciar contactos y ser identificados como miembros plenos de ese colectivo, situación que no suele ser bien entendida por la familia.

A esto se une la dificultad que encuentran muchos padres para entender y aceptar el importante papel que tiene la raza en la integración social de las personas que son diferentes, ya que la mayoría de ellas no ha vivido ninguna situación equiparable. Así, se tiende a quitar importancia a los comentarios de los demás, a pensar que al propio hijo nunca le va a pasar, a obviar que el hijo es de otra raza, a no reconocer los propios gestos xenófobos y, en consecuencia, a no proporcionar al hijo las herramientas que va a necesitar en su vida para afrontar las posibles discriminaciones y construir una imagen

positiva de su apariencia física, de sus orígenes y de sí mismo.

Por eso, si las familias quieren ayudar a sus hijos a crecer sanos, también en este aspecto deberán intentar acercarse a la experiencia que viven en España aquellos que vienen de fuera o tienen una apariencia física similar a la de sus hijos, entender sus dificultades, dar un lugar al niño para expresar sus dudas, crear un espacio en el que pueda compartir los episodios difíciles para él, y enseñarle a afrontarlos sin negar la importancia que tienen para el niño ni tampoco la realidad de su diferencia.

4.3. ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA INTERVENCIÓN POSTADOPTIVA

A pesar de que cada vez es mayor el conocimiento de la adopción, aún podemos encontrarnos una gran falta de formación y experiencia de muchos de los profesionales que tienen contacto con los niños (pediatras, profesores, psicólogos), lo que eleva el nivel de ansiedad de las familias y les hace sentir que no tienen a quién acudir. Esto ha promovido que en muchas comunidades autónomas se hayan creado servicios públicos de apoyo postadoptivo para el trabajo preventivo, educativo y terapéutico con estas familias.

Las problemáticas con las que las familias acuden a estos servicios de forma más frecuente son los problemas de lenguaje y de alimentación en los inicios de la convivencia, los problemas de vinculación (sociabilidad indiscriminada, inhibición afectiva, vinculación a un solo progenitor, ansiedad de separación, miedo al abandono o interferencia de los problemas de conducta en el proceso de vinculación), los problemas de comportamiento (destacando los problemas para aceptar límites y normas y las dificultades de atención con exceso de actividad), los problemas de adaptación escolar (tanto en las dinámicas de motivación, atención, aprendizaje y rendimiento como en la conducta del menor en la escuela y sus relaciones con adultos y con iguales) y las dificultades para la comunicación sobre la adopción por parte de los progenitores.

La mayoría de estas necesidades pueden abordarse desde un paradigma psicoeducativo o de

orientación y con una metodología de grupo, de manera que no es necesario el abordaje individual de corte terapéutico. Los indicadores de necesidad de un tratamiento terapéutico urgente, para la detec-

TABLA 4.7

Algunas señales de necesidad de ayuda psicológica

- Dificultades de integración social.
- Comportamientos sexuales precoces.
- El niño presenta comportamientos que a la familia le resultan intolerables o imposibles de afrontar.
- El niño presenta conductas que ponen en peligro su salud (autoagresiones, consumo de sustancias, deseo de hacerse daño a sí mismo, fugas) o la salud de los demás (el niño nos agrede o nos asusta, o agrede gravemente a otros).
- El niño se muestra triste, deprimido o aislado, y detectamos que está sufriendo pasado un tiempo razonable de convivencia.
- El niño tiene dificultades escolares que en el colegio no saben abordar.
- La familia manifiesta que la vida de sus otros hijos está siendo afectada negativamente por el nuevo hermano, y esto le genera ansiedad.
- La familia manifiesta sentir vergüenza de cómo es o cómo se comporta su hijo.
- La familia no percibe ni relata ningún momento de bienestar o tranquilidad en compañía del niño.
- La familia pone en marcha respuestas sobrerreactivas frente al niño, como insultar, gritar o pegar.
- La familia presenta serias dificultades para aceptar el crecimiento de su hijo o para separarse de él.
- La familia se manifiesta desbordada, sin fuerzas o sin ilusión para afrontar la crianza del niño.
- La familia se muestra incapaz de hablar con el niño sobre la adopción o alguno de sus aspectos.
- La familia siente al niño como un extraño o el niño no los reconoce como padres pasado un tiempo de convivencia (+ 6 meses).
- La relación con el niño está generando serios desacuerdos en la pareja.
- La relación con el niño genera sentimientos de tristeza o de angustia persistentes en algún miembro de la familia que bloquean la relación.
- Cualquier otra circunstancia que genere sufrimiento a la familia y que no sepamos cómo abordar.

FUENTE: Alberola, Berástegui, de Aranzábal y cols. (2008).

ción de situaciones de riesgo en pediatras o maestros, podrían ser los desarrollados en la tabla 4.7.

Algunas de las situaciones descritas pueden poner en riesgo la continuidad de la vida en común entre padres e hijos (Parrondo, 2008). En el origen de estas crisis de ruptura suelen estar implicados problemas de vinculación y reconocimiento mutuo y de control conductual (Berástegui, 2003), por lo que deben ser abordadas con toda la familia, porque lo que está en juego es la supervivencia de la convivencia familiar, y no sólo el vínculo parental que se mantendría tras la ruptura.

Por último, es frecuente la solicitud de ayuda por parte de los adolescentes con necesidad de reformular su historia, dificultades para convivir con lo que suponen fue el origen real de su abandono, y sentimientos de ambivalencia hacia sus orígenes biológicos, tanto en lo referente a sus progenitores biológicos como a sus diferencias étnicas o de origen. En estos menores el abordaje de grupo también ha mostrado tener muchas ventajas, aunque en ocasiones se hace necesaria la atención individual. Finalmente, son frecuentes las demandas de apoyo en el proceso de búsqueda de los orígenes en los que se requieren servicios especiales de mediación (Rosso, 2008).

Son muy numerosos los tipos de intervención postadoptiva que se han ido desarrollando (Dore, 2006; Freundlinch, 2006). Sin embargo, no se dispone de evaluaciones sistemáticas suficientes que per-

mitan determinar si hay algunos que sean más eficaces que otros a nivel internacional y, aún menos, en nuestro país (Palacios, 2007). De hecho, los últimos años están viendo proliferar diversos acercamientos terapéuticos muy novedosos, pero de efectividad dudosa, que deben ser sujetos a evaluación.

Como conclusión, es importante destacar que promover que todo niño es adoptable independientemente de su nacionalidad, sus características, el riesgo proveniente de su historia previa o sus necesidades especiales, supone promover también los recursos necesarios para que los padres puedan afrontar con éxito el estrés que conlleva la adaptación familiar. Es importante centrarse en la resiliencia de las familias adoptivas y sus grandes capacidades de acogida y adaptación, en lugar de psicopatologizarla. Los adoptantes son los principales aliados del sistema de protección de menores en su tarea de proporcionar a los niños un entorno seguro y estable de desarrollo. Los procesos de adopción deberían colocarlos en una posición activa y bien informada, lo que facilitaría el cumplimiento eficaz de sus funciones. Para ello es importante la accesibilidad y disponibilidad de los psicólogos de familia, formados en adopción, para ayudar a los padres a hacer frente a las dificultades que surjan en su adaptación, y así promover que la adopción cumpla con su objetivo fundamental de dar a un niño una familia que garantice su adecuado desarrollo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberola, S., Berástegui, A., De Aranzábal, M., Cortés, A., Fumadó, V., García, M., García, J., Hernández, A., Lirio, J., Oliván, G. y Parrondo, L. (2008). *Adopción Internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios, 2008*. Madrid: CORA. Disponible en <http://www.coraenlared.org/index.php?id=79>.
- Berástegui, A. (2003). *Las adopciones internacionales truncadas y en riesgo en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Consejo Económico y Social. Disponible en www.cesmadrid.es.
- Berástegui, A. (2005). *La adaptación familiar en adopción internacional: una muestra de adoptados mayores de tres años en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid. Disponible en www.cesmadrid.es.
- Berástegui, A. (2008). El tiempo de la espera en la adopción internacional: vivencia de la espera y estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, vol. 20, n.º 4, pp. 551-556.
- Berástegui, A. (2010). Relaciones afectivas familiares: apego y adopción. En F. Loizaga (coord.), *Adopción hoy: nuevos desafíos, nuevas estrategias* (pp. 109-138). Bilbao: Mensajero.
- Berástegui, A. y Gómez-Bengoechea, B. (2007). *Esta es tu historia: identidad y comunicación sobre los orígenes en adopción*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

- Berástegui, A. y Gómez-Bengoechea, B. (2008). *Esta es nuestra historia: el libro de tu adopción*. Madrid: SM.
- Berástegui, A., Gómez-Bengoechea, B. y Adroher, S. (2010). *Adoptar en Álava: guía para solicitantes de adopción*. Álava: Diputación Foral de Álava.
- Casalilla, J. A., Bermejo, F. A. y Romero, A. (2008). *Manual para la valoración de la idoneidad en adopción internacional*. Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia.
- Dore, M. M. (2006). *The postadoption experience. Adoptive families' service needs and service outcomes*. Washington, DC: Child Welfare League of America.
- Freundlich, M. (2006a). Post-adoption services. En K. S. Stolley y V. L. Bullough (eds.), *The Praeger Handbook of adoption*, vol. 2 (pp. 486-491). Westport, CT: Praeger.
- Grau, E. y Mora, R. (2010). Entornos terapéuticos en postadopción. *Informació Psicològica*, 98, 4-11.
- Llavona, L. M. (2008). El impacto psicológico de la infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29 (2), 158-166.
- Palacios, J. (2007). Después de la adopción: necesidades y niveles de apoyo. *Anuario de Psicología*, 38(2), 181-198.
- Palacios, J. y Brodzinsky, D. M. (2010). Adoption research: Trends, topics, outcomes. *International Journal of Behavioral Development*, 34(3), 270-284.
- Palacios, J., León, E., Sánchez-Sandoval, Y., Amorós, P., Fuentes, N. y Fuertes, J. (2006). *Programa de Formación para la Adopción*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Parrondo, L. (2008). El trabajo con las familias en riesgo de ruptura. En A. Berástegui y B. Gómez-Bengoechea (coords.), *Los retos de la postadopción: balance y perspectivas* (pp. 151-156). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Román, M. y Palacios, J. (2010). Los modelos internos de apego en niños y niñas adoptados: relevancia y evaluación. En F. Loizaga (coord.), *Adopción hoy: nuevos desafíos, nuevas estrategias* (pp. 203-228). Bilbao: Mensajero.
- Rosso, D. (2008). Experiencias de trabajo en el apoyo a la búsqueda de los orígenes. En A. Berástegui y B. Gómez-Bengoechea (coords.), *Los retos de la postadopción: balance y perspectivas* (pp. 137-150). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Rygaard, N. (2008). *El niño abandonado: guía para el tratamiento de los trastornos de apego*. Barcelona: Gedisa.
-

Orientación para profesionales sobre la relación paterno-filial durante los tres primeros años de vida del niño

5

ELIZABETH FODOR
MONTSERRAT MORÁN

5.1. INTRODUCCIÓN

Todos los niños necesitan desarrollarse en un ambiente familiar que favorezca su desarrollo global. Generalmente se suele decir que cada casa es un mundo; esto es cierto y rápidamente veremos por qué.

Los seres humanos tenemos un trasfondo (nuestra herencia genética más todo lo adquirido de nuestro entorno), que hace que seamos de una determinada manera. Este perfil personal se manifiesta en todas las áreas de nuestra vida. Cada uno de nosotros tiene una manera de trabajar, de relacionarse con los demás, de organizarse en la vida cotidiana, un estilo para cocinar... Es decir, tenemos un modo personal de ser y de estar en este mundo.

Este estilo particular de hacer las cosas también se refleja en la manera de relacionarse, criar y educar a los hijos. Por ejemplo, frente a un logro del niño algunos padres se sentirán felices y lo manifestarán a través de risas o abrazos, otros le exigirán aún más y en cambio otros no le darán importancia.

Las respuestas de los padres frente a una situación de conflicto también son variadas: algunos padres reaccionarán enfadándose con su hijo, otros le ignorarán, otros le ayudarán para que comprenda lo sucedido, otros darán excesiva importancia y otros sacarán de quicio la situación. Como vemos, todo esto ya indica que cada casa es un mundo particular, y ahí radica la necesidad de que los profesionales veamos a los padres como aliados por el bien del niño. Para lograr este objetivo es conveniente familiarizarse con diferentes perfiles de padres,

pero siempre teniendo en cuenta que, en general, no se suelen tener las características de un solo perfil.

5.2. TIPOS DE PADRES

5.2.1. Clasificación tradicional

En 1983, Maccoby y Martin distinguieron diferentes tipos de padres, dependiendo, por un lado, del grado de presión que ejercen sobre sus hijos para que éstos cumplan los objetivos educativos que consideran deseables y, por otro, de su capacidad para percibir y responder a las demandas de sus hijos. Partiendo de estas premisas, proponen cuatro estilos educativos:

5.2.1.1. *Estilo educativo democrático*

Los padres tienen a sus hijos como sujetos activos en el proceso de socialización y desarrollo. Las normas y su cumplimiento son elementos necesarios, no como algo que el niño ha de cumplir, sino que se forma por el razonamiento y el diálogo. Este estilo promueve la progresiva independencia y responsabilidad de los hijos. Los niños educados siguiendo este estilo muestran desde los años preescolares un concepto de sí mismos y una autoestima superior a la de otros niños educados en otros estilos.

5.2.1.2. *Estilo educativo autoritario*

Los padres estiman que la educación ha de fundamentarse en el estricto cumplimiento de normas inmutables. Los niños son vistos como sujetos pasi-

vos, que no pueden razonar o pensar sobre las normas, las cuales están fuera de toda crítica. Los puntos de vista de los niños no se tienen en cuenta o se infravaloran. Este estilo fomenta la dependencia y el comportamiento ansioso y hostil, por lo que los niños educados en este estilo suelen tener muchas frustraciones e inseguridades, ser introvertidos y poseer un nivel bajo de autoestima.

5.2.1.3. *Estilo educativo permisivo*

Los padres son cariñosos y atentos con sus hijos. Piensan que los niños han de desarrollarse por sus propios medios y que los padres deben interferir mínimamente, por lo que se sienten muy poco responsables del proceso educativo. No ven importante el cumplimiento de normas e intentan evitar demandar dicho proyecto. Tienen un nivel de exigencia bajo y promueven poco el progreso del niño. Además, son padres excesivamente solícitos a prestar ayuda al niño. Los niños pueden expresarse y comportarse prácticamente como ellos crean oportuno y toman decisiones que no les competen. Como consecuencia de todo esto, los niños educados en este estilo presentan a menudo comportamientos inmaduros y un control de sus impulsos deficiente. Su competencia social es baja y tienden a ser inmaduros, con escasa capacidad de concentración.

5.2.1.4. *Estilo educativo indiferente*

Los padres no son muy responsables. La implicación emocional es baja y el nivel de exigencia también. Los padres intentan que la educación les ocupe el mínimo esfuerzo posible. Los niños educados bajo este estilo muestran un desarrollo bastante deficiente y no tienen vínculos emocionales de calidad y poca asimilación afectiva y cognitiva. Suelen tener pocas relaciones sociales y suelen ser muy dependientes. Poco respetuosos con las normas, tienen baja autoestima y poca estabilidad psicológica y emocional.

5.2.2. Otra clasificación

Fodor, Moleres y Morán (2004), partiendo de la clasificación de Mccoby y Martin y después de 30

años observando interactuar a padres y madres junto a sus pequeños en grupos de juego para niños de 0 a 3 años, proponen seis arquetipos de padres, añadiendo matices a la clasificación anteriormente expuesta. De esta manera, establecen:

5.2.2.1. *Padres maduros*

Son aquellos padres que dejan crecer a sus hijos. Son tolerantes, lo que no significa que sean permisivos, y tienen autoridad, pero no son autoritarios. De este modo, crean una relación cálida, auténtica y de intimidad con sus hijos; ayudan a desarrollar el placer de la responsabilidad y la autonomía según la edad del pequeño; refuerzan las conductas positivas, evitando las negativas o caprichosas; tienen capacidad de observación y de reflexión acerca de las situaciones y las respuestas de sus hijos, y utilizan la autoridad carismática, manifestada con amor y sentido común, en el momento en que el niño necesita límites.

Sus hijos son niños que se sienten amados, respetados, tenidos en cuenta y partícipes de la familia. Llegan a ser adultos equilibrados, alegres, positivos, con sentido común y recursos para afrontar los imprevistos o dificultades de la vida con coherencia e inteligencia. Tienen mayor capacidad para establecer relaciones afectivas duraderas y satisfactorias con los demás, así como de disfrutar plenamente del trabajo bien hecho.

5.2.2.2. *Padres autoritarios*

Estos padres suelen ser rígidos y poco flexibles. Esta rigidez no les permite cuestionarse si hay otras maneras de abordar la crianza de los niños y así satisfacer las verdaderas necesidades del pequeño.

El término autoritarismo no debe confundirse con el término autoridad, pues el niño necesita una autoridad carismática para su desarrollo.

Los hijos de padres autoritarios reprimen su agresividad o se muestran rebeldes, haciendo lo contrario de lo que en casa ven o le dicen que haga. Utilizan esta rebeldía como una manera de autodefensa, y luchan oponiéndose o enfrentándose a todo

sin poder evaluar la situación con criterio propio. Esto trae aparejado problemas en sus relaciones afectivas y sociales, debido a que no saben dar ni recibir afecto.

5.2.2.3. *Padres sobreprotectores*

Consideran que el amor significa facilitar todo a sus hijos, anticipándose siempre a sus deseos. Por ejemplo, alcanzan el juguete al bebé antes que lo haya pedido. La sobreprotección deja al niño indefenso ante el mundo. Estos padres no permiten elegir al niño, resuelven y deciden por él, reforzando las conductas dependientes de los hijos. Creen que es dañino para el niño vivir algunas situaciones de frustración.

Los hijos tienen poca tolerancia a las frustraciones, y por consiguiente son impacientes y actúan inadecuadamente en diferentes contextos. Suelen ser tiranos con los padres, sobreexigiéndoles, y sumisos con la sociedad por su inseguridad. Al no haber podido experimentar y descubrir por sí mismos el placer del juego o del trabajo bien hecho, tienen la autoestima baja, son conformistas y esperan que los demás decidan por ellos.

5.2.2.4. *Padres directivos*

Dirigen todas las actividades de sus hijos. Esta actitud es perjudicial para los niños, quienes poco a poco van perdiendo la automotivación. Con su actitud invasiva llegan a controlar las emociones de los pequeños. Se caracterizan también por ser perfeccionistas, lo que puede derivar en conductas obsesivas. Tienen un alto grado de exigencia frente al orden, la limpieza y también frente a las normas sociales, queriéndose convertir en unos modelos de padres perfectos según las reglas de la sociedad.

Estos niños se caracterizan por ser sumisos. Aunque no lo deseen, aceptan las directivas de sus padres y así son considerados buenos niños; en el caso de no aceptar las normas que los adultos imponen, son vistos como niños malos. Por esta causa el pequeño no podrá saciar su curiosidad ni desarrollar su creatividad, lo que genera en el niño grandes dosis de ansiedad, ni tampoco podrá conocer el

verdadero significado del respeto hacia el prójimo. Para estos niños, el respeto es igual a la imposición de las normas establecidas incondicionalmente.

5.2.2.5. *Padres permisivos*

Estos adultos no tienen en cuenta las consecuencias futuras que trae su ausencia y permisividad; sólo comprueban y toman cierta conciencia de ello a medida que su hijo se involucra en situaciones cada vez más peligrosas, donde realmente se requiere la intervención paternal con autoridad o la ayuda de un profesional.

Estos padres no saben cómo imponer su autoridad. No saben que la autoridad carismática le da al niño seguridad; intentan ser amigos de sus hijos, sin entender que sus hijos necesitan unos padres que les comprendan de una manera amorosa y adulta y no como amigos.

Los hijos de padres permisivos son niños inseguros, vagos y hacen a cada momento lo que les viene en gana, debido a que no han tenido otro modelo de referencia; en el futuro no sabrán interiorizar ninguna norma moral o bien tendrán grandes dificultades para asimilarlas. Son niños ansiosos y crean su propio mundo irreal en el que se evaden, fantaseando e inventándose unos padres irreales. Les falta autoestímulo y no saben cuáles son las cosas que les motivan, por lo que en el futuro tendrán dificultad para lograr metas en la vida. Esto es a consecuencia de que tampoco han visto motivados a sus padres. Son el resultado de lo que en los últimos años denominamos la generación «nini» (ni trabajan ni estudian). Es frecuente en parejas separadas, cuando ambos progenitores pretenden complacer al niño cuando están con él.

5.2.2.6. *Padres ansiosos*

Se caracterizan por dramatizar sus emociones hasta el punto de formar parte de su carácter, utilizando el chantaje afectivo con frecuencia. Con esta actitud hacia el mundo, manipulan a la gente y las situaciones a su favor, consiguiendo lo que quieren y evitando así responsabilidades. Siempre piensan que sucederá algo malo, son temerosos y sienten que todo es una amenaza.

Los hijos se crían como personas miedosas que, ante problemas de la vida, se bloquean. Estos niños suelen pasar por estados de angustia y de temor, somatizándolos a través de enfermedades o dolores. Tampoco están dispuestos a asumir responsabilidades. En las relaciones con los demás son conflictivos, metiendo cizaña entre compañeros, amigos o padres.

5.3. JUEGOS PARA FOMENTAR LA RELACIÓN PATERNO-FILIAL SEGÚN LA ETAPA DE DESARROLLO DEL NIÑO

Antes de comenzar con el programa lúdico es conveniente recomendar a los padres hacer una auto-observación para conseguir el estado ideal para comunicarse con el bebé.

Al estar madre e hijo en estrecho contacto físico, es necesario aflojar todas las tensiones. Las zonas del cuerpo que reflejarán en particular el estado emocional de la madre son el vientre, el cuello y los hombros, observando y comprobando por consiguiente que el pecho y el vientre se expanden y contraen a ritmo parejo, en cada inspiración y espiración. Es conveniente relajar la mente y el cuerpo a través de alguna técnica de relajación, para que los pensamientos del padre o madre sean agradables.

A continuación proponemos un juego por cada año de vida del niño, según la manifestación del comportamiento de los padres. Es conveniente que los padres, con la ayuda de un profesional, hayan sido capaces de evaluar su comportamiento respecto a sus hijos antes de ponerse a jugar.

5.3.1. Juegos para padres autoritarios, directivos y ansiosos

Por todos es sabido que los juegos, además de ser lúdicos, poseen un inmenso valor pedagógico. A través de ellos se pueden canalizar, explorar y desarrollar las diversas áreas que forman la personalidad del niño. Así pues, y como cada edad requiere un trato específico, proponemos un juego adaptado a cada año del niño, teniendo en cuenta el tipo de padre que va a participar en él.

Los padres autoritarios, directivos y ansiosos suelen intentar tener el control total de la situación, ser poco flexibles y no dejan que ninguna variable quede a expensas de la improvisación, por lo que estos juegos les proporciona la posibilidad de dejar que el niño decida por sí mismo cómo dirigir la actividad y qué normas seguir durante la misma.

5.3.1.1. El primer año de la vida del niño

Una hamaca especial

Material necesario

Una sábana resistente doblada por la mitad, pues tiene que aguantar el peso del niño.
Son indispensables ambos padres.

Metodología

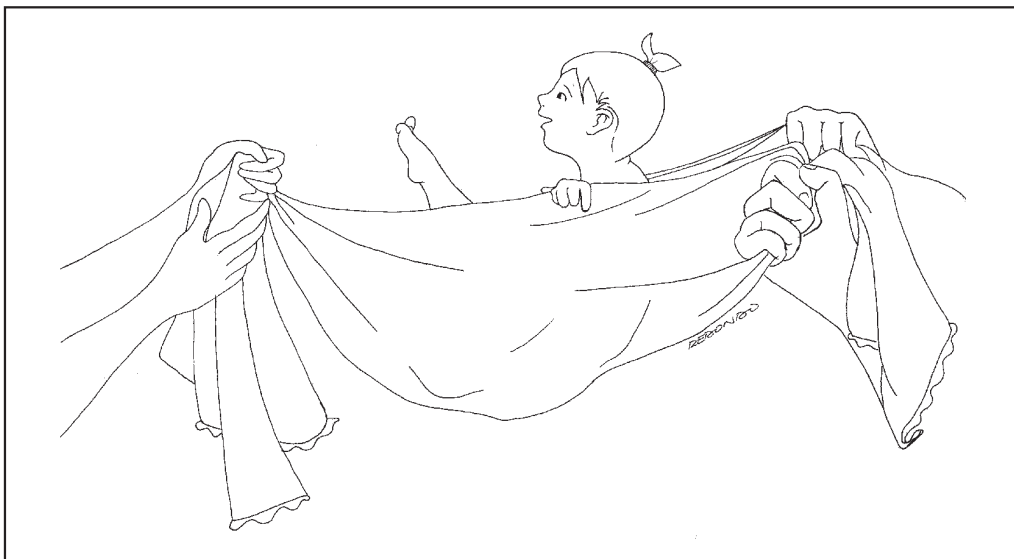
Colocar la sábana en el suelo y acomodar al niño acostado o sentado en el centro mirando a uno de los padres (durante el primer semestre colocar al niño tumbado, luego sentado). Éstos estarán en los extremos levantando y moviendo la sábana lentamente con el niño encima, al ritmo de una canción. Cuando la canción comienza a nombrar los números, comenzar a subir y bajar suavemente, para al final volver a dejar al niño despacito sobre el suelo.

La canción es la siguiente:

«Balanceo, balanceo
y no veo al gato Timoteo.
Balanceo, balanceo
¿dónde está donde te veo?
A la una sale la luna,
a las dos sale el sol,
a las tres te encontré
y a las cuatro ¡ay!, que viene el gato.»

Objetivos y justificación

Experimentar la libre sensación del movimiento de balanceo y de subir y bajar, y así adquirir seguridad ante nuevas experiencias y dominar la capacidad de perder y recuperar el equilibrio, minimi-



zando la sensación de control y miedo que estos padres suelen tener, transmitiendo al niño la independencia necesaria para ser capaces de desarrollarse adecuadamente. También ayuda en el desarrollo del lenguaje a través del ritmo, armonía y melodía, fomenta la memoria y crea un clima social de buen humor y risas.

5.3.1.2. *El segundo año de la vida del niño*

La caja de música

Material necesario

Una caja divertida llena de juguetes sonoros: cascabeles, trompetas, cajitas de música, platillos, sonajeros, maracas, xilófonos, etc.

Metodología

Se sienta en el suelo al niño con otros miembros de la familia o amigos y se coloca la caja de música en el centro. Se abre la tapa y se le deja explorar los instrumentos e intentar utilizarlos explicando la finalidad de cada uno.

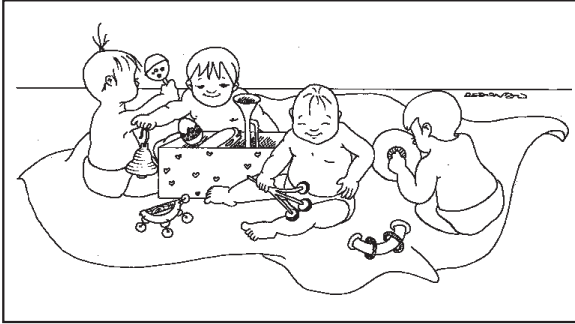
Se recomienda tener preparada la caja de música siempre en el mismo sitio, para que el niño pueda encontrarla al decirle: «¿dónde está la caja de música?».

Dejar tiempo para que él pueda mostrar con su dedito.

La canción para ir a buscar la caja es:

«La caja, la caja,
que viene ya.
La caja, la caja,
¡aquí está ya!»

Hay que dejar al niño coger los objetos, experimentando, sin indicarle cómo debe usarlos al principio y después demostrar cómo hacerlo, para que el niño imite. Se trata de compartir un momento social agradable. Se puede poner música y cantar, y mover el cuerpo al ritmo. Con la palma de la mano se puede marcar suavemente el ritmo en el cuerpo del niño, sus muslos y espalda, siempre y cuando a él no le moleste. Una vez terminado el juego se recogerá y guardará la caja para la próxima ocasión. No se debe dejar la caja con los instrumentos como un juego más. El niño adquiere la noción que la «clase de música» es un acontecimiento especial, social, compartido, y cada vez que la vea aparecer se pondrá alegre. Otra opción es jugar con tambores antes de sacar la caja, para que el pequeño pueda anticipar lo que luego viene, sabiendo indicar con su dedito dónde están los instrumentos guardados.



Cuando el juego termina se recoge cantando, para hacer del momento de recoger algo divertido:

«A guardar, a guardar,
que ahora vamos a jugar
a otra cosita más.»

Objetivo y justificación

Fomentar la discriminación auditiva. En este juego el niño tiene la oportunidad de escoger él solo su instrumento, probar cómo suena, descubrir la «relación causa-efecto» y probar con diferentes ritmos, tan necesarios para el lenguaje y las matemáticas. Con todo esto se fomenta la independencia, la capacidad de elección y la autoestima, y se beneficia su vida social con las tertulias familiares que se promueven en estos juegos.

5.3.1.3. El tercer año de la vida del niño

¡La casita que más me gusta!

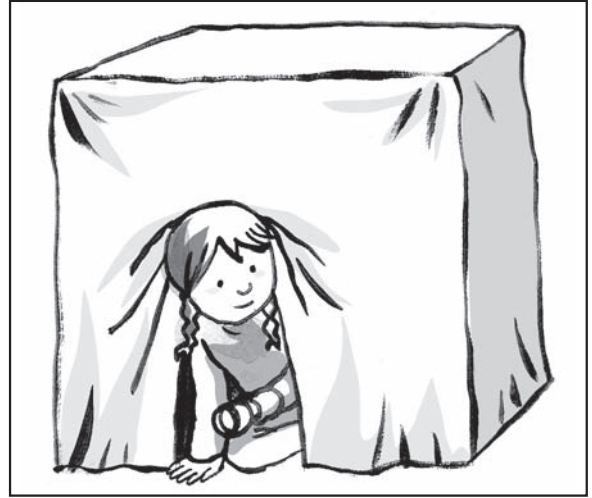
Material

Una sábana grande. Una mesilla o bien cuatro sillas. Varias pinzas de la ropa.

Metodología

Construir la casa con ayuda del niño, agradeciéndole su colaboración. Pedirle que coja de un extremo la tela o que sujete las pinzas. Colocar encima de la mesa la sábana, o bien encima de las sillas sujetándola con las pinzas. Dejar un hueco que sirva como puerta para que el pequeño pueda entrar y salir libremente.

A los niños les encanta jugar en espacios reducidos, secretos e íntimos, donde pasar largos ratos jugando. Es posible que se lleve varios juguetes y ahí invente sus historias. Para enriquecer su juego, ofrecer una linterna adecuada para niños, ya que podrá iluminar el interior.



Cabe la posibilidad de que el niño invite al adulto a jugar con él para compartir la experiencia o tal vez prefiera estar solo; en este caso hay que respetarlo.

Objetivos y justificación

Desarrollar su creatividad, transformando elementos de la vida cotidiana en elementos de juego. Esto le permitirá acrecentar su capacidad de simbolización, tener la oportunidad de decidir entre estar recogido en la intimidad o compartir el tiempo y espacio con otros, fomentar la independencia, valorar y respetar sus decisiones, y así aumentar su autoestima.

5.3.2. Juegos para padres sobreprotectores y permisivos

Debido a las características que definen a estos padres, es necesario utilizar estrategias lúdicas espe-

cíficas para ellos; así, participar en un juego con supuesto «peligro» para un bebé de corta edad supone un esfuerzo inmenso para un padre sobreprotector, así como un juego en el que hay que seguir un camino supone un reto para un permisivo.

5.3.2.1. *El primer año de la vida del niño*

Un rulo muy chulo

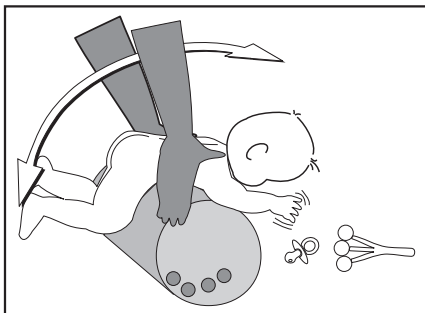
Material necesario

Un rulo de plástico hinchable con pelotas de colores en su interior.

Metodología

Colocar la tripa del bebé sobre la parte superior del rulo, dejando la cabeza y los brazos colgando hacia delante. Sujetarlo con ambas manos por la cintura. Para ello, presionar con los dos pulgares en su espalda mientras el resto de los dedos agarran el rulo por los dos extremos.

Acunar suavemente al bebé hacia delante y hacia atrás. Cuando el pequeño se encuentre en horizontal con respecto al rulo, parar un momento y observar cómo mueve sus piernecitas y sus bracitos. Es importante acomodar al bebé sobre el rulo con su espalda y sus caderas rectas, los dos bracitos hacia delante y la cabeza en línea media, pues no conviene que esté inclinada hacia un lado.



Cuando se haya realizado el ejercicio unas cinco veces, se baja del rulo y se tumba boca arriba en el suelo. Acariciar todo su cuerpecito, felicitándole por lo bien que sabe jugar.

Mostrarle delante de sus ojos y a una distancia de 40 cm las bolitas que están dentro. Agitar el rulo un poco para llamar su atención. Si trata de estirar los bracitos y cogerlo, acercárselo y permitirle que lo agarre para jugar.

Objetivos y justificación

Propiciar el paso del movimiento a través de su centro de gravedad, desde los hombros hacia sus rodillas y viceversa. Estos movimientos son necesarios para el inicio del gateo. Darle libertad para manejar un objeto grande y liviano que, al ser transparente, no le dará miedo. Este es un buen juego para este tipo de padres, ya que pueden sujetar al bebé en un momento determinado, así como dejarle que se mueva libremente.

5.3.2.2. *El segundo año de la vida del niño*

Tengo un coche, vaya pasada

Material necesario

Un par de cojines o una caja para trepar y sentarse encima.

Un aro o anilla que haga de volante.

Metodología

Dejar que el niño suba sobre los cojines o la caja a modo de caballo, sujetando la anilla como si fuera un volante. Al empezar a cantar, imitar los movimientos de conducir y las curvas, girando con el cuerpo de un lado al otro.



Canción: «En el coche de papá», de los payasos Gaby, Fofó y Miliki.

«El viajar es un placer
que nos puede suceder,
en el auto de papá
nos iremos a pasear.
Vamos de paseo
en un auto feo.
Pero no me importa
porque llevo tortas.

Atención: una curva para acá, otra para allá...»

Estando el niño sobre la caja o dentro de ella, cuando la canción dice: «una curva para la derecha...», girar suavemente la caja hacia ese lado y luego hacia el otro. Si participan ambos padres pueden pasarse la caja de uno a otro con el niño, de forma que parezca que viaja en un coche.

Objetivos y justificación

Deslizar las manos por el aro como si fuera el volante del coche (lo conseguirán para el segundo año). Adaptar el movimiento corporal a una determinada canción o situación. Control del equilibrio corporal al escenificar la escena de «una curva para acá, otra para allá». Traspasar la caja entre los familiares que intervienen en el juego entre canciones, risas y caricias. Este juego fomenta la independencia y elimina la sobreprotección, delegando el cuidado del niño al otro miembro de la familia.

5.3.2.3. *El tercer año de la vida del niño*

Miau, miau gatito

Material necesario

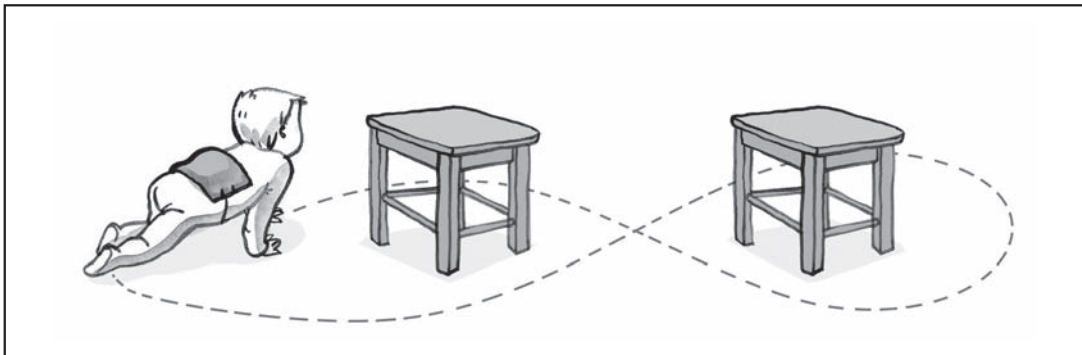
Dos sillas. Un saquito de arroz. Una tiza o cinta de pintor.

Metodología

Colocar el material como aparece en el dibujo, marcando el trayecto en el suelo con la tiza o bien con cinta de pintor. A continuación, entregar al pequeño el saquito de arroz y dejar que lo explore; generalmente a los niños le causa mucha intriga saber qué tiene dentro, percibir la textura, el peso, etc. Luego pedirle que se lo coloque en distintas partes del cuerpo; por ejemplo: encima de la cabeza, en un hombro y en el otro, en las axilas.

Cuando el niño haya finalizado este recorrido corporal, proponerle que lo lleve encima de la espalda, para lo que tendrá que descubrir que tiene que ponerse a cuatro patas, como si fuese un gato. Para que el niño no pierda la motivación, inventar una historia; algunas ideas pueden ser: al gatito le apetece salir a pasear por el parque y encuentra un camino muy especial; va siguiéndolo, hasta que al final del recorrido se echa a descansar, poniendo el saquito de arroz debajo de su cabeza, como si fuese una almohada.

Mientras el niño se desplaza, se le puede incentivar para que maúlle, o también decir el siguiente verso:



«El gato, gatito quiere pasear.
Encuentra un camino
y se va a gatear. Gatea un ratito
y se va a descansar... miau, miau, miau...»

Objetivos y justificación

Reconocer las distintas partes de su cuerpo. Recorrer un trayecto con diferentes tipos de desplazamientos y transportar objetos para adquirir un mayor conocimiento espacial y habilidad física. Combinar momentos de movimiento activo con momentos en estado de relajación. Darle la posibilidad de fomentar su autonomía al alejarse del adulto, así como también al regresar junto a él.

5.4. EL VÍNCULO AFECTIVO. EL AMOR HACIA EL BEBÉ

En el período inicial de la vida, el niño está todavía en una fase simbiótica con su madre. La dra. Margaret Malher lo denomina el «útero psicológico». El amor de la madre hacia el bebé en este período le dará seguridad y placer. El amor es uno de los principales componentes de todas las relaciones interpersonales. El niño se vuelve hacia la madre, estableciendo un vínculo emotivo entre ambos que transcurre en pocos segundos y cuyos efectos durarán toda la vida.

La psicóloga norteamericana Tiffany Field comparó el desarrollo de bebés prematuros mimados, tocados o amados, con el de bebés prematuros criados bajo el lema —hoy en día vigente en algunos lugares— de que un niño de esta categoría debe ser tocado lo menos posible. Los prematuros mimados recibieron masajes y mucho calor corporal tres veces al día; los otros, sólo alimento y cuidados médicos e higiénicos. La dra. Field descubrió que los bebés mimados engordaban un 50 por 100 más rápido que los del segundo grupo, podían salir del hospital antes y ocho meses más tarde seguían aventajando a los no tocados desde el punto de vista psicomotor, emocional y físico.

Entre los elementos importantes que ayudan a crear un vínculo entre padre/madre e hijo cabe citar

el contacto ocular, el contacto cutáneo, donde además de estar piel con piel se refuerza el vínculo a través del olfato (sentido especialmente desarrollado en el primer año) y de la voz del progenitor, de la respuesta del adulto a las demandas del niño y de los ritmos de comunicación y cuidados.

El bebé suele demandar calor y amor maternal. El contacto con el cuerpo materno le tranquiliza y estimula al mismo tiempo. El bebé se desarrollará tanto más satisfactoriamente cuanto mayores sean las dosis de calor maternal que reciba a través de los masajes y caricias, los cuales estimularán el sistema inmunológico, aumentando sus defensas y protegiéndole de las enfermedades.

Según los últimos estudios científicos de neurobiología, en el comportamiento de apego y vínculo madre-hijo existe tanto un componente biológico como cultural. En el componente biológico nos podemos plantear la siguiente pregunta: ¿la responsable del amor que sentimos podría ser la oxitocina? Esta es una hormona que, junto a la vasopresina y otros opiáceos, actúa en las áreas cerebrales que intervienen en el amor maternal, la relación de pareja y en la capacidad de amar con generosidad y de brindar confianza. La oxitocina genera emociones positivas, así que su importancia es incalculable. Esta explosión bioquímica del apego se produce desde la cuna, inclusive con anterioridad, y moldea el cerebro influyendo en la vida adulta. Hoy día, los padres agradecen que los profesionales de la educación les recuerden el placer que produce el juego junto a sus pequeños. La educación comienza en la cuna, siendo conveniente utilizar la prevención en lo que se refiere al fracaso escolar y la violencia infantil.

El bebé no se va a nutrir únicamente de la leche que la madre le brinda, sino también de ese mensaje profundo, de esa corriente que se transmite entre los dos, de esa especie de fusión que le va a dar seguridad, sosiego y paz fundamental para el futuro desarrollo de la personalidad. Así se sientan las bases del reconocimiento recíproco y del apego por parte del bebé. Si la madre da a su hijo la oportunidad de estar con ella tanto física como emocionalmente desde el principio, él será capaz de reconocerla antes que si está privado de su compañía. Las

palabras que brotan del corazón de una madre son de vital importancia. Para comunicarse con el bebé, la madre puede utilizar un lenguaje expresado con dulzura, con un ritmo más lento que el de una conversación normal, mirándole a los ojos, tocando su cuerpecito... En una palabra, establece un diálogo corporal, un contacto verbal, visual, gestual y táctil para sintonizar con él. Los bebés se sienten especialmente atraídos por el rostro de sus madres, y especialmente por su mirada. Se trata de una predilección que obedece a nuestra programación genética.

Para comprender lo que el niño experimenta en este primer encuentro, podemos imaginar que de repente nos trasladamos a un planeta desconocido. Allí no conocemos a nadie y todas las cosas son nuevas e increíblemente extrañas. En estas circunstancias nos gustaría tener a nuestro lado a alguien que nos quisiera y estuviera dispuesto a enseñarnos cómo sobrevivir y cómo ser plenamente feliz. La primera emoción que se experimenta en esta situación es de una profunda sensación de soledad; para paliarla necesitaríamos alguien en quien confiar y que nos ofrezca un ambiente de confianza.

Los niños pequeños, al crecer, desarrollan un sentido duradero de en qué medida el mundo es digno de confianza o desconfianza. Erikson (1902-1994) definió en su día este concepto como «confianza básica», y satisfacción de las necesidades básicas del niño por medio de la ternura, la comodidad y el alimento. El apego o vínculo afectivo se establece satisfaciendo la necesidad de caricias, una adecuada alimentación e higiene y una óptima calidad de comunicación a través de gestos, sonrisas y vocalizaciones afectuosas. Si este vínculo se establece, serán niños capaces de confiar en el futuro y establecer relaciones íntimas satisfactorias; de lo contrario, predominará la desconfianza, por lo que verán el mundo como algo hostil y caótico y tendrán dificultades en sus relaciones interpersonales.

Además de la confianza básica, aparecerá también la empatía, concepto y vivencia muy relacionados entre sí.

Ya hemos hablado de la confianza básica, pero ¿qué es la empatía? La empatía es identificarse emocionalmente con otra persona, entender y «sentir» sus sentimientos sin involucrarse emocionalmente

con ellos. En todas las relaciones interpersonales, pero especialmente en la educación de los hijos, un buen nivel de empatía o sintonizar emocionalmente con el niño es muy beneficioso. El desarrollo de la confianza básica se dificulta gravemente cuando hay grandes carencias afectivas en la primera etapa del niño, como orfandad, abandono o malos tratos, ya que no existe en esos casos posibilidad de establecer una empatía duradera entre el adulto y el niño.

El apego establece un modelo de relación que va a condicionar las relaciones futuras a lo largo de su vida. En un principio, el niño muestra y reconoce preferir a una persona específicamente, pero no rechaza a los desconocidos; luego comenzará a reaccionar ante las caras desconocidas y se manifestará con llantos y protestas, mostrando alegría cuando vuelve a ver a la persona por la que siente apego. En la evolución del apego, el niño primero siente una fuerte dependencia, para luego pasar a una saludable independencia, lo que le permitirá ser una persona autónoma con buenos lazos afectivos con otras personas. Será capaz de independizarse por períodos cada vez más largos si la persona de apego demuestra ser confiable, es decir, ser predecible en todo momento y en cualquier situación; de lo contrario, el comportamiento exploratorio, tan necesario para el aprendizaje, se paralizará por causa de la ansiedad. El deseo de proximidad del niño se produce a través del tacto y el contacto físico, como caricias y masajes, y manteniendo el contacto ocular con el niño se le transmitirá todo el amor que se siente por él, la admiración y una constante aprobación de su pequeño ser.

Para lograr esta evolución, los padres, con su comportamiento, podrán favorecer u obstaculizar el camino.

Un comportamiento consecuente y con sentido común ofrecerá al niño un mundo ordenado y previsible, que le permitirá confiar en el otro y en sí mismo.

Unos padres que dependen de sus propias prioridades y del humor que tengan en cada momento para atender al niño le ofrecerán la sensación de vivir en un mundo incierto, caótico, de no ser entendido en sus demandas, lo que le generará inseguridad en sí mismo y desconfianza hacia los demás.

También hay comportamientos que dan señales de rechazo. En realidad, en la vida suele darse frecuentemente una mezcla de aceptación y rechazo. Pero si el niño percibe la indiferencia de las personas más importantes para él como sus padres, desarrollará un apego inseguro, que se manifestará de dos formas. Por un lado, el niño se «pega» a sus padres y no demuestra interés por explorar el mundo, convirtiéndose así en un tipo de dependencia ansiosa que va a permanecer en el futuro como un rasgo de su carácter, obstaculizando su desenvolvimiento autónomo. Por otro lado, el niño puede demostrar indiferencia a la presencia y ausencia de sus padres; en este caso también tendrá una pobre conducta exploratoria, y se convertirá en una persona solitaria que evitará relacionarse o establecer intimidad con otras personas.

Todas estas contrariedades pueden influir en su aprendizaje y su evolución general. Lo recomendable sería establecer una dependencia saludable como un paso intermedio hacia la independencia.

Para todos aquellos niños que han experimentado en las primeras etapas de su vida grandes carencias afectivas, como en caso de adopción, se aconseja, con ayuda de un profesional, recorrer el camino perdido reparando aquellas carencias que en su día no recibió.

Tenga la edad que tenga el niño, debemos armarnos de paciencia, humor, diplomacia y mucha información sobre el desarrollo infantil. No precipitarse en achuchar sin ton ni son y llenarle de regalos, como tampoco atosigar al niño con demasiadas exigencias. Debemos observar y esperar hasta que nos hagamos con su pequeño ser. Él ha tenido una existencia anterior que es imborrable. Ahora, tanto él como la nueva familia comienzan una fase de integración. Nada mejor que organizar una rutina diaria donde esté presente el juego, las risas o las canciones, e incorporar poco a poco el contacto físico.

5.5. EL DESARROLLO GENERAL DEL NIÑO

5.5.1. El desarrollo psicomotor

Los juegos de psicomotricidad son nuestros mejores aliados tanto en la etapa de apego del pequeño como luego en la lenta separación, donde la auto-

nomía adquiere una importancia notable. La contención y el sostén que se manifiesta permite la distancia necesaria para que el bebé busque su autonomía a través de actividades y juegos. Esto ayudará a establecer el vínculo con el otro, como también el poder estar solo. La autonomía es necesaria, ya que está estrechamente ligada a la autoestima. La gente que rodea al bebé suele valorar el aspecto de la autonomía reconociendo con palabras, gestos y manifestaciones de aprobación como: «qué niño tan aplicado y hábil». Esto hará al pequeño sentirse profundamente valorado.

En el niño pequeño, el desarrollo motor está vinculado con el desarrollo emocional armónico, ya que psiquismo y motricidad están íntimamente fusionados. El desarrollo global de su personalidad lo obtendrá a través de su corporalidad. De ahí la importancia de ofrecer al niño la posibilidad de moverse desde muy pequeñito. Generalmente solemos decir: «tenemos un cuerpo», en lugar de «somos un cuerpo». Pocas son las personas que están integradas y sincronizadas con sus movimientos corporales, pero al niño pequeño sí que le podemos enseñar, en los primeros años de su vida, el aprendizaje de la utilización de sus músculos con una óptima calidad. Como señala Roberts: «En el pequeño la cualidad de la función muscular parece jugar un rol vital, no solamente en el estado neurológico actual, sino también en la futura integridad de toda la función neurológica». El cuerpo del niño nos habla, así que debemos «escucharlo».

Por otro lado, el contacto visual es la base para el desarrollo de las capacidades de comunicación en el niño pequeño. El bebé tiene una capacidad de aprendizaje fascinante, y muy pronto imitará los movimientos faciales y los sonidos de su madre. Es conveniente repetir los balbuceos emitidos por el bebé en forma de contestación, pues así se establecerá un diálogo fluido entre madre e hijo. Por otro lado, habría que proporcionar al niño unos estímulos visuales auditivos y táctiles adecuados. Por tanto, adquieren una importancia relevante todos aquellos juegos que implican contacto visual para, poco a poco, ir abarcando el resto de los sentidos: oído, olfato y especialmente el tacto, ya que a través de todos ellos se fomenta el contacto corporal, que ser-

virá para favorecer la interacción entre los niños y sus padres desde los primeros momentos.

El niño pequeño busca, a través de la diversión, experimentar y aprender para llegar a comprender cómo funciona la vida. El juego es en realidad su trabajo, es lo que tiene que hacer. Cuando un niño no juega deberíamos preocuparnos, pues seguramente está enfermo o tiene problemas.

Como hemos señalado anteriormente, el niño desarrolla su personalidad a través de su corporalidad. Los padres y profesionales deben hacer todo lo posible para proporcionar tanto un medio ambiente tranquilo y apropiado como los objetos adecuados según la edad del niño para ejercitar su ingenio, ya que esto será fundamental para un correcto y saludable desarrollo físico, mental y afectivo:

- a) En el desarrollo físico: a través del juego, el niño fortalece sus músculos, protegiendo así sus articulaciones y huesos. Además, fomenta el buen humor, la diversión y la risa, con lo que su organismo producirá más endorfinas que le harán sentirse bien y así estimular la producción de defensas contra las enfermedades.
- b) En el desarrollo mental: el juego fomenta su inteligencia y el deseo de aprender y de resolver situaciones. Además, desarrolla el sentido común y le lleva a descubrir la forma de tener una conducta inteligente.
- c) En el desarrollo afectivo/emocional: el tiempo de juego compartido entre padres e hijo les animará a descubrirse y crecer juntos. Alentará al niño a experimentar la empatía y la solidaridad. De todo esto el pequeño obtendrá un cierto equilibrio emocional que, al llegar a la edad adulta, le servirá para tener una buena autoestima, seguridad y confianza en sí mismo y ser capaz de evaluar correctamente el medio en que le tocará vivir.

5.5.2. El lenguaje corporal y los sentidos

El bebé manifiesta los sentidos a través del cuerpo de adentro hacia fuera; en cambio, el adulto sen-

sibiliza el cuerpo desde afuera hacia adentro. Para facilitar la comunicación entre los dos es necesario que el adulto manifieste a través del cuerpo la alegría y natural espontaneidad del movimiento como lo hacen los niños. El cuerpo, para manifestarse, necesita del movimiento, y éste se vale de la energía. Un músculo bien colocado y bien utilizado permite la libre transferencia de energía para lograr un buen tono muscular, y así adquirir e integrar y grabarla a nivel cortical en el cerebro en caso de los pequeños, ya que necesitan que el contexto del tiempo sea lento y la energía suave. En el segundo y tercer año ya podemos pasar a tiempo más rápido con la energía más fuerte. A través de los juegos especialmente diseñados para cada edad (véase Fodor, García y Morán, 1997) le damos la oportunidad de descubrir la cantidad de energía necesaria para realizar una actividad y que esta actividad se realice en un cierto tiempo y en un cierto espacio para mantener el equilibrio y lograr el tono adecuado (sin fatigarse demasiado y tampoco estar demasiado relajados, sino el tono adecuado o justo). Desarrollar todas las posibilidades del movimiento corporal y que descubra su propio cuerpo será muy importante para cuando el niño crezca.

5.5.3. El juego y la personalidad

A partir de sus primeras experiencias, el niño irá construyendo poco a poco la estructura de su personalidad, su forma personal de ser, sentir, actuar y reaccionar frente a los demás y a los objetos que están a su alcance. Desde el nacimiento, el bebé percibe las emociones afectivas —tanto positivas como negativas— que los adultos le transmiten. Las siente a través de su cuerpo, de su piel, de los gestos, de la manera de cogerle, tocarle y en el tono de la voz. Él responde a su vez con sus mímicas, sonidos, gritos y gestos. De esta manera se establece un diálogo que para él reviste una importancia extraordinaria, pues esas primeras experiencias comunicativas permanecerán profundamente grabadas en él como un modelo de referencia para todas sus relaciones futuras. Todos los seres humanos somos el resultado de la riqueza o pobreza afectiva, intelectual o rela-

cional vivida durante nuestra infancia. Hacer la tarea educativa divertida para los padres pasa por que el profesional consiga que éstos se alíen con él en beneficio del pequeño.

Hoy día, en la mayoría de los hogares trabajan tanto la madre como el padre. Casi todo su tiempo lo llena el trabajo, los traslados y la formación profesional. Por este motivo, es tan gratificante y placentero jugar y disfrutar en compañía de un niño pequeño al menos media hora diaria.

Durante el transcurso del juego es importante hablarle mucho. Al bebé se le habla con sílabas cortas, en tono suave y agradable, preferentemente repitiendo los sonidos que él emite y recurriendo a canciones rítmicas y suaves.

5.6. LA RUTINA DIARIA

Para que el pequeño pueda establecer un buen ritmo en sus juegos y sus actividades, es fundamental la rutina.

Los objetivos de la rutina diaria:

- Establecer los cimientos sólidos para el desarrollo de la personalidad, que se establece en las primeras etapas de la vida.
- Favorecer el desarrollo psicomotor, intelectual y social del pequeño.
- Reconfortar y arropar al niño al ofrecerle seguridad, para una estable y ordenada relación con el adulto de referencia que le permita obtener un desarrollo emocional armónico.
- Interpretar la actitud del pequeño y así poder aplicar en su rutina diaria las actividades correspondientes.

Establecer unas pautas diarias para el pequeño es muy beneficioso.

Desde que el niño se despierta hasta que se duerme por la noche está en constante aprendizaje, absorbiendo toda la información, tanto verbal como no verbal de su entorno, el cual, a medida que va creciendo, se va ampliando. De esta manera, mientras el niño es todavía bebé el entorno con el que

más va a relacionarse es con el de su familia, y sobre todo con su madre y padre. Por eso es tan importante que éstos aprovechen cada minuto del día para establecer ese vínculo a través de las rutinas. Cuando el niño se despierta, la madre puede saludarle con palabras cariñosas, sonrisas y caricias: también le puede comentar el plan del día para que aprenda a anticipar los hechos, se sienta más seguro y obtener su colaboración.

Otra idea es acariciarle nombrando las partes del cuerpo, bailar con música suave fomentando el contacto físico o imitar sus gestos y movimientos mientras está tumbado, mirándole a la cara. También se puede jugar a cucú-tras o a dar pataditas a un balón hinchable para fomentar la comunicación y el lenguaje a través de las risas y el contacto ocular, así como desarrollar su motricidad y coordinación.

Antes de las comidas es conveniente que madre e hijo preparen juntos tanto el lugar como la comida, comentándole cada paso del proceso. Durante la comida se le puede enseñar a usar la cuchara, aunque al principio cogerá la comida con la mano, ya que el niño disfruta tocándola porque su sentido del tacto está muy desarrollado, y gracias a esto más adelante le gustará probar nuevos alimentos y será buen comedor.

En el caso de un niño que, demostrando ser muy autónomo, cuando tiene un hermanito deja de serlo de un día para otro, se puede jugar a darle de comer como cuando era bebé, diciendo: «ahora jugamos a que eres un bebé muy pequeñito», y luego colocarle en la silla de al lado para que coma él solo diciendo: «ahora jugamos a que eres muy mayor». Este juego se puede repetir tantas veces como sea necesario según la necesidad del niño. Es posible que él mismo decida cuándo es mayor y cuándo pequeño; en ese caso hay que continuar el tiempo que requiera. No se puede dar un tiempo determinado para estos juegos, ya que el niño poco a poco irá reparando sus propias carencias; lo importante es que cuando sienta la necesidad de ser bebé, la madre esté dispuesta con paciencia y cariño.

A la hora de la siesta es recomendable acostarlo en su cuarto y en su cama, explicándole la actividad que va a realizar cuando se despierte. Prometer algo que no se pueda cumplir no es conveniente, ya que

el niño tiene muy buena memoria y así sólo se consigue perder la confianza que ha depositado en la madre.

Durante el paseo diario, el niño puede querer llevar algún juguete especial que le haga ilusión, ante lo cual el adulto puede ser flexible y acceder. Si no quiere compartirlo, la mejor opción es buscar cualquier otra cosa que sí pueda compartir con otros niños o bien inventar algún juego para jugar todos juntos. De esta forma, el niño se siente respetado en sus sentimientos auténticos y será más generoso en el futuro. No hay que olvidar que, demostrándole en casa la generosidad, acabará imitándola.

Los medios audiovisuales están cada vez más presentes en nuestras vidas, y en la de los niños aún más; por eso, en caso de poner un vídeo de dibujos animados o la televisión podemos escoger algo divertido, colorido y con un tema agradable.

Es bueno compartir con el niño el momento de ver la televisión como una actividad social. Hacer comentarios sobre lo que se está viendo fomentará el lenguaje; sin embargo, no es recomendable usar la televisión como canguro, ya que ésta tiene un efecto hipnótico y luego será más difícil que vuelva a tomar contacto con la realidad. Además, dejar solo al niño frente a la televisión le hará sentirse abandonado.

Sin embargo, el tiempo que padres e hijos comparten viendo televisión hará que ambos disfruten convirtiendo el mismo espacio, fomentando el lenguaje, el contacto físico y la inteligencia.

Antes o durante esta actividad sugerimos explicar al niño en qué momento va a finalizar, anticipándole la siguiente (baño, cena...). De cualquier forma, es bueno establecer siempre la misma actividad, para que él pueda «prepararse» para el próximo suceso.

Al acabar el día, y antes de ir a dormir, es conveniente realizar juegos suaves para no excitar al niño e ir relajando su tono. La hora del baño es muy relajante, por lo que hay que dedicarle el tiempo suficiente, aprovechando los juegos en el agua con vasitos, animalitos de goma o libros de plástico. El baño es un buen momento para abrazar al niño al sacarlo o darle un masaje y mimos antes de acostarle.

Sin embargo, en ocasiones el baño puede tensar al niño, que puede sentir miedo al ver escapar el agua por el desagüe creyendo que él también puede colarse y desaparecer. Ante esta reacción el adulto no debe reírse ni alarmarse, ya que es una reacción totalmente normal que el niño tiene que afrontar, explicándole que por ese agujero solamente se va el agua.

Este es un ejemplo de algunas reacciones que los niños suelen tener frente a lo desconocido, ya sea el ruido del aspirador, la batidora o el secador. Muchas veces surgen miedos irracionales, ya que todavía no son capaces de asociar conceptos, por lo que es tarea del adulto explicarle todo lo que sucede a su alrededor, aunque se trate de un ruido rutinario y sin importancia.

Proponemos que el momento más tranquilo del día sea justo el de acostar al niño; de esa tranquilidad va a depender, en gran medida, la siguiente noche.

Para que el pequeño concilie el sueño con mayor facilidad podríamos acostarle en su cama y con la cortina cerrada y cantarle, contarle un cuento o recordar escenas bonitas que hayan pasado durante el día. Después colocar su juguete favorito y su chupete, advertirle que al acabar el cuento se apaga la luz y que entonces llega el momento de dormir.

Se puede dejar la puerta un poco abierta para que oiga un suave murmullo por la casa, pero es conveniente no sacarlo de la cama. En caso de que comience a llorar, volver a entrar y explicarle que tiene que dormir igual que el osito, volver a colocar el chupete y dejarle otro al lado de la almohada por si lo necesita. Entrar y salir tantas veces como sea necesario, y si es posible sin sacarle de la cama y dando todas las explicaciones necesarias: es de noche, está todo oscuro y es la hora de dormir. Aprovechar el pensamiento mágico de los niños a estas edades: escondiendo un juguete bajo su almohada y diciendo: «mira, vamos a colocar esto aquí, te cuidará toda la noche y soñarás con unos balones coloridos volando por el aire». En ningún caso dejaremos llorar al niño, pues crecerá creyendo que el mundo es un lugar solitario y que él no merece ni ayuda ni atención. Sí se puede acariciar su cuerpecito, cogerle la manita o canturrear hasta que deja de llorar. Hay que estar seguro de que no le due-

le nada, no tiene hambre o sed o que el pañal esté limpio.

Para facilitar que el pequeño aprenda el concepto papá y mamá es necesario evitar que los padres se llamen entre ellos papá y mamá, ya que esto les puede confundir.

5.7. SU CUERPO NOS HABLA

En el segundo y tercer año el niño ya tiene un carácter más definido, por lo cual es más complicada la relación en el ámbito familiar. El mundo emocional del pequeño es todavía muy lábil y no ha establecido todavía el control sobre sus emociones, por lo que, para entenderlo, se pueden tener en cuenta sus manifestaciones corporales.

Además, las emociones son demasiado complejas y él no está lo suficientemente maduro para comprenderlas, expresarlas y controlarlas. Sin embargo, mediante la observación directa de su comportamiento en el juego podemos interpretar su lenguaje corporal, que nos da información, sin darse cuenta, de todas las emociones que experimenta, como los celos, la rabia, el amor, los miedos y su deseo de ser independiente.

5.7.1. Cómo afrontar situaciones cotidianas conflictivas a través del juego

1. Una niña de veinte o veintidós meses se queda parada en el marco de la puerta cuando llega a un sitio que no conoce. «¡Pero entra, hija, que no pasa nada!», le dice su madre mientras la empuja suavemente por la espalda. Pero ella se resiste, y su madre se encuentra cada vez más incómoda.

Qué significa su actitud. Se siente insegura ante lo desconocido o aquello que no le es del todo familiar.

Qué hacer. Muchas veces entendemos el mensaje, pero nos equivocamos al abordar la situación. Los niños conocen el mundo a través de sus padres, así que si queremos que nuestro hijo cruce la puerta es más eficaz que la crucemos nosotros tranquilamente y le dejemos su tiempo para hacerlo por sí

mismo, ofreciéndole nuestra mano para darle confianza. Continuamente nos miran buscando claves para resolver las situaciones que no saben manejar. Lo mejor en estas situaciones es mostrar mediante la práctica qué hacer; nuestro lenguaje corporal ha de ser de acogimiento y confianza.

2. Un niño de dos años dice que no con la cabeza cuando le pedimos que le dé un beso a la tía Pepa. Entonces, más contundentes, lo cogemos en brazos y lo acercamos a la cara de la tía, pero el pequeño aprieta los labios y vuelve la cara en dirección contraria. «¡Dale un besito a la tía, anda, que te ha traído un regalo!», le insistimos. No hay forma. En voz alta lo justificamos explicando lo poco cariñoso que es, pero internamente nos invade la preocupación por su educación.

Qué significa su actitud. El niño se reserva un derecho personal y social, el de elegir a las personas a las que quiere besar, ¡como cualquiera de nosotros! Él no conoce a la tía Pepa, o no le gusta, o no le apetece besarla, y está bien que no lo haga. Es más, obligarlo significaría violar sus límites naturales, ésos que lo protegen frente a extraños. ¡Tan sólo tiene dos años!

Qué hacer. Podemos proponérselo, pero no obligarle. La única forma de fomentar una determinada actitud en él es llevarla nosotros a la práctica: ¿hemos besado a la tía Pepa?, ¿cómo era nuestra actitud, amorosa u obligada? Nuestro pequeño irá tomando nota y, cuando está maduro, repetirá en buena medida nuestra forma de relacionarnos con los demás.

3. Una niña de dos años y medio se planta en el centro del salón y, con un movimiento grácil y rápido, apaga la televisión en el mejor momento de la película. Se vuelve hacia nosotros y nos mira sonriente. «¿Pero qué has hecho?», le decimos mientras buscamos el mando y la volvemos a encender.

Qué significa su actitud. Está pidiendo que le prestemos atención. Este mismo episodio a los seis años puede ser síntoma de que algo en su educación no va bien, pero a los dos años y medio el mensaje es: «Mírame, estoy aquí».

Qué hacer. En esta situación hemos de encontrar el equilibrio entre responder a la demanda de nues-

tro hijo y mostrarle que también él debe respetar lo que nosotros estamos haciendo. Una buena respuesta sería coger a la niña en brazos, reconocer su necesidad en voz alta («Ah, quieres que te haga un poco de caso, ¿verdad? Tienes razón, todo el día fuera y a mí también me apetece un montón jugar contigo...»). Otra posibilidad es grabar la película y verla cuando la pequeña esté durmiendo y comparar una actividad con ella. Otras veces podrá jugar sola en su habitación, pues ya tiene tres años y puede entretenerse durante un tiempo razonable.

4. Un niño de dieciocho a veinticuatro meses aprieta, aprieta... ¡y aprieta a su hermano pequeño hasta hacerlo llorar! «Lo aprieta demasiado fuerte por lo mucho que lo quiere...», dicen algunas madres. Otras hacen sentir culpable al mayor: «¡No seas malo con tu hermano, que te veo!».

Qué significa su actitud. Ni una ni otra respuesta apoya a nuestro hijo ante la feroz emoción que siente: celos. Pero los celos, aunque feroces, son también saludables, una emoción de transición que hay que permitir, entender y acotar en la medida en que hace daño al hermano. Hay momentos en los que obviamente «no» quiere a su hermano, preferiría que no estuviera allí, y encima mamá está todo el día diciéndole que le dé besos y abrazos...

Qué hacer. Es importante respetar todas sus emociones y explicarle que lo que siente en estos momentos son celos. Decirle: «es normal, todo el mundo, mamá y papá también, en un determinado momento siente celos, pero esto no da derecho a hacer daño al otro», y dejarle claro que no vamos a permitir que haga daño a su hermano, pero sin decirle nunca que él es malo. En este momento es esencial mostrarle verbal y físicamente que lo queremos diciendo: «Os quiero a los dos, tengo amor para ambos». Probemos a jugar con él un rato a algo superdivertido con muchas risas y dedicarle más atención. Cuando se tienen dos bebés tan seguidos puedes colocar cerca al pequeño (en el suelo, en una mochila colgado sobre ti o en una hamaquita dependiendo de la edad) y jugar a la vez a algo más interesante con el mayor. El pequeño necesita tu contacto corporal, tu olor y voz; en cambio, el mayor ya demanda un juego divertido donde él pueda ser el protagonista. De esta

manera demuestras con hechos (ya que sólo eso lo entiende el pequeño) que tienes amor para los dos.

5. Un niño de dos años y medio o tres juega en su alfombra y, por más que le hablamos, no nos hace ni caso. Vamos..., ¡que al final siempre hemos de terminar dándole un grito para que nos responda!

Qué significa su actitud. El niño de dos años y medio es aún incapaz de hacer dos cosas a la vez: o nos escucha, o juega. Y si lo que estamos diciendo no es interesante para él, su atención sigue sumergida en el dulce lugar de juegos en el que se encuentra. Hemos de captar su atención de forma inteligente, en lugar de reclamarla a gritos.

Qué hacer. La mejor forma de llamar su atención es ofrecerle algo atractivo, por ejemplo plantearle la próxima acción como un juego; proponerle una guerra de esponjas, en lugar de informarle de que ha llegado la hora del baño. Si lo que le vamos a proponer no es atractivo entonces es importante que nos coloquemos a su altura, captemos su atención visual (estableciendo contacto ocular), y en tono claro y firme, con pocas palabras, explicarle la siguiente actividad y acompañar nuestras palabras con acciones.

6. Una niña de dos años y medio o tres no nos mira a los ojos. Desde hace un rato está parada en la puerta de la cocina mirando hacia el suelo y cuando pretendemos salir de la cocina, grita «¡No, no!» «¿Qué has hecho?». «No», repite la niña, incapaz de levantar la mirada.

Qué significa su actitud. Ella sabe que ha hecho algo mal. Algunos niños entre los dos y los tres años pueden comenzar a descubrir el sentimiento de culpa. Crece mucho la conciencia que tiene de sí mismo, del resultado de sus acciones y de las expectativas que los padres tienen de él. Es un momento importante: ¡empieza a hacerse responsable de sus acciones! Pocos meses atrás romper algo no habría generado en ella esta mezcla de sentimientos.

Qué hacer. La mejor respuesta es afrontar lo que haya hecho sin enfados y buscar la mejor manera de compensar el daño (aunque no todo se puede compensar). «La próxima vez ya sabes que no puedes coger esto», le decimos mientras reparamos con

ella el objeto roto. Si su seguridad ha estado en peligro nos mostraremos muy firmes y tomaremos medidas para que no se repita, pero sin recurrir a los gritos. No por gritar más los niños desarrollan la cautela. Utiliza tu lenguaje corporal para explicarle que esto no estuvo bien con voz firme y gesto serio. Pero luego olvídate del tema y no insistas; además, no le cuentes a otras personas lo sucedido delante del niño.

7. Un niño de dieciocho a veintidós meses señala emocionado con su dedito hacia la carretera, pero la vista la mantiene en la cara de la madre. «¡Ah!», exclama. «¡Ni se te ocurra ir hacia allí!», dice su madre.

Qué significa su actitud. El pequeño ha descubierto algo, y lo comparte con su madre. Por supuesto, ni se le ha pasado por la cabeza salir corriendo hacia la carretera, ya que no es la carretera lo que llamó su atención, sino que descubrió un camión rojo o un coche que le impresionó. La carretera como objetivo sería si el niño mira hacia la carretera a la vez que señala con el dedito. Pero mientras señala con el dedo mirando la cara de mamá es porque busca la aprobación de ella en su descubrimiento. ¿Por qué justo hoy mira la carretera cuando siempre ha estado ahí?, puede preguntarse la madre. El niño descubre el mundo poco a poco, y lo mismo hará con las hormigas, con los perros, con las farolas... Todo estaba ahí, pero un día las cosas aparecen de repente con un sentido diferente para él, y la emoción de descubrirlo es tan intensa que se queda sin palabras.

Qué hacer, cómo responder. Cada vez que hace uno de estos redescubrimientos se detendrá a observar cuidadosamente nuestra expresión. Busca nuestro visto bueno, así que ese primer mensaje tras el descubrimiento es muy importante. Si ponemos cara de horror cuando señala a un perro, y le decimos «No lo toques, que te puede morder», puede desarrollar miedo a los perros. Es importante darle una visión positiva y realista de las cosas, y no tratarlo siempre como si estuviera a punto de lanzarse desde un avión sin paracaídas. «Vamos a preguntarle a su dueño si lo podemos acariciar», o «ese perro no tiene dueño, así que no lo vamos a tocar porque no

sabemos si muerde o no», son observaciones que no fomentan el miedo irracional. Lo más adecuado es acompañarlo en su sorpresa por el descubrimiento, reconocer lo que ha visto y utilizar el sentido común a la hora de calificar la realidad.

8. Desafiante, un niño de veinte meses a tres años está al fondo de su habitación, protegiendo sus juguetes. «¡Déjase los, cariño, que es un amigo nuevo!», le dice la madre.

Qué significa su actitud. Está protegiendo sus pertenencias, tan importantes para él como para nosotros las nuestras. ¿Le dejaríamos nuestro ordenador personal a quien acabamos de conocer? Pues tampoco podemos pretender que él lo haga.

Qué hacer. Respetar su derecho a decidir sobre sus propiedades, y no obligarlo a compartirlas en casa. Siempre debe tener un juguete preferido que es sólo suyo. Podemos apoyarle a desarrollar la capacidad de compartir de otras formas: por ejemplo, cuando bajemos a la calle y él coja un juguete para llevarse, podemos proponerle que se lleve otro por si otro niño quiere jugar. Además, revisaremos nuestra propia forma de relacionarnos con los demás: ¿somos generosos, compartimos nuestras cosas? Los niños no aprenden lo que les decimos, sino lo que ven que nosotros hacemos. De cualquier forma, es importante tener en cuenta que de padres generosos, niños generosos.

9. De repente, y sin aparente motivo, nuestro pequeño de catorce o quince meses se convierte en un monstruo. Lloro, grita, se bambolea por la habitación sin demasiado control, tira cosas al suelo...

Qué significa su actitud. Todos los enfados infantiles tienen un porqué. El niño manifiesta su conducta a través de las emociones. Debemos cambiar sus emociones, pues entonces su conducta automáticamente se cambiará. Cuando parece que no hay una razón para la rabieta, la causa suele ser el cansancio. Nuestro hijo recibe diariamente miles de estímulos nuevos, y llega un momento del día en que ya no puede más... Se siente desbordado, sobrecargado, y puede perder el control.

Qué hacer. En esos momentos lo mejor es cogerlo con firmeza, abrazarlo, acariciarlo, arrullarlo ta-

rareando alguna nana y quedarnos con él hasta que se relaje, sin decir nada, sólo acompañándole, transmitiendo todo nuestro amor a través del contacto del cuerpo. Es demasiado pequeño para entender lo que significa el control de las emociones. El aprendizaje comienza poco a poco y en pequeñas dosis

diarias. Lo que más influye en el aprendizaje es lo que él ve en su hogar, la gente que le rodea. El pequeño observa constantemente cómo reaccionan los adultos en determinadas situaciones, e imitará el comportamiento sobre la manifestación del control emocional observado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chávez, M. A. (2007). *Tu hijo, tu espejo*. Barcelona: Grijalbo.
- Dolto, F. (1990). *Los niños y su derecho a la verdad*. Atlántida.
- Erikson, E. (1983). *Infancia y sociedad*. Horme-Paidós.
- Fodor, E., García Castellón, M. C. y Morán, M. (1997). *Todo un mundo de sensaciones*. Madrid: Pirámide.
- Fodor, E. y Morán, M. (1999). *Todo un mundo por descubrir*. Madrid: Pirámide.
- Fodor, E., Molerés, A. y Morán, M. (2004). *Todo un mundo de sorpresas*. Madrid: Pirámide.
- Fodor, E. y Morán, M. (2005). *Todo un mundo de sonrisas*. Madrid: Pirámide.
- Rincón Gallardo, L. (2001). *El abrazo que lleva al amor*. México: Pax.
-

Intervención en problemas de hábitos básicos de autonomía personal: sueño, alimentación y control de esfínteres

6

JUAN MANUEL ORTIGOSA
FABIÁN VILLALBA
ANTONIO RIQUELME

6.1. LOS HÁBITOS BÁSICOS DE AUTONOMÍA PERSONAL

La adquisición de los hábitos básicos de autonomía personal (HBAP) supone alcanzar progresivamente hitos evolutivos que se asocian con la independencia del niño con respecto a sus padres. La correcta instauración de los HBAP implica la puesta en marcha de mecanismos cognitivos, motrices, emocionales y relacionales desde edades muy tempranas.

Comellas (2000) se refiere al hábito como una conducta aprendida que se lleva a cabo cotidianamente y se ejecuta con cierta corrección sin requerir del control, presión o respuesta del entorno, mientras que considera la autonomía como un factor favorecedor de la madurez personal que posibilita que el individuo tome decisiones y resuelva de forma activa los requerimientos y las exigencias con que se encuentra, basándose en el análisis de la realidad y de los factores que la determinan.

Los HBAP incluyen aquellos comportamientos, principalmente domésticos, cuya adquisición resulta indispensable para que el niño realice un desarrollo social normal. Dichos hábitos le permitirán enfrentarse paulatinamente a las exigencias de su entorno, sin recurrir a la ayuda de los adultos, tomando sus propias decisiones y asumiendo su responsabilidad.

Entre los HBAP se incluyen: 1) alimentación: uso de cubiertos, comportamiento en la mesa y dieta; 2) vestido: calzarse, abotonarse y elección adecuada de la ropa; 3) sueño: inicio y mantenimiento del sueño nocturno, y establecimiento del ciclo sue-

ño-vigilia adecuado; 4) aseo e higiene: uso del baño, cepillarse los dientes e higiene corporal en general; 5) orden: recoger y ordenar la habitación, objetos y juguetes, y 6) habilidades sociales relacionadas con desplazamientos, compras o encargos.

La instauración del hábito supone atender a determinados factores de aprendizaje que facilitarán la progresiva implantación y automatización de la habilidad (véase cuadro 6.1). Sin embargo, los patrones de enseñanza están determinados por modelos culturales, de modo que el momento de inicio del entrenamiento, las estrategias empleadas y el nivel de exigencia difieren entre las distintas sociedades.

6.2. ADQUISICIÓN DE HÁBITOS DE AUTONOMÍA DE SUEÑO

Los trastornos del sueño en la infancia y la adolescencia forman una entidad cada vez mejor delimitada y tratada. Si bien las causas son múltiples y están en función del trastorno específico del sueño, en la infancia destaca el insomnio por hábitos incorrectos.

Se considera que un niño a partir de los 6-7 meses debe iniciar el sueño solo, sin llanto, y éste debe tener una duración aproximada de 12 horas seguidas (Estivill, 1997) (véase tabla 6.1). Algunos autores señalan que los padres pueden contribuir a la instauración de problemas, al abordar de forma incorrecta el acto de dormir a sus hijos; por ejemplo, duermen con el niño en la misma habitación o asocian alguna acción con

CUADRO 6.1

Requisitos y habilidades generales para la adquisición del hábito (modificado de Comellas, 2000)

Habilidades de adquisición	Atención	Atención sostenida y selectiva. Contenidos de la conducta claros y discriminables. Ajuste del nivel de complejidad a la habilidad del niño. Conducta lenta y exagerada. Instrucciones específicas. Utilidad funcional de la conducta.
	Retención	Estructuración de la tarea. Desarrollo sensorial y lingüístico. Descripción verbal.
Habilidades de planificación	Espaciales	Lugar. Recursos del entorno.
	Temporales	Secuencialidad.
	Otras	Improvisación.
Habilidades de ejecución	Motricidad gruesa	Dominio y fuerza. Coordinación corporal. Equilibrio.
	Motricidad fina	Dominio y fuerza. Coordinación manual. Coordinación óculo-manual. Manejo de utensilios. Habilidades específicas.

TABLA 6.1

Evolución del sueño-vigilia en la infancia y la adolescencia

Edad	Vigilia	Sueño total	Sueño REM	Sueño no REM
1-15 días	8	16	8	8
3-5 meses	10	14	5,7	8,3
6-22 meses	11	13	4,5	8,5
2-3 años	12	12	3	9
3-5 años	13	11	2,5	8,5
5-9 años	13,5	10,5	2,5	8
10-14 años	14	10	2,5	7,5
14-18 años	14,5	9,5	3	6,5

el inicio del sueño o con los despertares nocturnos. De este modo, el niño es incapaz de adoptar un hábito de sueño y se despierta de forma habitual por la noche (Villó, Kheiri, Mora, Saucedo y Prieto, 2002).

Los factores que contribuyen a la calidad de la adquisición del hábito de dormir en la infancia se distinguen en ambientales (decoración, luz, ruido, temperatura y comodidad), físicos (cansancio, hambre, sed, eccemas, dentición y otitis) y emocionales (temperamento y estrés vital) (Haslam, 1985).

Existen diferentes propuestas de métodos para ayudar al niño a iniciar el sueño; en realidad, todos son uno mismo con diversas variantes o adaptaciones. Su objetivo es que el niño aprenda a iniciar el sueño por sí mismo sin usar los brazos de los padres u otras ayudas externas de las que después tenga que depender para dormirse. La variante más conocida es la desarrollada por Richard Ferber, fundamentada en una intervención cognitivo-conductual que

trabaja con los padres a través de dos componentes principales: 1) modificar la cognición parental (expectativas, interpretación y emociones) y 2) modificar las conductas de los padres y las respuestas hacia su hijo en un intento de cambiar las respuestas, expectativas y conductas aprendidas del niño (Sadeh, 2005). Según el propio Ferber (1993), la finalidad de su programa es conseguir que el niño sea capaz de dormirse por sí solo, en su propia cama y reduciendo al mínimo el rechazo y las pataletas, a través del método de «comprobaciones mínimas», por el que se permite a los padres entrar en la habitación bajo ciertas condiciones preestablecidas de duración e interacción con el niño (véase cuadro 6.2).

Los detractores de estos métodos argumentan las consecuencias negativas de aplicar la extinción frente al llanto del bebé, el uso indiscriminado sin atender a las características del niño y, por último, la falta de estudios que demuestren su eficacia. En cambio, los defensores arguyen que en algunos casos no se trata de una extinción pura sino gradual, que los métodos se adaptan a la situación del niño y los padres, y la existencia de trabajos que corroboran la eficacia de esta intervención.

En relación a esta última cuestión, se dispone de datos empíricos sobre los componentes habituales de los métodos que a continuación se describen:

1. *Extinción estándar*: consiste en que los padres dejan al niño en la cuna/cama y sistemáticamente le ignoran hasta la mañana siguiente. Los comportamientos ignorados son los gritos, las rabietas y el reclamo de la presencia de los padres, a excepción de aquellos casos que supongan un riesgo para la integridad física del niño (por ejemplo, daño o enfermedad). Esta técnica se fundamenta en la idea de que tras la protesta inicial del niño, el agotamiento y la ausencia regular de los padres le conducirá a tranquilizarse y comenzar el sueño. Aunque su eficacia está demostrada, presenta ciertas limitaciones, como las dificultades en su cumplimiento, principalmente por la incapacidad de los padres para soportar los llantos del niño durante un tiempo prolongado, y la posibilidad

de recaída como consecuencia de un incremento de la conducta ignorada en el período de postextinción (Sadeh, 2005).

2. *Extinción graduada*: es uno de los principales componentes del método de Ferber. Así, esta variante de la extinción consiste en que los padres dejan al niño en la cama, y en caso de reclamo le ignoran durante períodos cortos de tiempo, pero cada vez mayores, acompañándose una interacción nula o mínima cada vez que se accede a la habitación. Es aconsejable para aquellos padres que son incapaces de aplicar la extinción estándar cuando el niño llora o les llama, asociándose a mejor cumplimiento y menor estrés.
3. *Extinción en presencia de los padres*: a diferencia de variantes anteriores, los padres están presentes en la habitación sentados junto al niño, pero apenas interactúan con él. Progresivamente se van retirando hasta abandonar la habitación. Al igual que la extinción graduada, se considera una alternativa para vencer la resistencia que muestran algunos padres a la variante estándar, ya que lo consideran más aceptable, favoreciendo la constancia en su aplicación.
4. *Hora de dormir desvanecida*: los padres retrasan la hora de dormir para asegurarse del inicio rápido del sueño, asociando las señales de acceso al sueño con una interacción positiva padres-hijo. Una vez establecida la cadena conductual, y el niño se duerme rápidamente, se procede a adelantar la hora de dormir de 15 a 30 minutos hasta que se ajusta al horario de sueño preestablecido. Además, se instaura una hora determinada para despertar y se impide dormir durante el día, salvo las siestas apropiadas para la edad.
5. *Despertares programados*: los padres despiertan y consuelan al niño aproximadamente 15 minutos antes del despertar espontáneo habitual de su hijo. El método consiste en a) el establecimiento de la línea base de los despertares espontáneos; b) la instrucción a los padres para que despierten a su hijo durante un rato (por ejemplo, 15 minutos) antes de

CUADRO 6.2

Protocolo general de actuación del método FERBER (Ferber, 1993)

Requisitos:						
<ul style="list-style-type: none"> — Esperar a que el bebé dé señales de madurez para dormir solo por la noche. Aunque este requisito se da generalmente entre los 4 y los 6 meses de edad, los padres tomarán la decisión sobre qué momento es el ideal para aplicar el método, sabiendo que éste varía mucho dependiendo del niño. — Si los padres están inseguros de si su bebé está preparado o encuentran mucha resistencia, es preferible posponerlo durante un tiempo. — Los padres escogerán una semana donde puedan permitirse perder algo de sueño. 						
Paso 1	Aplicar rutinas relajantes de acercamiento y preparación a la hora de dormir para favorecer el acceso al sueño.					
Paso 2	Colocar al niño en la cuna cuando dé señales de sueño o cansancio, con el fin de que se quede durmiendo por sí mismo. En el momento que se deja al niño, éste debe estar despierto.					
Abandonar la habitación tras despedirse del niño diciéndole « <i>buenas noches, que duermas bien...</i> ». Si llora a partir de ese momento, dejarlo así durante el período de tiempo predeterminado en la tabla de espera propuesta por Ferber. Aumentar el tiempo de espera inicial y posterior en 5 minutos cada noche.						
Paso 3	Tabla de espera	<i>Si su hijo todavía llora</i>				
		Día	Primera espera	Segunda espera	Tercera espera	Esperas sucesivas
		1	5	10	15	15
		2	10	15	20	20
		3	15	20	25	25
		4	20	25	30	30
		5	25	30	35	35
		6	30	35	40	40
7	35	40	45	45		
Paso 4	En caso de que el bebé lllore, entrar en la habitación durante máximo dos o tres minutos para confortarlo con la menor interacción posible, sin tomarlo en brazos o mecerlo. Apagar la luz y mantener la voz baja o en silencio. Abandonar nuevamente la habitación cuando esté despierto, independientemente de que lllore.					
Paso 5	Prolongar progresivamente el tiempo de espera fuera de la habitación y aplicar siempre la misma rutina cuando se regresa al cuarto. Permanecer en este paso hasta que el niño se duerma sin la presencia de los padres en la habitación.					
Paso 6	Incrementar la cantidad de tiempo entre visitas a su habitación cada noche. En la mayoría de los casos, el niño se dormirá solo en una semana o incluso antes. Nuevamente, lo adecuado ante la resistencia persistente es esperar algunas semanas antes de intentarlo de nuevo.					
Consideraciones finales						
<ul style="list-style-type: none"> — Si el niño se despierta durante la noche, reiniciar con el mínimo tiempo de espera de ese día e incrementar poco a poco los intervalos de entrada a la habitación hasta alcanzar el máximo determinado para ese día. — Continuar la aplicación de esta rutina hasta que llegue la hora establecida por los padres para levantarse. — Los padres deben ser constantes, pero no totalmente rígidos, en la aplicación del programa, ya que se pueden realizar adaptaciones en función del niño. — Utilizar también este patrón para controlar las siestas. 						

que se produzcan los despertares espontáneos establecidos en el paso anterior, y *c*) una vez despierto, se anima al niño a reiniciar el sueño. Este procedimiento se acompaña del incremento progresivo de los intervalos entre despertares programados, a fin de consolidar períodos de sueño cada vez mayores.

6. *Rutinas positivas*: los padres desarrollan un grupo de actividades relajantes y agradables que se asocian a los momentos previos al inicio del sueño. El establecimiento de las rutinas permite al niño anticipar la proximidad de la hora de dormir, además de facilitar que el cuerpo vaya relajándose y preparándose para descansar. En consecuencia, aproximadamente media hora antes de ir a la cama se inicia una cadena de actividades que incluirán un baño relajante, vestir al niño con el pañal y/o cualquier otra ropa, y contar un cuento o cantar alguna canción.
7. *Educación dirigida a los padres*: principalmente se trata de una medida tanto preventiva como de intervención, cuyo objetivo es establecer hábitos positivos de sueño. Incluye información sobre los patrones evolutivos del sueño infantil, las estrategias centradas en las rutinas para la hora de dormir, el desarrollo de un sueño consistente, el manejo de situaciones asociadas al inicio del sueño y la respuesta ante los despertares nocturnos.

Los estudios que han utilizado las técnicas conductuales anteriores para abordar el rechazo del niño a iniciar o mantener el sueño concluyen, por separado, que muestran distinto grado de evidencia experimental (Mindell, Kuhn, Lewin, Meltzer y Sadeh, 2006). Así, la extinción estándar y la educación dirigida a los padres son tratamientos bien establecidos, con considerable apoyo empírico, mientras que la extinción graduada, los despertares programados, las rutinas positivas y la hora de dormir desvanecida son modalidades de intervención probablemente eficaces.

A pesar de que las diferentes intervenciones han mostrado su eficacia en estudios controlados, los trabajos que comparan directamente las distintas técnicas entre sí proporcionan escasa evidencia de mayor eficacia de un protocolo conductual sobre otro (Mindell y cols, 2006).

Una de las preocupaciones de los padres es que los hábitos inadecuados lleven al niño a manifestar alteraciones del sueño. En general, los trastornos del sueño se dividen en disomnias y parasomnias. Las primeras se refieren a la dificultad para dormir, que principalmente perjudican a la conciliación del sueño y a los frecuentes despertares nocturnos, pudiendo afectar al ciclo sueño-vigilia, mientras que las segundas son manifestaciones motoras o autonómicas asociadas a varios grados de despertar que ocurren durante el sueño, sin afectar al ciclo sueño-vigilia (véase cuadro 6.3).

CUADRO 6.3

Trastornos asociados al sueño durante la infancia

Disomnias	
Insomnio	Dificultad en iniciar el sueño solo o reanudarlo tras un despertar nocturno.
Parasomnias	
Pesadillas	Fenómenos oníricos angustiosos que suceden en la segunda parte de la noche, en la fase REM, donde el niño es capaz de explicar con claridad qué es lo que ha soñado.
Terrores nocturnos	Similares a las pesadillas, pero se caracterizan por llanto brusco e inesperado del niño, con una expresión de miedo intenso y sudor frío, siendo muy difícil despertar al niño.
Sonambulismo	Repetición automática de conductas aprendidas durante la vigilia, con el niño profundamente dormido. Al despertar el niño suele manifestar amnesia del episodio.

CUADRO 6.3 (continuación)

Somniloquia	Fenómeno benigno que se caracteriza por el habla mientras se permanece dormido. A menudo está asociada en niños al sonambulismo, y cuando se produce de forma aislada normalmente se relaciona con las fases del sueño no REM.
Bruxismo	Contractura excesiva de los maxilares que produce un ruido típico de rechinar de dientes que no despierta al niño.
Movimientos rítmicos durante el sueño	Movimientos rítmicos y estereotipados que implican todo el cuerpo y los miembros o sólo la cabeza sobre la almohada. Ocurren más frecuentemente en la transición vigilia-sueño.

6.3. ADQUISICIÓN DE HÁBITOS DE AUTONOMÍA ALIMENTARIOS

La alimentación saludable es uno de los principales factores que influyen en el crecimiento del niño, contribuyendo a prevenir enfermedades y mejorar su calidad de vida, por lo que constituye una de las preocupaciones fundamentales de los padres en relación a la salud de sus hijos, debido a la necesidad de adaptar la alimentación a las demandas nutritivas en función de la edad y constituir unos hábitos alimentarios adecuados (Aranceta, Pérez, Serra y Delgado, 2004).

Los hábitos alimentarios se aprenden progresivamente durante la infancia hasta establecer el estilo de comer de cada persona, relacionado con el tipo de alimento, la forma de comer y el momento y lugar donde se come (Amigo y Errasti, 2006).

Si bien la preferencia por determinados alimentos se determina en parte por factores biológicos y predisposiciones genéticas (por ejemplo, preferencia innata por sabores dulces), es importante el papel del aprendizaje, que abarca desde el procesamiento sensorial (apariencia, sabor, olor y textura) hasta la influencia de factores externos, como los mensajes publicitarios y el papel de los iguales. Así, las investigaciones sobre los procesos de instauración de las preferencias o aversiones alimentarias señalan tres vías de adquisición: 1) aprendizaje asociativo (condicionamiento clásico), 2) aprendizaje no asociativo (exposición repetida al alimento) y 3) factores sociales (valor del alimento para los padres —en especial es importante el papel de la madre—, héroe de ficción o compañero) (Gavino, 1995; Restrepo y Maya, 2005).

La mayoría de los comportamientos alimentarios problemáticos se deben a que se apartan de lo que es

conveniente para la salud a una determinada edad. Para Gavino (1995), existen tres factores que influyen en el aprendizaje de estos comportamientos alimentarios, «tanto si son buenos como inadecuados» (p. 37):

1. *Atención del adulto.* Aunque en ocasiones, sin pretenderlo, el adulto contribuye a mantener la conducta del niño, en otras éste la utiliza para manipular el ambiente inmediato (por ejemplo, el niño no come con el fin de captar la atención del adulto).
2. *Modelado.* El niño imita las conductas alimentarias de los padres, sin reflexionar si son adecuadas. De hecho, Brazelton y Sparrow (2007) indican que los modales en la mesa y la actitud hacia la comida se aprenden fundamentalmente entre los 4 y 5 años, cuando los niños imitan a sus mayores. Por ello, los adultos deben cuidar sus hábitos nutricionales y su comportamiento alimentario ante el niño.
3. *Ambiente.* El lugar donde el niño come implica una serie de estímulos distractores como la televisión, los juguetes, los cubiertos o cualquier objeto a su alcance, que influyen en su comportamiento. En este sentido, la distracción tiene un carácter ambivalente, pues en unos casos sirve para que el niño coma y en otros favorece las conductas alimentarias inadecuadas.

Dentro del acercamiento centrado en los padres, se han desarrollado distintos métodos para el entrenamiento alimentario del niño. Un ejemplo es el elaborado por Brazelton, cuyo objetivo es ofrecer información para prevenir futuros problemas en el

acto de comer, además de aportar a los padres y los cuidadores la seguridad necesaria para afrontar los momentos de crisis e incertidumbre que puedan aparecer. En este sentido, diversos autores ofrecen una variedad de recomendaciones generales y específicas dirigidas a los padres y cuidadores para conseguir una actitud y unos hábitos alimentarios saludables a lo largo del desarrollo (Amigo y Errasti, 2006; Bolaños, 2009; Brazelton y Sparrow, 2007; Gavino, 1995; López, 2004). Un compendio de dichas recomendaciones se expone en los cuadros 6.4 y 6.5.

CUADRO 6.4

Recomendaciones generales para el entrenamiento en hábitos de autonomía alimentaria

<ul style="list-style-type: none"> — Llevar un ritmo de alimentación mediante un horario regular de comidas. — Eliminar el picoteo entre horas. — Respetar todas las comidas del día, haciendo especial empeño en no saltarse el desayuno. — Establecer una zona de comida, de forma que cuando el niño coma lo haga siempre en dicho lugar, a la par que eliminar todos los alimentos de aquellos sitios que no se consideran zona de comida. — Evitar la monotonía de los alimentos. Es importante motivarles a que prueben nuevos alimentos para que tengan una alimentación variada. — Masticar bien los alimentos facilita una adecuada digestión; además, la comida es un momento de tranquilidad, de comer sin prisas. — A la hora de comer no es conveniente que el niño realice otras actividades como ver la televisión, jugar o leer. — La comida es un acto social para disfrutar de la compañía de otras personas y compartir experiencias, pero no es momento para hablar de problemas o discutir. — Implicar al niño en las actividades relacionadas con la comida, como seleccionar y comprar alimentos, planificar la alimentación a través de los menús, la elaboración de los alimentos, etc. — Ayudar al niño a identificar ciertos estados emocionales (soledad, aburrimiento, ansiedad o tristeza) que se pueden confundir con la sensación de hambre. Se le enseñará a manejar dichas emociones recurriendo a estrategias diferentes a la ingesta alimentaria.

CUADRO 6.5

Recomendaciones específicas para la alimentación saludable en la infancia y la adolescencia (López, 2004)

De 3 a 6 años	<ul style="list-style-type: none"> — Educar a «comer de todo». — Atender a las necesidades de energía, por tratarse de un período importante de la vida para el normal crecimiento y de gran actividad física. — Cuidar el aporte de proteínas de muy buena calidad (carnes, pescados, huevos, lácteos), pues las necesidades son, proporcionalmente, mayores que las de la población adulta. — Iniciar en el hábito de un desayuno completo. — Evitar el abuso de dulces, «chucherías» y refrescos. — Dedicar el tiempo necesario para que el niño aprenda a comer disfrutando.
De 7 a 12 años	<ul style="list-style-type: none"> — Evitar que abusen de dulces, refrescos, quesos grasos y cremas de untar, y de alimentos muy salados. — Existen alimentos imprescindibles que deben tomar para su normal crecimiento y desarrollo, como: <ul style="list-style-type: none"> • <i>A diario</i>: lácteos, frutas, verduras, ensalada o pan. • <i>A lo largo de la semana</i>: carnes y transformados cárnicos, pescados grasos y magros (blancos y azules), huevos, legumbres, arroz y pastas.
De 13 a 16 años	<ul style="list-style-type: none"> — Se deben vigilar los excesos para no caer en el sobrepeso o la obesidad. — La familia debe supervisar el tipo de dietas que siguen los chicos de esta edad, para evitar que hagan, por su cuenta, combinaciones de alimentos absurdas o muy monótonas con la finalidad de adelgazar. Pueden provocarse importantes deficiencias de nutrientes o caer en inapetencias peligrosas, hasta llegar a la anorexia. — Hay que estimularles para que lleven una vida activa y dediquen parte de su ocio a la práctica de algún deporte. — Se debe evitar hacer de la comida una situación de conflicto que interfiera con las relaciones afectivas. — Deben ser informados sobre la correcta nutrición y su importancia para la salud, la estética y el bienestar en general.

Diversas estrategias conductuales se han aplicado para apoyar tanto la adquisición inicial del hábito alimentario como para resolver los casos en los que surjan problemas de alimentación (García y Bach, 1999; Gavino, 1995):

1. Exposición gradual al alimento: se introduce de forma progresiva y repetida el alimento, teniendo en cuenta las variables de visibilidad, cantidad e intensidad del olor y sabor. Por ejemplo, las legumbres se pueden enmascarar convirtiéndolas en puré.
2. Manejo de contingencias:
 - a) Refuerzo: se aplica o bien a comportamientos correctos en la mesa o bien a la ingesta de alimentos. En el primer caso, se procede asociando contingentemente un refuerzo a las conductas de coger correctamente los cubiertos o permanecer sentado en la mesa. En cambio, para los casos de aversión se aplica el principio de Premack alimentario, con la intención de que el alimento predilecto actúe como reforzador del menos preferido. En tal circunstancia, si el niño rechaza comer una verdura, se le propone que si lo hace podrá a continuación coger del frigorífico su postre favorito.
 - b) Extinción: se retira la posibilidad de obtener refuerzo ante conductas disruptivas (por ejemplo, rabietas, escupir la comida u oposicionismo). Es especialmente aconsejable para las situaciones en las que la atención de los padres es la fuente de refuerzo de los comportamientos inadecuados.
3. Modelado: esta técnica pretende utilizar el potencial que tienen los modelos para instaurar conductas a través de la imitación. A estas edades puede ser útil el modelado simbólico mediante personajes de ficción con los que el niño se identifica, o el modelado en vivo con la ayuda de cualquier persona que sea muy representativa para él. Es conveniente recordar que hay que sustituir el modelado negativo (enseñanza de la conducta incorrecta) por el positivo (instrucción del comportamiento adecuado).
4. Control estimular: por un lado se eliminan todos los estímulos ambientales que dificultan la conducta que se quiere instaurar y, por el contrario, se potencian aquellos que favorecen la aparición de la conducta deseada. Por ejemplo, si la televisión actúa como distractor, es aconsejable apagarla. En cambio, es posible que comer con su plato favorito estimule al niño a comer.

Dentro de la esfera de los problemas alimentarios, el DSM-IV-TR incluye los trastornos de la conducta alimentaria («*eating disorders*»). Bajo esta categoría se agrupan la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno de la conducta no especificado, en el que se ubica el trastorno por atracón. Por otro lado, se distinguen los trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia y la niñez, donde se encuentran la pica y el trastorno de rumiación. Esta clasificación se completaría con las alteraciones alimentarias vinculadas a los trastornos de ansiedad, como es el caso de la fobia o aversión alimentaria (véase cuadro 6.6).

CUADRO 6.6

Trastornos asociados al acto de comer

Anorexia nerviosa	Pérdida significativa de peso por miedo exagerado a engordar, a pesar de mantener una imagen corporal de delgadez extrema.
Bulimia nerviosa	Impulso incontrolable a comer en exceso, casi siempre seguido por vómitos autoinducidos para conseguir mantener el normopeso.

CUADRO 6.6 (continuación)

Obesidad	Exceso de peso y volumen corporal debido a la acumulación de grasa, que puede acompañarse de problemas para la salud en el momento en que se produce o en edades posteriores.
Pica	Ingesta recurrente de sustancias no nutritivas e inapropiadas para el desarrollo del niño y la cultura a la que pertenece. Según la sustancia ingerida, se denomina: litofagia (piedras), trico-fagia (pelo), coprofagia (heces), geofagia (tierra o greda) o plumbifagia (plomo).
Rumiación	Devolver a la boca los alimentos parcialmente digeridos, sin vómitos, mediante regurgitación, y masticarlos detenidamente.
Síndrome de rechazo de la comida	Rechazo persistente a comer por sí mismo, que puede ser de tipo generalizado o específico. En este último caso, la elección del alimento a ingerir depende de factores sensoriales, la persona presente durante la comida, el lugar donde se celebra la comida u otros factores ambientales.
Aversión a la comida o fobias alimentarias	Miedo desproporcionado a comer por temor al atragantamiento de sólidos (fagofobia) o bebidas (dipsofobia), envenenamiento (toxofobia), vómito (emetofobia) o prueba de alimentos nuevos (neofobia).

Mención aparte merece la obesidad, dado que, a pesar de no considerarse dentro de las categorías anteriores, el CIE-10 sí la introduce en el apartado de enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.

6.4. ADQUISICIÓN DE HÁBITOS DE AUTONOMÍA PARA EL BAÑO

El control de los esfínteres (vejiga e intestinos) es un hito evolutivo de primer orden que requiere de una madurez biológica y del aprendizaje de las con-

ductas socialmente establecidas, para lo cual se emplea el entrenamiento para el baño (*Toilet training*). Además, los hábitos saludables del movimiento vesical e intestinal son importantes para el funcionamiento sano de los sistemas implicados, ya que un retraso en su control puede relacionarse con el aumento de la prevalencia en la eliminación disfuncional.

La secuencia habitual de la adquisición del control sobre los esfínteres pasa por la continencia fecal nocturna, la continencia fecal diurna, la continencia urinaria diurna y, finalmente, la continencia urinaria nocturna (véase cuadro 6.7).

CUADRO 6.7

Pautas evolutivas del control vesical (Bragado, 1998; 2004)

Edad (en años)	Procesos	
	CONTROL VESICAL	CONTROL INTESTINAL
0-1	Micción automática	Defecación automática
1-2	Conciencia de necesidad de orinar	Inicio control diurno y nocturno
3-4	Control diurno: Duplicación de la capacidad vesical Inicio voluntario micción	Control diurno y nocturno
4-5	Inhibición voluntaria micción Control nocturno: Posposición voluntaria micción	Diagnóstico encopresis
5 o más	Inhibición micción durante el sueño Diagnóstico enuresis Tratamiento precoz	

El entrenamiento para el baño es una habilidad universalmente adquirida para niños normalmente desarrollados, que se inicia con las señales de madurez y finaliza con el éxito en el uso del baño (Schum, Kolb, McAuliffe, Simms, Underhill y cols., 2002). Se trata de la adquisición de las habilidades necesarias para orinar y defecar en el aseo a una edad socialmente aceptable. Es un proceso heterogéneo y complejo influenciado por diversos factores fisiológicos, psicológicos, sociales y culturales (Bakker y Wyndaele, 2000).

El entrenamiento para el baño se completa a través de una secuencia que requiere del desarrollo de habilidades lingüísticas, motoras, sensoriales, neurológicas y sociales. En concreto, la adquisición de la independencia para aplicar este hábito incluye la capacidad de desplazamiento al baño u orinal, bajarse la ropa y subirla después, sentarse, orinar o evacuar, tirar de la cadena o accionar el vaciador, lavarse las manos y volver al lugar original (Mota y Barros, 2008a).

Schum y cols. (2002) dividen el proceso del entrenamiento en tres fases, que agrupan otros tantos conjuntos de habilidades:

1. **Habilidades de baño tempranas:** se refiere a conductas que indican que el niño está preparado, y engloba comprender las palabras relacionadas con el acto de orinar, mostrar interés, estar seco durante dos horas e indicar una necesidad física de ir al baño.
2. **Habilidades de baño intermedias:** incluye muchas habilidades de autoayuda que pueden enseñarse al niño y que comportan tirar de la cadena por sí mismo, lavarse las manos y bajar/subirse la ropa.
3. **Habilidades de baño tardías:** esta última fase es donde se muestran los mayores progresos para completar el entrenamiento en vaciado, relacionándose con el uso regular del baño, avisar con antelación que quiere orinar, permanecer seco durante el día y la noche, y entrar al baño para el vaciado.

Una cuestión importante es la toma de decisión de los padres sobre el momento de iniciar el entrenamiento. El asunto permanece sin aclarar, ya que

mientras algunos estudios sólo determinan parcialmente una relación entre el inicio temprano o tardío del entrenamiento con futuros problemas de control esfinteriano, otros consideran que el entrenamiento después de 32 meses de edad se asocia con incontinencia (Barone, Jasutkar y Schneider, 2009; Blum, Taubman y Nemeth, 2010; Mota y Barros, 2008b).

El factor principal para la toma de decisión de los padres sobre el momento que deben iniciar el entrenamiento es la edad, mientras que el ingreso en el colegio es un incentivo para los casos con problemas de control esfinteriano (Bakker y Wyndaele, 2000). El momento de inicio se relaciona tanto con futuros problemas de control como con la duración del entrenamiento, que se establece en menos de seis meses (Mota, Barros, Matijasevich y Santos, 2010).

Existe un acuerdo general en que la mayoría de niños están preparados para iniciar el entrenamiento entre los 18 y 24 meses de edad, aunque el sexo influye, debido a que las niñas muestran anticipación en el grado de madurez. Esta edad se ha retrasado a lo largo de los últimos sesenta años, observando que sólo una quinta parte de los padres empiezan el entrenamiento antes de los 18 meses (Bakker y Wyndaele, 2000). Por su parte, la instauración del hábito de defecar no se debe empezar hasta que el niño tenga deposiciones blandas, y nunca antes de los dos años (Hernández y Rodrigo, 2005). Los cambios de actitud sobre el entrenamiento se han centrado en el momento de inicio, el uso del vaciado programado y el cambio del orinal por el váter normal (Bakker y Wyndaele, 2000).

En relación a los métodos diseñados para entrenar al niño en el uso del baño, se clasifican en aquellos dirigidos al niño y los dirigidos a los padres. Los primeros se fundamentan en la participación activa del niño en el entrenamiento, el cual se iniciará una vez se observen signos evidentes de que está preparado (véase cuadro 6.8). Es el acercamiento más comúnmente empleado en nuestra sociedad. Por el contrario, los métodos que siguen el acercamiento dirigido a los padres reservan un papel pasivo al niño, iniciando el entrenamiento tras el nacimiento. Estos últimos son más comunes en China, África, India, Sudamérica y Centroamérica (véase cuadro 6.9) (Choby y George, 2008).

CUADRO 6.8

Principales señales y pasos para que los padres empiecen el entrenamiento en baño (Brazelton y Sparrow, 2004)

Primeras señales: antes de los dos años	<ul style="list-style-type: none"> — Ya no se siente tan atraído ni emocionado por el hecho de permanecer continuamente de pie o caminando. Ya está preparado para sentarse y aprender nuevas tareas. — Su lenguaje es receptivo. — Puede decir: ¡No! Comienza a tomar decisiones. — Empieza a dejar las cosas en su sitio. — Imita el comportamiento de los padres. — El niño empieza a orinar y defecar en momentos predecibles. — Empieza a ser consciente de su propio cuerpo.
Nuevas señales: a los dos años	<ul style="list-style-type: none"> — El niño anuncia que ha hecho pipí o caca. Puede tirarse del pañal para que le cambien. — Vestirse y desvestirse «sin ayuda». El niño empieza a quitarse piezas de ropa. — Conciencia de cómo los demás utilizan el lavabo. — Aumento de la necesidad de imitar.
Iniciar el entrenamiento	<ul style="list-style-type: none"> — Cuando esté listo debe escoger su propio orinal, ubicándolo en el aseo. — Dejarle que se siente en el orinal con el pañal puesto, o completamente vestido, mientras usted se siente en «su orinal». El niño debe acostumbrarse a la rutina de sentarse en el orinal y a comunicarse con usted mientras están en el baño. — Llevarlo al baño para que se quite el pañal y lo vacíe en el orinal. — Proponerle quitarse el pañal para que vaya por casa con el culete al aire. — Ofrecerle unos pantalones que pueda bajarse y subirse solo y con facilidad cada vez que utilice el orinal. — Usar el manejo de contingencias: elogiar el éxito y evitar el castigo, la vergüenza y la obligación. — Entrenamiento positivo, sin amenazas y natural.

CUADRO 6.9

Principales métodos utilizados en el entrenamiento para el baño (Choby y George, 2008)

Acercamientos dirigidos al niño		Acercamientos dirigidos a los padres	
Método de Brazelton	El libro del sentido común del Dr. Spock para el cuidado de bebés y niños	Entrenamiento asistido para el baño	Comunicación de la eliminación
<ul style="list-style-type: none"> — Empezar cuando el niño dé señales de estar preparado (generalmente después de los 18 meses de edad). — Elogiar el éxito. — Evitar el castigo, la vergüenza y la obligación. — Entrenamiento positivo, sin amenazas y natural. 	<ul style="list-style-type: none"> — Empezar entre los 24 y 30 meses de edad. — Permitir que el niño acompañe a los miembros de la familia cuando utilicen el baño. — Hacer el proceso relajado y agradable, evitando las críticas. — Evitar hacer comentarios negativos sobre el taburete o criticar al niño. — Permitir que el niño use el orinal voluntariamente; una vez el niño se interese, llevar al niño al baño dos o tres veces al día. — Elogiar el éxito. 	<ul style="list-style-type: none"> — Empezar a las dos o tres semanas de edad. — Colocar al niño en el váter después de una comida o si da signos de eliminación. — Recompensar el éxito en los vaciados con comida o afecto. 	<p>Empezar tras el nacimiento. Aprender a reconocer el lenguaje corporal, sonidos y patrones de eliminación del niño.</p> <p>Colocar al niño sobre el lavabo o váter o un orinal pequeño, mientras los padres hacen sonidos o dejan correr agua.</p>

6.5. TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN

Si bien la mayoría de los niños logran la continencia de forma natural, existe un grupo que, por motivos funcionales o estructurales, no adquirieren dicha habilidad, exponiéndose a un conjunto de consecuencias físicas, psicológicas y psicosociales. En el caso que nos ocupa destacan dos trastornos: enuresis y encopresis.

6.5.1. Enuresis

La enuresis se define como la micción involuntaria en un lugar inadecuado que se da en la infancia más allá de los 5 años y que puede deberse, o no, a causa orgánica (APA, 2001).

La clasificación de la enuresis establece diferentes subgrupos en función de variables como la organicidad (funcional u orgánica), la historia enurética del niño (primaria o secundaria), la frecuencia (regular o irregular), el momento del día en el que se produce el episodio enurético (diurna, nocturna o mixta), y la ausencia o presencia de disfunción vesical (monosintomática o no-monosintomática). La forma de presentación más frecuente es la enuresis funcional, primaria, nocturna, regular y monosintomática.

Según los datos epidemiológicos, el 15 por 100 de los niños de 6 años de ambos sexos no llegan a controlar adecuadamente la micción en la forma esperada para su edad cronológica, reduciéndose hasta el 1 por 100 hacia los 15 años de edad. Por otra parte, el trastorno es más frecuente en niños que en niñas, aunque estas últimas, especialmente en la adolescencia, muestran una actitud más negativa hacia la enuresis (Wolanczyk, Banasikowska, Zlotkowski, Wisniewski y Paruszkiewicz, 2002).

El tratamiento de la enuresis se ha basado en la intervención conductual y/o farmacológica. En la primera destaca el entrenamiento en cama seca, el método de la alarma y el entrenamiento en retención voluntaria, junto a otras estrategias complementarias que se describen a continuación.

El entrenamiento en cama seca, diseñado por el grupo de Azrin, Sneed y Fox a partir del paradig-

ma del condicionamiento operante, consta de los siguientes componentes: 1) dispositivo de alarma; 2) sobreaprendizaje; 3) entrenamiento en retención, y 4) contingencias para cama seca y húmeda. La aplicación se realiza a través de tres fases: fase de entrenamiento intensivo, fase de supervisión postentrenamiento y fase de rutina normal (véase cuadro 6.10).

El método de la alarma o del pipí-stop fue ideado por Mowrer y Mowrer a partir del paradigma del condicionamiento clásico. El método consiste básicamente en alertar y sensibilizar al niño para responder rápida y apropiadamente al llenado de la vejiga durante el sueño, transformando la micción involuntaria en control voluntario mediante la inhibición vesical y el posterior vaciado en la taza del váter. El fundamento teórico es que los continuos ensayos conducirán a la contracción condicionada del esfínter como respuesta a la estimulación vesical (Bragado, 2009). Para lograr este propósito se utiliza el dispositivo de alarma, que consiste en un pequeño circuito electrónico (sin ningún riesgo para el niño) que actúa como detector muy sensible de humedad, y que al contacto con la orina activa un timbre adherido, habitualmente, al pijama del niño. El método se complementa con el sobreaprendizaje antes de acostarse, a fin de favorecer el condicionamiento, el entrenamiento en limpieza y la práctica positiva tras un episodio enurético y la entrega de un refuerzo después de una noche de cama seca.

El entrenamiento en limpieza es una práctica de carácter correctivo y punitivo que se aplica tras un episodio enurético, con el objetivo de que el niño tome conciencia de las consecuencias ambientales de su trastorno. Consiste en que el niño debe ir al aseo a finalizar la micción, mudarse el pijama, cambiar las sábanas húmedas y depositarlas en el cesto de la ropa sucia, junto con el resto de prendas mojadas.

La práctica positiva se emplea para establecer el hábito de despertarse con rapidez e ir al baño. Para alcanzar esta costumbre se aplica un ensayo de conducta en el que el niño acostado en la cama imagina que tiene deseo de orinar; tras unos segundos se levanta y se dirige al aseo; una vez allí alza la tapade-

CUADRO 6.10

*Principales componentes de la aplicación del entrenamiento en cama seca****Fase 1. Noche de entrenamiento intensivo** (1.^a noche):

- Una hora antes de ir a la cama: se coloca el aparato de alarma en la cama, el niño hace 20 ensayos de práctica positiva y bebe uno o dos vasos de su bebida favorita.
- Despertar cada hora: se despierta al niño cada hora empleando una estimulación lo más suave posible.
- Si el niño moja la cama: se le riñe por haberse mojado, conduciéndolo al baño para que termine de orinar. Posteriormente se aplica nuevamente la práctica positiva.

Fase 2. Supervisión post-entrenamiento (hasta siete noches consecutivas de camas secas).

- Antes de acostarse: se repiten los pasos del apartado una hora antes de acostarse de la fase 1. Además, los padres animan al niño a permanecer seco.
- Despertar escalonado: se empieza despertando al niño tres horas después de acostarse. Tras cada noche de cama seca se le despierta media hora antes hasta que el tiempo transcurrido hasta que se le despierta sea de una hora.
- Cuando suena la alarma: desconectar la alarma, reñirle, conducirlo al baño y práctica positiva.
- Después de cada cama seca: alabar al niño.

Fase 3. Rutina normal (hasta siete noches consecutivas de camas secas).

- Se retira el aparato de alarma y se elimina el despertar escalonado.
- Se aplica el manejo de contingencias del mismo modo que en la fase 2.

* El lector encontrará una descripción detallada del método original en Bragado (2009).

ra del váter y realiza la acción de miccionar, independientemente de que tenga necesidad o no. La práctica se lleva a cabo a continuación del entrenamiento en limpieza tras un episodio enurético (Rodríguez-Parra, 2002).

El *entrenamiento en retención voluntaria* de Kimmel y Kimmel tiene el objetivo de incrementar la capacidad funcional de la vejiga mediante períodos cada vez más largos de retención, que suelen abarcar desde unos pocos minutos en los primeros días hasta una demora de 30 a 45 minutos que se acompaña del aumento en la ingesta de líquido. El procedimiento consiste en: 1) animar al niño que ingiera líquido de modo proporcional a su peso (30 ml/kg) hasta un máximo de medio litro para niños de menos de 25 kg., y hasta 1 litro para un peso superior; 2) el niño avisará cuando tenga un deseo irrefrenable de orinar, a lo que los padres pedirán que demore la micción durante unos cinco minutos (el tiempo inicial de retención servirá para establecer la línea base); 3) antes de ir al baño, reforzar el esfuerzo de retener; 4) durante la micción, aplicar ejercicios esfinterianos (relajar y contraer el flujo de orina) has-

ta concluir la micción, y 5) mantener el tratamiento hasta alcanzar catorce noches consecutivas de camas secas (Bragado, 2009).

El *sobreaprendizaje* persigue incrementar la ingesta de líquido, resultando especialmente útil para los casos de capacidad funcional reducida y para proporcionar ensayos adicionales de condicionamiento con el fin de fortalecer la respuesta condicionada durante la fase de tratamiento (Butler, 2001; Rodríguez-Parra, 2002).

En cuanto a la eficacia de los métodos conductuales descritos, sobresale el abrumador apoyo empírico hacia el método de la alarma. De modo similar, el entrenamiento en cama seca con alarma también ha demostrado su eficacia, pero con una menor eficiencia debido a la complejidad de la aplicación, lo que lo convierte en un método menos atractivo para la práctica clínica (Bragado, 2003). Además, distintas variables repercuten en la eficacia terapéutica en la enuresis: 1) la edad, que influye en el tratamiento, de modo que a menor edad mejor pronóstico de mejora, 2) el sexo, pues las niñas mejoran en mayor proporción que los ni-

ños, 3) la gravedad del trastorno o la comorbilidad, que afectan a los resultados del tratamiento, 4) el número de intervenciones anteriores sin éxito, y 5) la capacidad vesical reducida (Wolanczyk y cols., 2002).

La *farmacoterapia* ha sido ampliamente utilizada en el tratamiento de la enuresis infantil. Sin embargo, los efectos positivos a corto plazo, que contrastan con el considerable porcentaje de recaídas a largo plazo, el período de tiempo que hay que administrar la medicación para que realmente sea eficaz, y los efectos secundarios que pueden acompañar a esta medicación, hacen de la farmacoterapia un tipo de intervención aconsejable en casos específicos. Entre los fármacos empleados para el tratamiento de la enuresis destacan la desmopresina, la imiparamina y la oxibutina (Müller, Roer y Eggert, 2004).

Los estudios sobre el tratamiento conductual y farmacológico combinado concluyen que la administración de desmopresina potencia la eficacia del método de alarma, aunque se requiere de más investigación para alcanzar una conclusión definitiva.

6.5.2. Encopresis

La encopresis se define como la emisión repetida de heces en lugar inadecuado y de forma voluntaria o involuntaria (APA, 2001). Sin embargo, la definición de este trastorno es a veces difícil, al guardar relación con términos afines como ensuciamiento (situación donde pequeñas cantidades de materia fecal se escapan, aparentemente sin ningún control), incontinencia fecal (comprende tanto la encopresis como el ensuciamiento, que frecuentemente se asocian con el estreñimiento funcional), constipación (dificultad de obtener una evacuación espontánea, periódica y suficiente de la totalidad o parte del contenido del intestino grueso) y megacolon psicológico (asociado a estreñimiento funcional y retención de heces, que puede repercutir en un ensanchamiento excesivo del colon) (Bragado, 1998).

La clasificación de la encopresis se realiza en función de variables como la historia encopretica del

niño (primaria o secundaria) y la presencia o ausencia de estreñimiento (retentiva o no retentiva, pudiéndonos encontrar con encopresis con estreñimiento por rebosamiento o sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento (APA, 2001).

El 30 por 100 de los padres informa de estreñimiento en algún momento de los primeros años de vida de sus hijos. Esta situación a menudo es transitoria, pero en algunos casos evoluciona hacia el estreñimiento grave de larga duración, con megarrecto y derrame fecal por desbordamiento. Los datos epidemiológicos indican que la encopresis se presenta en aproximadamente el 1 por 100 de los niños, de 5 años con una mayor prevalencia en niños que en niñas (APA, 2001). Así, a los tres años, al 16 por 100 de los niños se les escapa las heces más de una vez por semana, porcentaje que se reduce a los cuatro años al 3 por 100. A los siete años la encopresis tiene una prevalencia del 2,3 por 100 en los niños y del 0,7 por 100 en las niñas, disminuyendo en ambos sexos a los 10-11 años, con una prevalencia de 1,3 por 100 en niños frente al 0,3 por 100 en niñas. Por último, a los 16 años la encopresis funcional es prácticamente inexistente (Hernández y Rodrigo, 2005).

Los niños encopreticos pueden subdividirse en tres grupos (Hersov, 1995):

1. Aquellos con control adquirido sobre sus esfínteres anales, pero que lo pierden temporalmente debido a una situación estresante (por ejemplo, separación de los padres, fallecimiento de un ser querido, inicio del colegio, etc.).
2. Aquellos que nunca han adquirido control sobre sus esfínteres anales por un problema físico o hábitos mal aprendidos.
3. Aquellos con reflejos intestinales normales, pero que sufren de retención y rebosamiento debido a un problema físico (por ejemplo, fisura anal) o por un problema de manipulación de la relación paterno-filial.

El tratamiento de la encopresis se fundamenta en la combinación de educación, pautas dietéticas, medidas higiénicas, terapia conductual con manejo de contingencias e intervención farmacológica.

La *educación* se centra en la explicación del por qué se escapan las heces, para lo cual puede servirse de dibujos o esquemas sencillos. La adecuada explicación de lo que sucede cuando el recto se llena a rebosar de heces y por qué el ano no informa sobre la necesidad de expulsar o retener puede facilitar la colaboración de los padres (Hernández y Rodrigo, 2005).

Las *pautas dietéticas adecuadas* contribuyen a un mejor tránsito intestinal, por lo que es apropiado modificar algunos hábitos nutricionales, que en algunos casos pueden sustituir al uso de laxantes, ofreciendo una respuesta más lenta pero al mismo tiempo más duradera (Mellon, Houts y Lazar, 1996). Marina (2003) recopila algunas estrategias fundamentadas en el aumento de la ingesta de líquidos por vía oral (agua, zumos), además del uso de alimentos ricos en fibra soluble (frutas, verduras y legumbres) e insoluble (cereales integrales, especialmente salvado de trigo), y la eliminación, al menos al comienzo, de alimentos astringentes como arroz, chocolate, zanahorias y manzanas o membrillo.

Las *medidas higiénicas defecatorias* consisten en un conjunto de acciones dirigidas a que el niño o el adolescente se sienten diariamente en el inodoro en los momentos de llenado, tras cualquiera de las tres comidas habituales, independientemente de que se identifique o no la necesidad de defecar. El niño se mantendrá en esa posición durante un máximo de diez minutos diarios para impedir las fijaciones o lesiones locales, evitando interrumpir esta práctica con motivo de viajes u otras circunstancias (Marina, 2003).

La *terapia de conducta* se ha centrado fundamentalmente en las técnicas operantes, con el objeto de enseñar las conductas requeridas para la defecación, instaurar hábitos rutinarios y organizar las condiciones ambientales a fin de que el niño aprenda pautas defecatorias. Para ello se ha empleado el manejo de contingencias (reforzamiento positivo y negativo, castigo —expresión verbal de disgusto, entrenamiento en limpieza, práctica positiva, coste de respuesta— y tiempo fuera de reforzamiento) (Bragado, 1998). Por su parte, el entrenamiento en hábitos rutinarios de defecación se ha realizado median-

te técnicas que comprenden el control estimular, el condicionamiento gastrointestinal, el reforzamiento positivo, la instigación y el desvanecimiento.

El *entrenamiento en biofeedback* se emplea en los casos de contracción paradójica del esfínter, con el fin de que el niño aprenda a relajar este músculo y controlar voluntariamente la expulsión de las heces (Comeche, 2005).

El *tratamiento médico* estándar de los casos más graves de estreñimiento en la infancia es retirar las heces impactadas de los intestinos mediante el uso de laxantes orales o rectales, y posteriormente mantener los movimientos regulares del intestino con la administración continuada de laxantes. Los más recomendados en pediatría son los osmóticos o lubricantes, cuya eficacia se ha demostrado en la mayoría de niños con estreñimiento leve, mientras que aquellos con estreñimiento crónico grave, a menudo con encopresis por desborde, requerirán de una prescripción concomitante de laxantes estimulantes (Price y Elliott, 2008).

Desafortunadamente, a diferencia de la enuresis, el tratamiento de la encopresis todavía requiere de más apoyo empírico, debido a la falta de procedimientos específicos bien establecidos. Del mismo modo, la combinación de distintas técnicas sólo alcanza la calificación de «probablemente eficaz» (Bragado, 2003).

6.6. CONCLUSIÓN

La adquisición de los hábitos básicos de autonomía personal es fuente de preocupación para los padres, por su carácter de hito evolutivo que el niño alcanza a través de su madurez cognitiva, emocional y social. Por ello, desde la Psicología y la Pediatría se han elaborado estrategias para guiar a los padres en este proceso del desarrollo, las cuales se clasifican, en general, como programas orientados a los padres y dirigidos a los niños.

Sin embargo, en algunos casos, este proceso de adquisición se dificulta o interrumpe por la aparición de problemas de madurez cognitiva o emocional, por la propia acción de los padres, por la presencia de ambientes desestructurados u otras causas,

desembocando en trastornos que requieren de un tratamiento psicológico especializado.

Los trastornos del sueño, de la conducta alimentaria o del control de esfínteres son ejemplos desta-

cados de problemas que tienen su origen en la infancia o la adolescencia y que, en algunos casos, afortunadamente los menos, se perpetúan más allá de estas edades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amigo, I. y Errasti, J. (2006). *¡Quiero chuches!* Bilbao: Desclée de Brouwer.
- APA (2001). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Aranceta, J., Pérez, C., Serra, L. y Delgado, A. (2004). Hábitos alimentarios de los alumnos usuarios de comedores escolares en España. Estudio «Dime cómo comes». *Atención Primaria*, 33, 131-139.
- Bakker, E. y Wyndaele, J. J. (2000). Changes in the toilet training of children during the last 60 years: the cause of an increase in lower urinary tract dysfunction? *British Journal of Urology International*, 86, 248-252.
- Barone, J. G., Jasutkar, N. y Schneider, D. (2009). Later toilet training is associated with urge incontinence in children. *Journal of Pediatric Urology*, 5, 458-461.
- Blum, N. J., Taubman, B. y Nemeth, N. (2010). Relationship between age initiation of toilet training and duration of training: a prospective study. *Pediatrics*, 111, 810-814.
- Bolaños, P. (2009). La educación nutricional como factor de protección en los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 10, 1069-1086.
- Bragado, C. (1998). *Encopresis*. Madrid: Pirámide.
- Bragado, C. (2003). Guía de tratamientos eficaces para la enuresis y la encopresis. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (eds.), *Guía de tratamientos eficaces III: infancia y adolescencia* (pp. 151-181). Madrid: Pirámide.
- Bragado, C. (2009). *Enuresis nocturna*. Madrid: Pirámide.
- Brazelton, T. B. y Sparrow, J. D. (2004). *Cómo dejar los pañales: el método Brazelton*. Barcelona: Medici.
- Brazelton, T. B., y Sparrow, J. D. (2007). *Alimentación en la primera infancia*. Barcelona: Medici.
- Butler, R. J. (2001). Management of nocturnal enuresis. *Current Paediatrics*, 11, 126-129.
- Choby, B. A. y George, S. A. (2008). Toilet training. *American Family Physician*, 78, 1059-1064.
- Comeche, M. I. (2005). Trastornos de la eliminación: enuresis y encopresis. En M. I. Comeche y M. A. Vallejo (eds.), *Manual de terapia de conducta en la infancia* (pp. 305-348). Madrid: Dykinson.
- Comellas, M. J. (2000). *Los hábitos de autonomía. Proceso de adquisición*. Madrid: CEAC.
- Estivill, E. (1997). Insomnio infantil por hábitos incorrectos. *Revista de Neurología*, 25, 1429-1433.
- Ferber, R. (1993). *Solución de los problemas de sueño de su hijo*. Barcelona: Medici.
- García, E. y Bach, L. (1999). Preferencias y aversiones alimentarias. *Anuario de Psicología*, 30, 55-77.
- Gavino, A. (1995). *Problemas de alimentación en el niño*. Madrid: Pirámide.
- Haslam, D. (1985). *Trastornos del sueño infantil*. Barcelona: Martínez Roca.
- Hernández, R. y Rodrigo, M. (2005). *Curso de Psiquiatría infantil*. Disponible en: http://www.sepeap.org/images/secciones/Image/_USER_/Ps_inf_trastornos Eliminacion_enuresis_encopresis.pdf [Fecha de descarga: 15/11/2010].
- Hersov, L. (1995). Faecal soiling. En M. Rutter, E. Taylor y L. Hersov (eds.), *Child and Adolescent Psychiatry: Modern approaches* (pp. 520-528). Oxford: Blackwell.
- López, C. (2004). *La alimentación de tus niños*. Madrid: Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Marina, C. (2002). Estreñimiento y encopresis. *Pediatría Integral*, 7, 55-60.
- Mellon, M. V., Houts, A. C. y Lazar, L. F. (1996). Treatment retentive encopresis with diet modification and scheduled toileting vs. mineral oil and rewards for toileting: a clinical decision. *Ambulatory Child Health*, 1, 214-222.
- Mindell, J. A., Kuhn, B., Lewin, D. S., Meltzer, L. J. y Sadeh, A. (2006). Behavioral Treatment of Bedtime Problems and Night Wakings in Infants and Young Children. *Sleep*, 29, 1263-1276.
- Mota, D. M. y Barros, A. J. D. (2008a). Toilet training: methods, parental expectations and associated dysfunctions. *Jornal de Pediatria*, 84, 9-17.
- Mota, D. M. y Barros, A. J. D. (2008b). Toilet training: situation at 3 years of ages in a birth cohort. *Jornal de Pediatria*, 84, 455-462.

- Mota, D. M., Barros, A. J. D., Matijasevich, A. y Santos, I.S. (2010). Longitudinal study of sphincter control in a cohort of Brazilian children. *Jornal de Pediatria*, 86, 429-434.
- Müller, D., Roehr, C. C. y Eggert, P. (2004). Comparative tolerability of drug treatment for nocturnal enuresis in children. *Drug Safety*, 27, 717-727.
- Price, K. J. y Elliott, T. M. (2008). Laxantes estimulantes para el estreñimiento y la encopresis en niños (Revisión Cochrane traducida). En *La Biblioteca Cochrane Plus*, n.º 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Restrepo, S. L. y Maya, M. (2005). La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar: un acercamiento a la cotidianidad. *Boletín de Antropología*, 19, 127-146.
- Rodríguez-Parra, M. J. (2002). Efectividad de la práctica positiva y sobreaprendizaje en el tratamiento de la enuresis nocturna. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 289-306.
- Sadeh, A. (2005). Cognitive behavioral treatment for childhood sleep disorders. *Clinical Psychology Review*, 25, 612-628.
- Schum, T. R., Kolb, T. M., McAuliffe, T. L., Simms, M. D., Underhill, R. L. y Lewis, M. (2002). Sequential acquisition of toilet-training skills: a descriptive study of gender and age differences in normal children. *Pediatrics*, 109, e48.
- Villó, N., Kheiri, I., Mora, T., Saucedo, C. y Prieto, M. (2002). Hábitos del sueño en niños. *Anales Españoles de Pediatría*, 57, 127-130.
- Wolanczyk, T., Banasikowska, I., Zlotkowski, P., Wisniewski, A. y Paruszkiewicz, G. (2002). Attitudes of enuretic children towards their illness. *Acta Paediatrica*, 91, 844-848.
-

Intervención en los miedos y en la ansiedad por separación en la infancia

7

MIREIA ORGILÉS
FRANCISCO XAVIER MÉNDEZ
JOSÉ P. ESPADA

7.1. MIEDOS Y ANSIEDAD POR SEPARACIÓN EN LA INFANCIA

Las emociones positivas, como el amor y la alegría, contribuyen al bienestar de la persona. Por el contrario, las emociones negativas, como el miedo y la ansiedad, se experimentan con desagrado. Si generan malestar, ¿cuál es su función? El pinchazo muscular que siente el futbolista en la cara posterior del muslo le aconseja pedir la sustitución, evitando una lesión grave. De la misma forma que el dolor avisa del daño biológico, el miedo y la ansiedad son un eficaz sistema de alarma psicológico que alerta de las amenazas para la integridad física o para el bienestar de la persona.

El miedo y la ansiedad son el «guardaespaldas» del niño. El temor a los desconocidos y la ansiedad por separación, presentes en los primeros meses de vida, se intensifican con la adquisición de la locomoción y de otras conductas de independencia, lo que impulsa al niño pequeño a moverse sin perder de vista a los padres, impidiendo que la curiosidad y los deseos de jugar le alejen demasiado, con riesgo de extraviarse o sufrir algún percance. Por tanto, la proximidad y el contacto físico con los padres cumple las funciones de: *a)* protección de potenciales peligros; *b)* dispensa de los cuidados básicos, y *c)* estimulación del desarrollo.

Desde una perspectiva evolutiva, el miedo a los desconocidos y la ansiedad por separación son fenómenos beneficiosos, que se extinguen de forma natural a medida que el niño crece, madura y se desarrolla biológica, psicológica y socialmente. Así

pues, el mecanismo resulta ventajoso en los primeros años de vida; sin embargo, si se consolida y persiste, se convierte en una rémora para el desarrollo infantil y repercute negativamente en la familia, convirtiéndose en problema.

El miedo y la ansiedad pierden la utilidad cuando la reacción infantil es:

- a) Excesiva.* El estímulo no es peligroso ni amenazador. Es irracional temer situaciones o animales inofensivos, como la oscuridad o las arañas. Si existe posibilidad de que la situación acarree consecuencias aversivas (por ejemplo, una extracción dental puede causar pequeñas molestias o un examen puede salir mal), el problema radica en la elevada intensidad de la respuesta, que es desproporcionada para el bajo grado de riesgo; así, en un problema de ansiedad ante los exámenes, el escolar brillante se queda con la mente en blanco, a pesar de haber estudiado y repasado a fondo la materia.
- b) Perjudicial.* El miedo y la ansiedad excesivos causan malestar y preocupación, alteran la vida diaria y afectan negativamente al desarrollo personal, al ambiente familiar, al rendimiento académico o a las relaciones sociales.

En los primeros meses de vida se observan signos de miedo y ansiedad en el bebé. Alrededor de la séptima semana manifiesta ansiedad al separarlo de las personas en general, y en torno al séptimo mes

de los padres en particular. Se calma y cesa de llorar cuando tiene molestias, por lo menos unos instantes, al oír la voz de los padres o, por el contrario, pierde el apetito y se altera el sueño si los padres están ausentes mucho tiempo. Hacia el final del primer año se acentúa el miedo a los desconocidos. Hasta entonces sonríe a cualquier persona simpática y cariñosa, pero a partir de ese momento interrumpe la sonrisa, mira con recelo, desvía la mirada y llora al acercarse un extraño. Incluso se muestra precavido y reservado al ver de nuevo caras de personas conocidas después de cierto tiempo; por ejemplo, al despertarse de la siesta y ver a alguien que no esperaba, como la abuela o la empleada de hogar, expresa disgusto y busca ansiosamente con la mirada a los padres en demanda de seguridad.

Los miedos varían con la edad. Así, el desarrollo cognitivo facilita la remisión espontánea del miedo

TABLA 7.1

El miedo es un sistema psicológico de alarma

		RESPUESTA	
		El niño reacciona con miedo	El niño reacciona sin miedo
E S T Í M U L O	La situación sí es peligrosa	Alarma activada <i>Niño prudente, cauteloso</i>	Alarma fallida <i>Niño imprudente, temerario</i>
	La situación no es peligrosa	Alarma falsa <i>Niño miedoso, temeroso</i>	Alarma desactivada <i>Niño valiente, animoso</i>

TABLA 7.2

Evolución de los miedos infantiles

EDAD	MIEDOS
0-2 años	Pérdida brusca de la base de sustentación, ruidos fuertes, alturas, desconocidos, separación de los padres, heridas, animales, oscuridad, tormentas, agua.
3-5 años	<i>Disminuyen:</i> pérdida del soporte, desconocidos. <i>Persisten:</i> ruidos fuertes, separación, animales, oscuridad. <i>Aumentan:</i> daño físico, personas disfrazadas o con aspecto extraño.
6-8 años	<i>Disminuyen:</i> ruidos fuertes, personas con aspecto extraño. <i>Persisten:</i> separación, animales, oscuridad, daño físico. <i>Aumentan:</i> seres imaginarios (brujas, fantasmas, extraterrestres, etc.), tormentas, soledad, escuela.
9-12 años	<i>Disminuyen:</i> separación, oscuridad, seres imaginarios, soledad. <i>Persisten:</i> animales, daño físico, tormentas. <i>Aumentan:</i> escuela (exámenes, suspensos), apariencia física, relaciones sociales, muerte.
13-18 años	<i>Disminuyen:</i> tormentas. <i>Persisten:</i> animales, daño físico. <i>Aumentan:</i> escuela, apariencia física, relaciones sociales, muerte.

a las criaturas imaginarias malévolas, como las brujas, los monstruos o los fantasmas. También disminuyen miedos muy característicos, como los ruidos fuertes o la oscuridad y la ansiedad por separación. Por el contrario, se mantienen los miedos médicos y aumentan los miedos escolares (Méndez, 2010).

Los estudios epidemiológicos resaltan la gran demanda asistencial para los problemas de ansiedad en la infancia que se produce en las Unidades de Salud Mental (Echeburúa y Corral, 2009). Más del 40 por 100 de la población infantil presenta miedos y ansiedad por separación, que pueden originar di-

ficultades y problemas emocionales por el malestar que causan al niño y a su familia. Según un estudio con 3.043 escolares de 7 a 17 años, en el que el miedo excesivo se definió operacionalmente como dos veces la desviación estándar por encima de la media de un inventario de miedos, el 3,5 por 100 presenta miedo excesivo, y las niñas (5,2 por 100) más del doble que los niños (1,9 por 100) (Méndez, Inglés, Hidalgo, García-Fernández y Quiles, 2003). En la tabla 7.3 se ofrece la frecuencia de los principales miedos excesivos en la infancia y la magnitud de las diferencias de género (d).

TABLA 7.3

Frecuencia de los miedos excesivos y diferencias de género

Miedos	Muestra	Niñas	Niños	Diferencia
Animales Ejemplo de ítem: <i>Ver u oír a un perro</i>	6,15 %	9,92 %	2,56 %	0,34 (pequeña)
Médicos Ejemplo de ítem: <i>Que me pongan una inyección</i>	5,85 %	7,36 %	4,42 %	0,41 (pequeña)
Fenómenos naturales Ejemplo de ítem: <i>Oír ruidos fuertes</i>	4,86 %	7,02 %	2,82 %	0,51 (mediana)
Soledad-fantasia Ejemplo de ítem: <i>Estar solo a oscuras</i>	3,75 %	1,86 %	5,74 %	0,68 (mediana)

Utilizando el mismo criterio operacional, una investigación con 1.407 niños, de 8 a 12 años, halla el 3,9 por 100 con ansiedad por separación excesiva; el porcentaje es mayor en las niñas, aunque la diferencia es muy pequeña. Las preocupaciones más frecuentes se refieren a que sufran un accidente, a la salud o a que les pase algo malo a los padres (Orgilés, Espada, García-Fernández, Méndez e Hidalgo, 2011).

La elevada frecuencia de los miedos y de la ansiedad por separación en la infancia se explica por la interacción de múltiples factores:

a) Preparación de la especie humana

El organismo está biológicamente preparado para condicionar respuestas emocionales a estímulos amenazadores para la especie. El hecho de que uno de cada tres niños en edad preescolar se queje

de miedo a la oscuridad, se justifica hasta cierto punto filogenéticamente porque, al carecer los homínidos de visión nocturna, los ataques de los depredadores eran más peligrosos por la noche.

b) Vulnerabilidad infantil

La inhibición conductual (Lonigan, Vasey, Phillips y Hazen, 2004), la sensibilidad a la ansiedad (Sandín, Chorot, Valiente y Santed, 2002) y el apego inseguro (Spence, 2001) se relacionan directamente con los miedos y la ansiedad por separación de la infancia.

c) Influencias familiares

Los estudios familiares de «arriba-abajo», que evalúan a los hijos de padres con trastornos de an-

siedad, y de «abajo-arriba», que evalúan a los padres y a otros familiares directos de niños con trastornos de ansiedad, sugieren que la ansiedad es de algún modo un «asunto de familia». La genética explica sólo un pequeño porcentaje de varianza; mucho más influyentes son los factores ambientales, como la educación sobreprotectora (Méndez, Orgilés y Espada, 2008).

d) *Experiencias de aprendizaje*

Los factores anteriores aumentan el riesgo, pero la variable crucial son las experiencias de aprendizaje. Existen varias vías de adquisición y mantenimiento de los miedos y de la ansiedad por separación:

- *Condicionamiento clásico*. Experiencias aversivas directas, como la mordedura de un perro o el ingreso en la UCI de uno de los padres.
- *Condicionamiento operante*. Por un lado, el reforzamiento positivo de las conductas de aferramiento, y negativo de las conductas de escape y evitación de la separación; por otro, la falta de estimulación, la extinción y el castigo de las conductas de independencia y autonomía.
- *Aprendizaje social*. La observación de accidentes en la televisión y en el cine, el miedo a la oscuridad del hermano, la ansiedad por separación de los padres, etc., «contagian» los problemas emocionales.
- *Aprendizaje cognitivo*. Las noticias en la radio de atentados terroristas, los cuentos y las historias de terror, los mensajes sobre el dolor producido por el dentista, y otras informaciones sobre el peligro de las situaciones temidas y de la separación de los padres.

7.2. INTERVENCIÓN EN LOS MIEDOS INFANTILES

Los padres relatan o leen cuentos y juegan con sus hijos. Estas actividades familiares, llevadas a cabo adecuadamente, aceleran el proceso natural de

extinción de los miedos infantiles en el curso del desarrollo, como fruto de la maduración y del aprendizaje, impidiendo la consolidación y el agravamiento que los convierten en problema para el niño y su familia por las repercusiones negativas.

7.2.1. Cuentos

En los cuentos intervienen personajes malvados como brujas, gigantes, dragones, etc., que buscan infligir daño a los niños protagonistas, por ejemplo el lobo feroz a Caperucita Roja, el ogro a Pulgarcito o la madrastra a Blancanieves y a Cenicienta. Las criaturas fantásticas, los animales y los seres humanos malvados dan emoción al relato, pero los mensajes atemorizadores que transmiten asustan a los más pequeños y vulnerables, especialmente si los padres dramatizan la narración profiriendo alaridos, dando golpes inesperados y haciendo movimientos bruscos.

Del mismo modo que las historias de terror producen miedo, los relatos pueden tranquilizar y ayudar a superar los temores infantiles. Desde la perspectiva cognitivo-conductual, los cuentos relacionados con los miedos infantiles constituyen una forma de exposición en la imaginación basada en el contra-condicionamiento (relato emocionante, contraposición de escenas agradables y temidas, graduación de los estímulos temidos), la manipulación de consecuencias (historia divertida, recompensas a los buenos y castigos a los malos, final feliz), el aprendizaje social (modelado simbólico de afrontamiento) y cognitivo (autoinstrucciones de coraje o reestructuración cognitiva).

7.2.1.1. *Literatura infantil*

Por fortuna, constantemente se publican cuentos interesantes y útiles para ayudar a los niños a vencer el miedo, por lo que se aconseja consultar los catálogos más recientes de las colecciones infantiles.

El argumento de *Óscar y el león de Correos*, de Vicente Muñoz Puelles (2009), ganador del Premio Nacional de Literatura Infantil y Juvenil, es el siguiente:

Óscar tiene seis años y sólo teme dos cosas en la vida: a la criatura de la noche, un monstruo fruto de su imaginación que se esconde en cualquier rincón de su habitación, y al león de Correos, un buzón que hay cerca de casa y que tiene la cabeza bruñida de la fiera. Óscar es presumido y le da vergüenza que conozcan sus miedos. Por eso, cuando su madre le manda por primera vez a echar una carta, no rechista y obedece. Pero el león le asusta cada vez más; las fauces por las que entran las cartas, llenas de dientes, parecen hambrientas, devoradoras, y los ojos brillan con ferocidad. Vencido por el miedo, Óscar decide guardar las siguientes cartas y no enviarlas, pero como sus padres empiezan a sospechar lo que ocurre, decide engañar al león, metiéndole caramelos para saciar su hambre antes de echar las cartas. El empleado de Correos sorprende a Óscar frente al buzón, y le lleva dentro del edificio para enseñarle cómo funciona la recogida de cartas. El niño se da cuenta entonces de que el león no es más que una máscara de hierro, y acaba perdiendo el miedo que hasta ese momento tanto le angustiaba.

Después de la lectura se recomienda realizar actividades lúdicas, por ejemplo pedir al niño que dibuje sus miedos en una hoja de papel y los introduzca en un «buzón», una caja de cartón con una hendidura que coincide con la boca de una cabeza de león pintada, para no volver a tener miedo.

7.2.1.2. Historias ad hoc

Los autores no son escritores, sino psicólogos que crean el cuento basándose en los principios de la modificación de conducta.

La versión de 2009 de *El tío Pies Ligeros*, escrito por Mary G. Coffman e ilustrado por D. C. Dusevitch, tiene 124 páginas divididas en veinticinco cortos capítulos.

Narra la historia de Miguel, un niño cuyo miedo a la oscuridad le impide dormir fuera de casa con sus amigos, le impulsa a despertar a sus padres por las noches molestándoles y le causa profundo malestar. Su amigo Jerónimo le llama miedica y gallina. Los padres piden ayuda a un viejo amigo de la familia, el tío Pies Ligeros, un profesor jubilado que vive en una granja. El tío Pies Ligeros, descendiente de la valerosa tribu india Creek, conoce los

secretos y los juegos que pueden ayudar a Miguel. Isabel, una vecinita ciega, apodada Pequeña Nutria, ha vencido su miedo al agua utilizando los mismos secretos y juegos, y está dispuesta a echarle una mano a Miguel. Incluso Lady, la perra de la granja, también quiere jugar con Miguel y asegurarse de que duerme a pierna suelta por las noches. El cuento describe cómo Miguel supera paso a paso el miedo a la oscuridad con la ayuda de los secretos y de los juegos que le enseña el tío Pies Ligeros.

El cuento se acompaña de una guía para padres, con instrucciones para la lectura y los juegos (véase 7.2.2.2. *Juegos de valor*). El resumen del cuento y de las instrucciones a los padres se puede consultar en el caso de un niño de seis años, que tenía pesadillas y se desvelaba por las noches (Méndez, Orgilés y Espada, 2009). Santacruz, Méndez y Sánchez-Meca (2006) realizaron un estudio en el que participaron 78 niños con fobia a la oscuridad, de edad media seis años y medio, de ambos géneros, encontrando que el cuento *El tío Pies Ligeros* y los juegos, aplicados por los padres en el hogar, suponían una intervención eficaz en comparación con un grupo de control.

7.2.2. Juegos

Aunque se explique la lógica y las ventajas de la intervención, el carácter aversivo de la exposición in vivo propicia la reacción negativa del niño que, a diferencia del adulto, se opone y rechaza la «medicina» amarga de tomar. El juego ayuda a superar este obstáculo de dos formas:

- a) Los juegos divertidos funcionan como *actividades reforzadoras*, que motivan a exponerse in vivo a los estímulos temidos.
- b) Los juegos emocionantes suscitan *respuestas inhibitorias de la ansiedad*, que reducen el malestar y rompen la espiral «sobreactivación vegetativa o conducta de evitación».

Por otro lado, los padres valoran positivamente el juego, que consideran educativo y beneficioso para el desarrollo infantil.

7.2.2.1. Juegos de rol

La facilidad para fantasear, la propensión a imitar y el deseo de ser mayor del niño se aprovechan para superar los miedos a través de juegos de representación de papeles. Del mismo modo que el actor de teatro o de cine interpreta el personaje con el mayor realismo posible, el niño actúa *como si* de verdad fuera otra persona. El objetivo es vencer la oposición infantil a exponerse a los estímulos temidos, utilizando el juego como agente motivador. El juego puede ser libre, como el de los médicos, el de los maestros, el de los peluqueros, etc., o estructurado, como las escenificaciones emotivas, que exigen mayor supervisión del psicólogo de familia.

En el *juego de los médicos* se entrega un botiquín de primeros auxilios con material sanitario: algodón, tiritas, gasas, vendas, esparadrapo, agua oxigenada, alcohol, mercurocromo, yodo, jeringuillas, tijeras, pinzas, termómetro, fonendoscopio, esfigmomanómetro, etc., para que juegue haciendo de enfermero con un muñeco de trapo al que tiene que curar. Así, los padres pueden jugar con su hijo para prepararle antes de la administración de una vacuna. Le frotan el brazo con un algodón empapado en alcohol para que se habitúe al olor y a la sensación de frescor. Luego ejercen una presión creciente contra la piel con un mondadientes redondo y riendo le dicen que ese pinchazo es como el de la inyección.

En el *juego de los maestros* el niño es el profesor, y éste y los padres son los alumnos. La inversión de papeles es muy atractiva y el niño disfruta dando órdenes a, en vez de recibirlas de, las figuras de autoridad. La actividad se desarrolla en el aula fuera del horario escolar y promueve la cooperación entre los padres y el maestro. Está indicado con los niños que tienen dificultad para adaptarse al contexto escolar.

Los roles dependen del problema emocional específico. Así, para superar el miedo a los ruidos fuertes, la niña pequeña juega a secar el pelo de una muñeca mientras los padres se lo secan a ella con el temido secador. Al terminar la felicitan y le entregan un reforzador material por ganar el concurso de peluquería.

Las *escenificaciones emotivas* se basan en héroes o protagonistas de películas infantiles, series televisivas, dibujos animados o tebeos, que agradan y sus-

citan la admiración del niño. Una vez seleccionado el tema se reparten los papeles, por ejemplo Aladino (niño) o Jasmine (niña) o la sultana (madre), el genio de la lámpara (padre) el monito Abú (hermano mayor). Se colocan cartulinas en el dintel de las habitaciones: Bazar de Agrabah, Cueva de las Maravillas, País de los Seres Imaginarios, Reino de Góndor, Isla del Capitán, etc. El juego se inicia en un sitio completamente iluminado y seguro, como la Alfombra Mágica (salón). La sultana encarga a Aladino la custodia del tesoro en lugares cada vez más alejados y oscuros (pasillo, dormitorio, aseo, etc.), durante tiempos más prolongados (diez segundos, medio minuto, un minuto, dos minutos, etc.). Si lleva a cabo la tarea encomendada le felicita y le entrega la recompensa, por ejemplo una pieza del puzzle de Aladino. Si no supera el miedo, llama al genio, el cual acude en su auxilio, le tranquiliza, le anima a cumplir la misión y realiza la tarea para que le observe y le imite. Con niños poco motivados se puede utilizar una economía de fichas sencilla. Es importante que la familia conozca la trama para que el juego resulte creíble y el niño «se meta» en el papel.

Aunque se desarrollaron en el contexto clínico, las escenificaciones emotivas han sido adaptadas con éxito para la aplicación en el hogar por los padres (Orgilés, Méndez y Espada, 2005a). Méndez, Olivares y Ros (2010) ofrecen instrucciones detalladas para este juego de rol. Orgilés, Méndez y Espada (2005b) analizaron los componentes de las escenificaciones emotivas en una intervención a través de los padres, con 85 niños con fobia a la oscuridad, de edad media 6 años y 3 meses y ligero predominio del género femenino, hallando que el reforzamiento material y el juego eran más eficaces que el modelado.

7.2.2.2. Juegos de valor

La exposición gradual en vivo a los estímulos temidos se lleva a cabo a través de una serie de actividades divertidas.

Los juegos de *El tío Pies Ligeros*, excepto el de la marioneta, que es una variante para niños del entrenamiento en relajación muscular progresiva, constituyen una exposición a situaciones de mayor oscuridad cada vez más tiempo. El objetivo es ex-

tinguir el miedo asociando estímulos temidos de intensidad leve, que se incrementa progresivamente, con experiencias positivas propias de actividades lúdicas emocionantes y divertidas.

1. La marioneta

En el dormitorio, con la luz encendida, los padres enseñan al niño a relajarse mediante ejercicios de tensión-distensión de los músculos de los brazos, la frente, los ojos, la boca, el cuello, los hombros, la espalda, el pecho, el estómago y las piernas, con la ayuda de una marioneta. Sentados cómodamente en sillas, a la señal «tensa» tiran hacia arriba de los hilos para que la marioneta se estire, y a la señal de «relaja» sueltan despacio los hilos para que la marioneta regrese a la posición de reposo. A continuación el niño pronuncia las palabras clave y los padres actúan como la marioneta, modelando la relajación, y viceversa, los padres ordenan tensar-relajar y el niño imita los movimientos observados. La secuencia se repite con todos los grupos musculares. Después se practica la respiración, inspirando lenta y profundamente por la nariz, llenando el diafragma de aire como si el estómago fuera un globo que se infla, reteniendo el aire unos segundos y espirando suavemente por la boca; al soltar el aire se repite mentalmente «r-e-l-a-x-x-x-x-x», «r-e-l-a-x-x-x-x-x»... Finalmente, se ejercita la visualización de imágenes mentales relajantes, como estar tumbado en una playa tranquila, contemplando el cielo azul límpido, escuchando el rumor apacible del mar en calma, oliendo el perfume de la brisa marina, sintiendo el frescor agradable del ambiente en la piel y saboreando la paz y la serenidad del momento. Una vez que el niño ha aprendido, se practica la relajación sin tensión, junto a la respiración y la visualización, en la posición de tumbado en la cama.

2. La gallina ciega

En el dormitorio, con la luz encendida, los padres, con los ojos vendados, buscan a tientas al niño hasta atraparlo. Luego intercambian los papeles. Le advierten que se mueva con cuidado para no tropezar ni golpearse. La primera vez se dejan pillar rá-

pidamente. Luego van alargando el tiempo hasta que les coge, felicitándole y, si se estima oportuno, entregándole un reforzador coleccionable, como una pieza de rompecabezas, un naipe de baraja infantil, una cuenta de collar, etc. También se pueden entregar fichas canjeables por reforzadores de apoyo.

3. La búsqueda del tesoro

En el dormitorio, con la luz encendida, los padres colocan un pequeño reforzador material encima de la cama. Se sitúan a la entrada de la habitación, vendan los ojos al niño y le piden que entre a buscar el regalo que hay en la cama. Cuando lo encuentre debe salir al pasillo, quitarse la venda de los ojos y abrir la sorpresa oculta dentro de un vistoso envoltorio, mientras los padres dan muestras de alegría y cariño. Cada vez esconden el tesoro en sitios más recónditos, debajo de la cama, dentro del ropero, etc., y dan pistas menos claras o no informan sobre su ubicación. Posteriormente este juego se puede realizar también con la luz apagada.

4. Las sombras chinescas

En el dormitorio, con la luz encendida, los padres enseñan a componer siluetas de animales como el burro, el conejo, el gato, el perro, etc., con las manos. Si la destreza manual del niño (o de los padres) es pobre, se copian las siluetas en una cartulina y se recortan. Se apaga la luz y se forman sombras chinescas en la pared proyectando el haz luminoso de una linterna o lamparita. Los padres compiten con el niño para formar la figura más artística. Como en los juegos anteriores, se administra reforzamiento social y material.

5. La bella durmiente

En el dormitorio, con la luz encendida, el niño se sienta en la alfombra con las piernas cruzadas y espera. Cuando los padres avisan desde fuera, «¡ya voy!», se levanta, se acuesta en la cama, apaga la luz y simula dormir. Los padres aguardan hasta observar por la rendija de la puerta que ha apagado la luz. Entonces entran en la habitación, se acercan

lentamente, le besan y encienden la luz como si fuera la hora de despertar. Los tiempos de exposición a la oscuridad aumentan gradualmente, ya que los padres tardan cada vez más en entrar a la habitación para despertar al niño, a quien proporcionan reforzadores sociales y materiales.

6. Los sonidos de los animales

En el dormitorio, con la luz apagada, el niño se tumba en la cama. Desde la entrada de la habitación los padres emiten sonidos como trinos de pájaro, cacareos de gallina, maullidos de gato, balidos de oveja, mugidos de vaca, etc., y el niño tiene que adivinar de qué animal se trata. Felicitan efusivamente los aciertos y proporcionan reforzadores materiales o fichas: «¡¡¡GE-NI-AL, GE-NI-AL, ANA!!! Has ganado otro punto. El siguiente animal es difícil, a ver si lo aciertas». Los padres dejan transcurrir cada vez más tiempo en silencio. Si el niño protesta, responden «un momento, estoy pensando». Los sonidos deben ser suaves y dulces, de mascotas o animales domésticos, evitando los rugidos fieros, los berridos estruendosos o cualquier vocalización que, por su intensidad, brusquedad o naturaleza, asuste.

7. El escondite

En el dormitorio, con la luz apagada, la familia juega al escondite. Cada vez los padres se esconden en sitios más difíciles o tardan más tiempo en pillar al niño. Si fingen no encontrarle y pasan de largo, es posible que susurre «por aquí, por aquí», «caliente, caliente» o «frío, frío», tosa, carraspee, etc. Los padres aplican la extinción, ignorando las pistas y buscando como si no hubieran oído. Si sube el volumen, de forma que es imposible hacerse el sordo, y le recuerdan la regla de que el escondite es un juego de mudos. La zona de juego se puede ampliar a otras habitaciones con la luz apagada. Como en los juegos precedentes, se proporciona reforzamiento social y material.

8. Persecución en la noche

Con las luces de la casa apagadas, el niño en su dormitorio y los padres en el salón produciendo rui-

do con un sonajero, un bote de cocina con garbanzos, etc. El niño, guiándose por el ruido, busca a los padres encendiendo luces a su paso. Si tiene miedo, se le indica que permanezca quieto en su habitación haciendo ruido mientras los padres se mueven a oscuras por la casa hasta encontrarle. Con los juegos en los que hay inversión de papeles, se puede dar a elegir al niño, por ejemplo en el escondite: «¿prefieres pagar tú primero o quieres que empiece yo?». Progresivamente se aumenta la dificultad del juego introduciendo variaciones, como situarse en estancias más alejadas, desplazarse por la casa en vez de permanecer en el mismo sitio, atenuar la cadencia del sonido, no permitir encender ninguna luz, etc.

Los juegos se relacionan con el argumento del cuento *El tío Pies Ligeros*. Así, Miguel se despierta contento y satisfecho por atreverse finalmente a dormir con la luz apagada. A la noche siguiente escucha ruidos sospechosos al acostarse, pero controla su miedo y avanza a oscuras por la granja encendiendo las luces para aclarar el misterio. Estalla de risa al descubrir la causa de los siniestros ruidos. La perra Lady ha estado trasteando en la cocina para conseguir alimento, con la mala fortuna de que su hocico se ha quedado encajado en un paquete de cereales y corre espantada por toda la casa agitando nerviosamente la cabeza para librarse de la molestia. El cuento y los juegos pueden concluir con una fiesta alegre y divertida en la que se entregue el premio final a cambio de las fichas ganadas.

La olimpiada de los valientes incluye instrucciones, ensayo de conducta, retroalimentación, reforzamiento social y material con criterio cambiante y extinción. El juego se plantea como un reto al valor del niño, que debe batir el récord de valentía (Méndez, 2011). El niño entra en su cuarto y se sienta tranquilamente en la cama junto al interruptor de la luz acompañado de sus padres. Los padres le dicen: «Vamos a hacer una prueba. Nosotros salimos ahora de la habitación y entornamos la puerta. Cuando oigas “¡YA!” apagas la luz y si sientes miedo la enciendes. ¿Has entendido?». Los padres abandonan el dormitorio, dan la señal convenida y ponen el cronómetro en marcha en el momento en que comprueban por la rendija de la puerta que el niño apaga la luz. Cuando enciende la luz paran el cro-

nómetro y anotan el tiempo, por ejemplo 20 segundos, con un rotulador negro en un termómetro gigante dibujado en una cartulina colocada verticalmente en el pasillo justo enfrente de la puerta de la habitación (línea base). A continuación le dan permiso para salir. Los padres le indican: «¿Ves el termómetro de valor? Has aguantado 20 segundos tú solo a oscuras. Ahora vuelve a entrar e intenta superar esa marca».

A partir de ese momento comienzan los juegos olímpicos. Mientras el niño se encuentra en la situación temida se le anima a resistir. Si supera los 20 segundos, los padres anotan en el termómetro la ganancia con un rotulador de colores vivos para resaltar el récord, de modo que al abandonar el cuarto recibe la grata sorpresa de ver el tiempo extra que ha permanecido en la oscuridad. Los padres le felicitan con la misma efusividad que si fuera un atleta que bate el récord mundial de levantamiento de peso. Si se diera esa situación de verdad, los padres se sentirían tremendamente orgullosos de su hijo y, además de exclamar ¡¡¡prueba superada, récord batido!!!, explotarían de alegría, saltarían de gozo, lanzarían vítores, prorrumpirían en frases de admiración, ¡bravo, campeón!, ¡enhorabuena!, ¡sabíamos que lo lograrías!, ¿ves como sí?, silbarían de júbilo, trazarían el signo de la victoria con los dedos, abrazarían al fenómeno, le darían palmaditas cariñosas, le guñarían un ojo, sonreirían sin parar, etc.

Si el niño pincha y no bate el récord, el termómetro no refleja ninguna ganancia. Los padres, con rostro sereno y voz calmada, le invitan a que lo intente de nuevo. Conviene transmitir tranquilidad y un único mensaje muy breve como «no pasa nada, venga, otra vez», o «no hay que desanimarse, verás cómo lo consigues ahora», o «es normal tener un fallo, vuelve», o «al mejor futbolista le paran un penalti, repite». Las peroratas extensas, los discursos moralizantes, los consuelos reiterados, los razonamientos justificadores y las excusas disculpantes caen en contradicción porque, por un lado, se dice que carece de importancia y, por otro, se le presta atención exagerada. A los niños que, debido a su intenso miedo, les cuesta o colaboran escasamente, además de elogios y muestras de afecto se les puede entregar un pequeño obsequio. Igual que en los en-

trenamientos atléticos, las pruebas hay que ensayarlas repetidamente, por lo que se recomienda que los incentivos sean elementos de conjuntos como pinturas de un estuche, tableros y fichas de juegos de mesa, piezas de construcciones o mecanos, cromos, pegatinas, etc.

Durante las primeras pruebas se puede ayudar con retroalimentación verbal y expresiones de aliento, «sólo te falta un poco, llevas quince segundos, diecisiete, dieciocho; resiste, que estás a punto de conseguirlo, veintiún segundos, ¡muy bien, fenomenal!, ¡eres el más valiente; del mundo, Facundo!, has batido el récord de valentía; sigue machote, a ver hasta dónde llegas» o «estás a punto de conseguirlo, diez segundos, sigue, venga, que tú puedes, un poco más, trece segundos, ¡a-la-bí, a-la-bá, a-la-bín-bón-bá! Mari Luz, Mari Luz y nadie más, dieciocho, diecinueve, veinte, veintiuno, ¡¡¡¡BIEN!!!!, has batido el récord, continúa».

Esta información es de gran ayuda al principio del juego, que es cuando más cuesta permanecer en la oscuridad. Sin embargo, se corre el riesgo de que al saber que ha batido el récord (y ganado el premio) no se esfuerce más y encienda la luz. Para prevenir este peligro, a medida que avanza el juego y el niño se atreve cada vez más, se anima desde fuera, «lo estás haciendo muy bien», pero sin informar del tiempo. La incertidumbre sobre si ha superado o no la prueba le obliga a estar más rato a oscuras para asegurarse el récord. En la fase final del juego los padres permanecen en silencio sin proporcionar ánimo ni retroalimentación durante los ensayos, limitándose a señalar los progresos en el termómetro con diferentes colores brillantes y a alabarle al final de la práctica conductual si bate el récord.

El juego se practica de diez minutos a media hora, dependiendo de la edad y del estado del niño (y de los padres), por la noche antes de cenar, al menos tres veces por semana en días alternos. Si el niño lo desea se puede jugar más veces, aunque los domingos conviene descansar. Al finalizar algunas sesiones de juego en las que se ha comportado de forma especialmente valerosa, se procede a la ceremonia de entrega de trofeos. Se invita a asistir al acto a los residentes y a las visitas ocasionales. Se dispone un cajón con el número 1 en medio de la habitación, y

se hace subir al niño a lo más alto del podio mientras suena una grabación del himno olímpico. Uno de los padres entra portando sobre un pomposo cojín la medalla de oro al valor, comprada en un todo a 0,60 €, mientras el otro se la impone con solemnidad. Otra opción son copas, placas y otros trofeos procedentes de vitrinas y trasteros polvorientos. El público, cuanto más numeroso mejor, prodiga una cerrada ovación y vitorea a la plusmarquista de la valentía.

El psicólogo de familia insiste en que lo importante son los principios de modificación de conducta: exposición en vivo a los estímulos temidos (conducta objetivo de la intervención), facilitada mediante la graduación de las tareas, la disposición del ambiente, la impartición de instrucciones firmes pero sin coacción, la instigación con frases de coraje y ánimo, el apoyo y guía física (manipulación de los antecedentes) y fortalecida por medio de la retroalimentación, del reforzamiento social y material de las conductas valerosas y de la extinción de las conductas miedosas (manipulación de las consecuencias). Estimula la creatividad de los padres sugiriendo ideas: que le regalen una pelotita de goma transparente que al rebotar en una superficie dura como el suelo o la pared se ilumina con colores vis-

tosos para que juegue en el dormitorio a oscuras con *la bola mágica*; o un gran despertador clásico que emite un ruidoso tic-tac, que se programa para que tarde en sonar cada vez más (uno, dos, tres... minutos) y que se esconde cada vez mejor (debajo de la almohada, dentro del cajón de la mesita de noche, al fondo del armario, etc.), en el dormitorio a oscuras, indicándole que desactive *la bomba de relojería*; si encuentra el despertador y apaga la alarma antes de que suene, gana; si no, paga una prenda.

7.3. INTERVENCIÓN EN LA ANSIEDAD POR SEPARACIÓN EN LA INFANCIA

Aunque afecten a la familia, los miedos son principalmente un problema personal. El niño se asusta y experimenta un intenso malestar cuando le tienen que poner una inyección, cuando se desata una tormenta, cuando se queda a oscuras en su habitación por la noche o cuando ve a un perro. Sin embargo, la ansiedad por separación es necesariamente un problema interpersonal, que implica al niño y a los padres u otras figuras de apego. La intervención en los miedos infantiles se centra en el niño, y el psicó-

TABLA 7.4

Cómo actuar en el miedo a la oscuridad

- Si rechaza irse a la cama, recuerden que los hábitos a la hora de dormir ayudan a conciliar el sueño y reducen las conductas perturbadoras. Mantengan la misma rutina al acostarle, por ejemplo ir al baño, ponerse el pijama, relatar o leer un cuento cinco minutos, dar las buenas noches y apagar la luz.
- Si se niega a dormir con la luz apagada, pueden dejarla encendida y atenuar gradualmente la intensidad lumínica mediante un regulador o pueden apagar la luz de la habitación, dejar encendida la del pasillo y cerrar cada noche más la puerta de la habitación hasta quedar una estrecha rendija. También pueden apagar la luz, dejando una señal de seguridad como una linterna o un pequeño piloto enchufado.
- Si se despierta por la noche asustado por una pesadilla, acudan a la habitación, enciendan la luz del pasillo pero no la de la habitación, dejen entreabierta la puerta y cálmelo en penumbra, para impedir un aprendizaje discriminativo contraproducente:

oscuridad → *pesadilla* → *miedo*
luz → *padres* → *tranquilidad*

- Si va al dormitorio de ustedes durante la noche, acompañenlo de vuelta a la habitación con serenidad y firmeza, tranquilicenlo y regresen a su dormitorio.

logo de familia se orienta a asesorar a los padres para que ayuden a superar los temores excesivos y perjudiciales del hijo. En cambio, en la ansiedad por separación el foco de la intervención es más amplio y la labor más compleja, porque se debe atender no sólo al niño, sino también a los padres.

7.3.1. Psicoeducación

Se explica a los padres qué es la ansiedad por separación, cuándo se convierte en problema, cuántos niños tienen este problema y por qué aparece el problema, con el objetivo de que:

- Comprendan la utilidad de la ansiedad por separación.
- Distingan cuándo pierde su valor y constituye un problema.

- Conozcan la magnitud del fenómeno y del problema en la infancia.
- Tomen conciencia de la influencia negativa que inadvertidamente puedan ejercer.
- Modifiquen la relación inadecuada con el hijo, como la educación sobreprotectora.

Tras informar sobre la ansiedad por separación (véase epígrafe 7.1 sobre «Miedos y ansiedad por separación en la infancia»), el psicólogo de familia lleva a cabo las siguientes tareas:

1. Disculpar del problema

Los padres no deben culparse a sí mismos, ni a su pareja o a su hijo del problema. La ansiedad por separación excesiva es un problema complejo en cuya génesis y mantenimiento confluyen múltiples factores. Incluso en ciertos casos el origen es atri-

TABLA 7.5

Creencias de los padres que generan reacciones airadas y conducen al conflicto con el hijo

CREENCIAS DE LOS PADRES		
Mi hijo es un manipulador de tres pares de narices	Mi hijo es más terco que una mula	Mi hijo es más delicado que la mantequilla
¡Vaya morro que le echa! Tiene una jeta que se la pisa. Si se puede quedar solo jugando con la videoconsola o viendo los dibujos de la tele, ¿por qué me exige que vaya con él al baño? Estoy harto de que me tome el pelo. La próxima vez paso, que vaya él solito.	Es muy cabezota, de verdad que lo es. No le da la gana. Se niega en redondo y ni lo intenta. No lo puedo consentir. Si no lo quiere hacer por las buenas, lo hará por las malas. La próxima vez le obligo a hacerlo, aunque sea a la fuerza.	Se pasa de la raya llorando, torciendo el morro. No para de quejarse. Todo el día protestando. Se agarra como una lapa. Lo hace adrede para fastidiar. La próxima vez se lo digo bien claro: «o dejas de llorar o te voy a dar motivos para hacerlo de verdad».
REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA		
El niño con ansiedad por separación excesiva puede quedarse solo realizando una actividad muy entretenida que absorba su atención; pero en caso contrario, la ansiedad genuina que experimenta le impulsa a buscar la compañía protectora de los padres.	El niño con ansiedad por separación excesiva piensa que los padres no se dan cuenta del peligro que corre al separarse de ellos y por esta razón rechaza colaborar. Forzarle no ayuda en nada; más bien, la coacción conduce a una escalada del conflicto y a empeorar las cosas.	El niño con ansiedad por separación excesiva es más vulnerable, lo que le hace interiorizar su ansiedad por separación. Sus rabietas no son para fastidiar ni hay que tomárselas como algo personal, sino que se explican por su alta sensibilidad a la ansiedad.

buable en su mayor parte a un suceso desafortunado, como un accidente o una enfermedad grave.

A menudo los padres acusan al hijo de ser manipulador, terco e hipersensible. La cuestión no es quién tiene la culpa, sino cómo podemos ayudar a resolver el problema (Méndez, Orgilés y Espada, 2010).

2. Fomentar la cohesión de los padres

Es difícil que los padres estén totalmente de acuerdo en la prioridad de los objetivos educativos. Uno puede ser más receptivo a las necesidades del niño y otro más exigente con la consecución de metas. Así, los padres pueden discutir porque, después de dos horas de estudio, uno es partidario de conceder un descanso, mientras el otro pone como condición terminar de repasar la materia para el control del día siguiente.

En la ansiedad por separación el padre trabajador, que casi no coincide con el niño entre semana, critica a la madre ama de casa: «tu hijo te tiene tomada la medida y te toma el pelo, mira cómo conmigo no se porta así», o la madre que tiene la custodia del hijo le echa en cara a su expareja, que no desea discutir con el niño: «le consientes todo los fines de semana que está contigo, y luego yo soy la mala de la película».

Si se reprocha al otro que es demasiado blando y se adopta un patrón duro para compensar, el miembro de la pareja cuestionado tiende a sobreproteger al niño para contrarrestar la rígida exigencia de la otra parte, cerrándose un círculo vicioso donde las posturas son cada vez más distantes y extremas, lo que conduce al conflicto.

El psicólogo de familia reduce la discrepancia explícita o sutil de los padres, desarrolla el espíritu de colaboración («todos viajamos en el mismo barco») y promueve el apoyo de la pareja, especialmente en los momentos críticos.

3. Advertir de los peligros de la educación sobreprotectora

La educación sobreprotectora es una tentación difícil de resistir. ¿Por qué no ceder a los ruegos y ahorrarle los disgustos si ambas cosas están al alcan-

ce de los padres? Sin embargo, encierra una trampa. Probablemente se pondrá contento si se satisfacen sus deseos y se impide cualquier frustración, pero a largo plazo se sentirá infeliz al sufrir los efectos perjudiciales de este tipo de educación. Al concederle todo lo que pide, cada vez se halla más insatisfecho y se vuelve más exigente, hasta convertirse en un pequeño tirano, suscitando el rechazo de los demás, que le consideran un niño consentido, caprichoso y malcriado. Por otra parte, al evitarle los contratiempos cada vez es más débil y resiste menos la adversidad, de modo que se derrumba al menor tropiezo o contratiempo.

Eisen y Schaefer (2005) critican el error de intentar calmar una y otra vez al niño. Pongamos como ejemplo el de un avión que atraviesa una zona de turbulencias. ¿Qué comportamiento de las azafatas tranquiliza más?:

- Las azafatas mantienen la calma y continúan con sus tareas como si no pasara nada (repartir la prensa, recoger las bandejas de la comida, etc.).
- Las azafatas parecen asustadas, interrumpen lo que están haciendo y corren de pasajero en pasajero para tranquilizarles y asegurarles que todo está bajo control.

7.3.2. Pautas de actuación

¿Cómo se vence el miedo a conducir?: conduciendo. ¿Cómo se supera la ansiedad por separación?: separándose de los padres. Sin embargo, la intervención requiere sendas comprobaciones con respecto a las variables antecedentes:

- a) Variables estimulares (E): la separación no constituye una amenaza. Cuando la ansiedad está generada y mantenida por miedo a perder a los padres, la intervención puede fracasar si no se abordan previamente los graves problemas de la pareja. Igualmente, si la situación de abandono e indiferencia impulsa al niño a aferrarse a los padres, sería conveniente subsanar la negligencia en la crianza del hijo.

- b) Variables del organismo (O): el niño posee en su repertorio conductual habilidades de independencia y autonomía para desempeñarse con éxito fuera del hogar o separado de los padres. En este sentido, si el niño todavía es pequeño y va solo al colegio, corre el riesgo de perderse o sufrir algún daño.

Así pues, el procedimiento básico de la intervención es: *para superar la ansiedad por separación excesiva hay que experimentar la ansiedad que genera el estar separado de los padres.*

7.3.2.1. Estimular las separaciones, la independencia y la autonomía

A medida que el niño crece, hay que fomentar la independencia y la autonomía y habituarle a separaciones cotidianas, al principio breves y progresivamente más prolongadas. Los padres pasan primero un momento a casa de la vecina a pedir un poco de canela para las natillas, y más adelante van a la tienda de la esquina o más lejos a comprarla. Además de cortas, las primeras separaciones deben ser reforzadoras y darse las máximas facilidades; por ejemplo, la madre dice: «chicos, voy a la heladería y vuelvo enseguida, ¿de qué queréis el helado?» (reforzador comestible), mientras el niño se divierte en la piscina con los primos (actividad agradable), bajo la atenta mirada del padre (señal de seguridad). Otra estrategia es la elección forzada entre una alternativa reforzadora y otra aversiva como la separación; así, la madre pregunta al niño que juega entusiasmado con la videoconsola: «me voy a hacer la compra, ¿te vienes o te quedas en casa con Luis (el hermano mayor)?».

El psicólogo de familia destaca la clave para superar el problema: cuanto más se separe, menos le costará, por lo que recomienda que aprovechen las oportunidades para practicarla. Es fundamental que sean constantes en la aplicación del procedimiento básico y que se muestren firmes y seguros, aunque sin forzar al niño. Un método eficaz es practicar semanalmente tareas graduales en las que se aumenta poco a poco el tiempo de separación. La práctica se puede llevar a cabo en forma de juego, con apoyo de una economía de fichas.

Es conveniente que el niño participe y se implique en la medida de sus posibilidades. Si los padres se marchan de viaje solicitan su opinión: «¿prefieres quedarte a dormir en casa de los abuelos o de los tíos?» También se puede negociar el tiempo de separación de las prácticas; por ejemplo, si considera excesivos los cinco minutos propuestos para empezar y él insiste en dos, se le indica: «de acuerdo, vas a quedarte a solas como mínimo dos minutos, pero intenta cinco».

La estimulación de las separaciones se complementa con la atenuación progresiva de la protección y el fomento de la independencia, con el objetivo de que el niño alcance el funcionamiento autónomo y responsable. Los padres plantean la cuestión: «¿a qué edad está preparado para andar, comer, vestirse, asearse, ir al colegio, quedarse en casa, etc., *él solo*? La psicología del desarrollo establece hitos evolutivos: anda él solo sin cogerse de la mano hacia los trece meses, empieza a hablar hacia los dos años, controla los esfínteres de la vejiga hacia los cuatro años, etc. Sin embargo, el valor de las medias de edad es relativo, porque la desviación estándar es elevada, por lo que al comentar estos datos con los padres siempre aparecen niños que «rompen» las estadísticas.

El método «observo y experimento» resuelve el dilema. Tan pronto el niño pida o intente hacer algo él solo hay que concederle la oportunidad de probar. Los pasos para enseñar hábitos de autonomía personal, por ejemplo comer él en vez de que los padres le den la comida, son: 1.º escoger el momento oportuno, 2.º disponer la situación, 3.º proceder de lo fácil a lo difícil, 4.º explicar cómo se hace, 5.º mostrar cómo se hace, 6.º animar a que lo haga, 7.º reforzar los aciertos, 8.º corregir de forma constructiva los errores y 9.º repetir para mejorar hasta automatizar la acción.

7.3.2.2. Reforzar las separaciones, la independencia y la autonomía

El niño se opone a la separación porque la considera perjudicial: «algo malo les va a suceder a mis padres (y a mí)». Los reforzadores positivos ayudan a salvar este obstáculo. Sin embargo, los padres po-

nen objeciones al empleo de reforzadores, sobre todo materiales. «Mi hijo ya es mayor para dormir solo, regresar del colegio solo, ir a un campamento, etc., ¿por qué tengo que darle un premio por cumplir con su obligación o por hacer lo mismo que otros niños de su edad?». Si para obtener la colaboración se le promete una recompensa se convertirá en chantajista. La pregunta «¿me ayudas a...» es contestada con otra: «¿qué me vas a dar a cambio?». Entregar premios es una estrategia contraproducente que suena a soborno.

La administración de reforzadores está justificada en la ansiedad por separación excesiva por el elevado malestar que provoca al niño separarse de los padres. Los beneficios de los reforzadores son numerosos: debilitan la resistencia, aumentan la motivación, generan buena disposición, promueven el comportamiento autónomo e independiente, potencian el sentido de control y logro, fortalecen la confianza en uno mismo y contribuyen al éxito de la intervención.

Los reforzadores costosos transmiten el mensaje implícito de que es más importante ganar la recompensa que superar las dificultades emocionales. Más valioso que el reforzamiento material es el reconocimiento de los padres. El énfasis no hay que ponerlo en el valor material del reforzador, sino en el valor personal del niño, resaltando su mérito y felicitándole con entusiasmo. El psicólogo de familia asesora a los padres y supervisa la aplicación del sistema de reforzamiento:

- Elijan reforzadores de los que su hijo no disponga fácilmente.
- Seleccionen un conjunto amplio y variado de reforzadores comestibles, materiales y actividades.
- Varíen los reforzadores para evitar la saciedad.
- Entreguen los reforzadores después, nunca antes.
- Acompañen la entrega de los reforzadores de felicitaciones y muestras de cariño.
- Retiren progresivamente los reforzadores para que la conducta se mantenga mediante reforzamiento natural.

La economía de fichas es un procedimiento muy indicado para reforzar las conductas de separación, independencia y autonomía.

7.3.2.3. *Elevar el estado de ánimo*

Los padres refutan los razonamientos del niño que conducen al desánimo y la desmoralización.

Relativizar el problema

No eres un bicho raro. A otros niños también les cuesta separarse de sus padres y se sienten tristes cuando están lejos de casa. Pero igual que tú, se callan por vergüenza y no van por ahí contando lo que les pasa. No eres el único del mundo con este problema.

Mejorar la autoestima

¿Para ti, quién tiene más mérito al correr una carrera: un atleta profesional o un discapacitado en silla de ruedas? El valiente no es la persona que no tiene miedo, sino la que, a pesar de tenerlo, le hace frente. Tú demuestras más valor quedándote solo en casa que otro niño que no tiene miedo. En vez de decirte «soy un gallina», repítete «soy valiente, porque, a pesar de la ansiedad, me atrevo a probar».

Enseñar a autorreforzarse

Nosotros no estamos enfadados porque tú sientas malestar al separarte. Nosotros lo que queremos es que te esfuerces, pongas de tu parte y lo intentes. Date ánimos y felicitate a ti mismo con frases como «poco a poco estoy venciendo el miedo» o «ya soy capaz de quedarme solo en casa».

Liberarse de la culpa

No pienses que eres un mal hijo que da disgustos a sus padres o cosas por el estilo. No te sientas culpable porque nos pidas que te acompañemos o que no nos marchemos. Sabemos que te cuesta separarte de nosotros y estar fuera de casa. Somos conscientes de que tu malestar y tu preocupación son de

verdad, no un cuento. Te comprendemos y te queremos ayudar a superar esta dificultad.

7.3.2.4. Preparar las separaciones críticas

El niño se separa de los padres para ir al colegio o sale de casa a jugar con el vecino. Estas separaciones ocurren a diario, duran minutos u horas a lo sumo y son de carácter positivo. Más esporádicamente suceden separaciones de varios días o alguna semana, por ejemplo viajes de los padres, cursos o campamentos de verano. Estas separaciones son más complicadas debido a su duración, por lo que es aconsejable que los padres se muestren tranquilos y abrevien la despedida. Sin embargo, excepcionalmente suceden separaciones traumáticas, como la hospitalización del niño, el divorcio de los padres o la muerte de un ser querido, que pueden disparar la ansiedad por separación. En la medida de lo posible conviene preparar específicamente al niño para estas separaciones no deseadas.

1. Hospitalización

El comportamiento de los padres influye notablemente en la reacción infantil. Si se mantienen serenos contribuyen a calmar al niño, pero si manifiestan ansiedad, sobre todo en momentos críticos como el traslado al quirófano, contagian su miedo y entorpecen la labor del personal sanitario. Por esta razón, algunos médicos y enfermeros prefieren que permanezcan en la sala de espera.

Los padres desean estar junto a su hijo durante la aplicación de los procedimientos médicos. Las principales razones que aducen son que el hijo pide que estén con él, que su compañía ayuda a calmarle y que quieren ver lo que hace el médico. Los estudios confirman que la presencia de los padres debidamente preparados es beneficiosa para el niño, e incluso para ellos mismos, y no interfiere en el trabajo de los profesionales (Ortigosa, Quiles y Méndez, 2003).

Basándose en que la excitación, la diversión, el humor y la risa facilitan la exposición a los estímulos temidos, como el olor a medicinas o la visión del instrumental médico, los hospitales infantiles entregan juguetes y organizan actividades lúdicas, por

ejemplo cuentos para colorear o visitas guiadas, con el objetivo de familiarizar a los pacientes pediátricos con el ambiente hospitalario y reducir el estrés causado por la hospitalización. Una iniciativa valiosa es la de los payasos de hospital, que proporcionan apoyo psicológico a los niños y a sus familias, como Pallapupas en Barcelona, PayaSOSPital en Valencia, Pupaclown en Murcia, Saniclown en Madrid, Sonrisa Médica en Baleares, Titiritas Humor y Salud en Andalucía, etc. Los datos revelan que estas actuaciones disminuyen la ansiedad ante la cirugía y mejoran la colaboración con el personal sanitario (Ortigosa, Méndez y Riquelme, 2007).

2. Divorcio

El divorcio puede intensificar la ansiedad por separación (Orgilés, Espada y Méndez, 2008). Por esta razón, el psicólogo de familia recomienda a los padres que comuniquen juntos la noticia al niño (y sus hermanos), si es factible. Los principales mensajes son:

a) *La decisión es definitiva*

Se muestran firmes al explicar que, aunque les ha costado mucho, la decisión está tomada y no tiene vuelta atrás, porque están seguros de que es la mejor solución para la familia.

b) *El niño no tiene culpa*

Dejan claro que la única causa del divorcio es la desunión de los padres, y que él no tiene nada que ver en el asunto.

c) *Lo más importante permanece*

Le aseguran que las relaciones madre-hijo y padre-hijo son igual que siempre y se le quiere más que nunca. Le tranquilizan informando de los cambios previstos y contestan sus preguntas: «¿dónde voy a vivir ahora?» o «¿podré seguir viendo a los primos?».

No es necesario que den extensas explicaciones, ni mucho menos que entren en detalles del conflicto. Sobre todo deben evitar las acusaciones mutuas y la

asunción del papel de víctima: «tu madre me echa de casa», «tu padre se ha echado novia», «tu madre nunca me ha querido», «tu padre nos deja porque no le importamos nada». Fernández y Godoy (2009) proporcionan pautas y ofrecen ejemplos de comunicación positiva para afrontar la ruptura de la pareja.

3. Muerte

Los padres sobreprotectores resguardan al niño de las situaciones desagradables, desde no dejarle ver el telediario para que no sufra con las malas noticias hasta ocultarle la gravedad de la enfermedad de un familiar. A pesar de sus buenas intenciones, la estrategia está condenada al fracaso, porque llega el momento en que es imposible seguir escondiendo la verdad. Más aún, cuando por fin se entere de la muerte del abuelo se sentirá engañado porque «no me habéis dejado despedirme de él». Es preferible abordar el tema, aunque se dé cuenta del dolor que embarga a los padres, antes de que piense que la muerte es tan horrible que ni siquiera se debe mencionar. Es mejor que se sienta libre de preguntar, que dejar que se preocupe en silencio.

Cuando ven un insecto en casa, un pájaro en el jardín, un pez en la orilla del mar, un gato en la carretera u otros animales muertos en el campo, en vez de mirar para otro lado pueden aprovechar la ocasión para explicar el sentido de la muerte. Morir significa no respirar, no moverse, no comer, no dormir, no sentir dolor. Por supuesto que la muerte de un animal no es comparable a la de una persona, pero si se utiliza la experiencia de la muerte de un animal o de una mascota para ayudarle a comprender el concepto antes de que muera un ser querido, el impacto será menos duro y la pena más llevadera.

Al niño con ansiedad por separación le preocupa mucho la salud de los padres. Si les pregunta si van a morir, pueden responder sonriendo «no entra en nuestros planes morirnos pronto; al contrario, deseamos y esperamos vivir muchos años». Si les plantea qué pasaría si sufrieran un accidente, le tranquilizan aclarándole que no se va a quedar solo, «no creemos que vayamos a tener un accidente, ya sabes que somos muy prudentes al volante, pero si

nos pasara algo los padrinos vendrían a cuidarte hasta que nos pudiéramos buenos y volviéramos del hospital».

Si los padres tienen que ausentarse para cuidar a un enfermo grave no es buena idea enviar al niño fuera con unos vecinos o parientes para evitarle la tensión. Es preferible que se quede en casa a cargo de una persona con la que se lleve bien. Del mismo modo, si hay que comunicarle la muerte del abuelito es recomendable que sean los padres quienes le informen lo antes posible en la habitación, rodeado de sus peluches. Quiles, Bernabé, Esclapés, Martín-Aragón y Quiles (2007) efectúan indicaciones y sugerencias provechosas para comunicar al niño el fallecimiento de un ser querido.

7.4. RECOMENDACIONES FAMILIARES

El psicólogo de familia proporciona estrategias y procedimientos de intervención a los padres para que ayuden a sus hijos a superar los miedos y la ansiedad por separación, aliviando el malestar infantil, evitando las repercusiones familiares y previniendo la aparición de trastornos de ansiedad. El éxito depende en gran medida de los padres que, sin ser conscientes ni proponérselo, tienen poder para destruir en un instante la planificada labor del profesional. La faz lívida y el mutismo de la madre o la expresión facial asustada y el comentario del padre, («si le va a poner una inyección al chico me marchó, porque a mí las agujas me dan pánico»), puede anular el beneficio de un programa eficaz de preparación a la cirugía infantil. Por tanto, es fundamental asesorarles y motivarles para que se impliquen y colaboren.

Recomendaciones básicas referidas a estos problemas emocionales son:

- Refuercen socialmente las conductas valerosas. Si duerme con la luz apagada, felicítenle. Si no llora al ponerle una inyección, elógiénle. Si se queda solo en casa cuando van a la compra, expriéndenle su satisfacción y orgullo.
- Extingan las conductas temerosas. Dejen de prestar atención a sus quejas. Si protesta

- para que no se marchen de viaje, mantengan la calma y continúen con normalidad la tarea que estén realizando. Si les llama después de darle las buenas noches, hagan oídos sordos.
- Procuren no manifestar ansiedad en su presencia. Sonrían y conversen animadamente con él el primer día de colegio, aunque la procesión vaya por dentro. Si les resulta difícil controlar su ansiedad, soliciten ayuda o manténganse al margen; por ejemplo, quédense en la sala de espera hasta que el médico termine la cura.
 - Empleen pautas educativas consistentes. Dialoguen y actúen de mutuo acuerdo. No discutan ni se quiten autoridad, sino resuelvan las discrepancias cuando no esté delante. Muéstrense firmes y persistan en las decisiones tomadas, sin ceder a la coacción ni al chantaje emocional.
 - Eviten la sobreprotección, que genera inseguridad y favorece la ansiedad. Estimulen las conductas dirigidas a hacer frente a las situaciones temidas, fomenten la autonomía y promuevan la adquisición de nuevas habilidades y competencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Coffman, M. F. (2009). *Uncle Lightfoot: Overcoming fear of the dark*. Footpath: FL, Saint Petersburg.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2009). *Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Eisen, A. R. y Schaefer, C. E. (2005). *Separation anxiety in children and adolescents: An individualized approach to assessment and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Fernández, E. y Godoy, C. (2009). *El niño ante el divorcio* (3.ª ed.). Madrid: Pirámide.
- Lonigan, C. J., Vasey, M. W., Philips, B. M. y Hazen, R. A. (2004). Temperament, anxiety, and the processing of threat-relevant stimuli. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 8-20.
- Méndez, F. X. (2010). *Miedos y temores en la infancia: Ayudar a los niños a superarlos* (5.ª ed.). Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X. (2011). *El niño miedoso* (2.ª ed.). Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X., Inglés, C. J., Hidalgo, M. D., García-Fernández, J. M. y Quiles, M. J. (2003). Los miedos en la infancia y la adolescencia: un estudio descriptivo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 6(13) (<http://reme.uji.es/articulos/amxndf4650710102/>).
- Méndez, F. X., Olivares, J. y Ros, M. C. (2010). Características clínicas y tratamiento de los miedos, fobias y ansiedades específicas. En V. E. Caballo y M. A. Simón (eds.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: Trastornos generales* (6.ª ed., pp. 59-92). Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X., Orgilés, M. y Espada, J. P. (2008). *Ansiedad por separación: Psicopatología, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X., Orgilés, M. y Espada, J. P. (2009). Tratamiento de un caso de fobia a la oscuridad por medio de los padres. En F. X. Méndez, J. P. Espada y M. Orgilés (eds.), *Terapia psicológica con niños y adolescentes: Estudio de casos clínicos* (3.ª ed., pp. 23-47). Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X., Orgilés, M. y Espada, J. P. (2010). *Cómo dar alas a los hijos para que vuelen solos: El niño sombrero de sus padres*. Madrid: Pirámide.
- Muñoz, V. (2009). *Óscar y el león de Correos* (13.ª ed.). Madrid: Anaya.
- Orgilés, M., Espada, J. P., García-Fernández, J. M., Méndez, X. e Hidalgo, M. D. (2011). Most feared situations related to separation anxiety and characteristics by age and gender in late childhood. *Anales de Psicología*, 27, 80-85.
- Orgilés, M., Espada, J. P. y Méndez, F. X. (2008). Trastorno de ansiedad por separación en hijos de padres divorciados. *Psicothema*, 20, 383-388.
- Orgilés, M., Méndez, X. y Espada, J. P. (2005a). Tratamiento de la fobia a la oscuridad mediante entrenamiento a padres. *Psicothema*, 17, 9-14.
- Orgilés, M., Méndez, X. y Espada, J. P. (2005b). Tratamiento psicológico de la fobia a la oscuridad en niños de 5 a 8 años mediante una terapia de juego: eficacia de sus componentes. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente, Monográfico 1*, 17-22.
- Ortigosa, J. M., Méndez, F. X. y Riquelme, A. (2007). Hospitalización pediátrica: Aplicación de los programas de preparación psicológica. *Informació Psicològica*, 90, 48-59.

- Ortigosa, J. M., Quiles, M. J. y Méndez, F. X. (eds.) (2003). *Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia*. Madrid: Pirámide.
- Quiles, M. J., Bernabé, M., Esclapés, C., Martín-Aragón, M. y Quiles, Y. (2007). *Apoyo al duelo*. Málaga: ASV Funeser.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M. y Santed, M. A. (2002). Relación entre la sensibilidad a la ansiedad y el nivel de miedos en niños. *Psicología Conductual, 10*, 107-120.
- Santacruz, I., Méndez, F. J. y Sánchez-Meca, J. (2006). Play therapy applied by parents for children with darkness phobia: Comparison of two programmes. *Child & Family Behavior Therapy, 28*, 19-35.
- Spence, S. H. (2001). Prevention strategies. En M. W. Vasey y M. R. Dadds (eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 325-351). Nueva York: Oxford University Press.
-

Intervención en problemas conductuales: desobediencia, agresión, hiperactividad

8

CRISTINA LARROY GARCÍA

8.1. INTRODUCCIÓN

Los problemas de conducta de los niños (la desobediencia, las rabietas, las agresiones verbales y físicas, etc.) son, posiblemente, una de las áreas de la educación infantil que más preocupa a los padres, y, con toda seguridad, una de las problemáticas más frecuentes que se atiende en las consultas de los psicólogos infantiles.

Los padres se preguntan a menudo por qué su hijo desobedece tan frecuentemente o tiene reacciones tan exageradas, por qué es agresivo o por qué no presta atención. En muchos casos, los niños que demuestran tales conductas tienen hermanos que se comportan de manera «perfectamente normal», por lo que los padres entienden que la rabietas, los gritos o los golpes que profiere este hijo en concreto no están relacionados con la educación, sino que, suponen, debe ser un problema genético. Así, no es raro oír a los padres, cuando se le pregunta a qué achacan ellos las conductas desadaptadas de sus hijos, expresiones tales como: «Es así desde que nació», «Es que es igual que su abuelo», «Su padre, cuando era pequeño, era igual que él de desobediente y pegón», etc.

Pero no puede achacarse a la genética toda esta problemática conductual. Existen diversos modelos teóricos explicativos de la desobediencia y la agresión, y todos coinciden en algo: una parte importante de la explicación de las conductas desadaptativas de los niños reside en la interacción de éstos con los padres y con el medio. Por tanto, cuando

hay que intervenir en este tipo de problemas, no sólo se interviene con el niño, sino también, y fundamentalmente, con los padres.

Esta forma de acercamiento terapéutico, denominado taller o escuela de padres, ha demostrado ser el tipo de intervención más eficaz para la reducción de estas conductas problemáticas (Lundhal, Risser y Lovejoy, 2006). Los talleres o entrenamiento de padres intentan provocar un cambio en las conductas, percepciones, estilo comunicativo y comprensivo de los padres, para generar, de manera indirecta, un cambio en las conductas de los hijos.

Tanto en desobediencia como en agresión o hiperactividad, el trabajo de los padres es, por tanto, fundamental. Algunos de estos procedimientos se detallan más adelante.

8.2. DEFINICIÓN Y MODELOS EXPLICATIVOS

Aunque la desobediencia, la agresión y la hiperactividad son conductas que están relacionadas, que comparten varias características y que muchas veces pueden aparecer de forma conjunta, no son, evidentemente, lo mismo. Por ello, a continuación se ofrece una definición de cada uno de los términos. Porque, aunque mas o menos todo el mundo entiende qué es la desobediencia, qué es la agresión y cómo se comporta un niño hiperactivo, los límites entre estos conceptos no están siempre claros.

8.2.1. Desobediencia

¿A qué nos referimos exactamente cuando hablamos de desobediencia? Una definición clara, específica y comprensible para todo el mundo la proporcionan Forehand y MacMahon (1981), quizá los autores más emblemáticos en el estudio de la desobediencia infantil. Para estos autores, la conducta de desobediencia se define como: «la negativa a iniciar o completar una orden realizada por otra persona en un plazo determinado de tiempo». Por ejemplo, un padre le pide a su hijo adolescente que recoja la habitación. Si esta conducta no se inicia en un plazo predeterminado (20, 30 o 40 segundos, dependiendo de los casos) se considera que el chico ha desobedecido.

Una definición de este tipo, aunque clara y comprensible, presenta algunas «lagunas»; y así, por ejemplo, muchos coincidirán al considerar que la conducta de desobedecer también implica otras situaciones en las que la norma no se dice directamente pero está implícita y presente, porque se ha repetido con anterioridad.

Resumiendo, la conducta de desobediencia puede darse de cuatro formas distintas:

1. El adulto o superior (padre, madre, tutor, etc.) pide al niño/adolescente que realice una conducta, y éste no la inicia en el lapso de tiempo establecido.
2. El adulto o superior pide al niño que deje de hacer lo que esté haciendo (que detenga una determinada actividad) y el niño no la para dentro del lapso de tiempo prefijado. También puede ocurrir que el adulto le pida al niño que no ejecute una conducta inminente (por ejemplo, le ve con una caja de cerillas en la mano y le dice: «No se te ocurra encenderlas») y que éste no se detenga.
3. El niño/adolescente realiza conductas que están implícitamente prohibidas (jugar a la pelota en el salón o fumar dentro de casa).
4. El niño no realiza conductas que son implícitamente obligatorias (lavarse los dientes, recoger la ropa después de la ducha; hacer los deberes, etc.).

Aun con una definición y descripción tan explícitas, puede darse el caso de que el niño no cumpla una orden y no haya acuerdo en si esa conducta constituye o no desobediencia. Por ejemplo, puede ocurrir que al niño se le den órdenes incompatibles entre sí («acaba los deberes y ven inmediatamente a cenar») o que dos adultos den órdenes distintas a la vez, o incluso que un adulto incite al niño a desobedecer («Ahora que tu madre no te ve, tira las espinacas a la basura y hacemos como que te las has comido»). Aunque para algunas personas estas situaciones constituyen conductas de desobediencia, la mayoría no las considera así, y sí mas bien un fallo del adulto a la hora de dar la orden o instrucción.

Lo que, en cualquier caso, queda claro es que las conductas de desobediencia de los niños no se dan en el vacío, si no que responden a una interacción con el/los adulto/s, y se dan en un contexto determinado y en unas condiciones precisas y específicas. Por tanto, cuando se trate de cambiar estas conductas, tan importante como el análisis de los comportamientos del niño será el análisis de las conductas de los adultos con los que interactúa y de las condiciones en las que se produce dicha interacción.

Si se pretende un diagnóstico clínico, y según el DSM-IV-TR (APA, 2000), este tipo de conductas estaría recogido bajo el epígrafe de «Trastorno por oposicionismo desafiante». Los rasgos esenciales de este trastorno lo constituyen un patrón de negativismo, hostilidad y conducta desafiante, caracterizado por la presencia de conductas como encolerizarse, discutir con los adultos, desafiar las reglas de los adultos, hacer deliberadamente cosas que molestan al otro, acusar a los demás de los propios fallos, etc., que debe durar por lo menos 6 meses. Además, la presencia de estos comportamientos altera de forma significativa el funcionamiento social, académico y ocupacional del sujeto. Los destinatarios fundamentales de esta actitud oposicionista del niño o del joven son sus padres y profesores. El problema puede aparecer antes de los 8 años, y normalmente antes de la adolescencia. Su comienzo suele ser gradual a lo largo de meses e incluso de años.

Contestar a la pregunta de si un niño es o no desobediente no es fácil, dado que, como sucede en

todos los ámbitos del comportamiento humano, la diferencia entre lo que es normal y lo que es anormal supone una diferencia cuantitativa más que cualitativa. De hecho, las rabietas, el oposicionismo e incluso las agresiones forman parte del normal desarrollo evolutivo en los primeros años de vida, pero tienden a desaparecer con la edad. Así, casi el 90 por 100 de los padres informan que sus hijos de 2-3 años tienen rabietas; alrededor del 50 por 100 de los padres de niños entre 4 y 6 años informan de conductas de desobediencia y agresión de sus hijos, mientras que ese porcentaje se reduce al 20 por 100 cuando los hijos son adolescentes. Por tanto, la presencia de conductas de desobediencia no pueden considerarse, «per se», patológicas; sino que su consideración como desadaptativas vendrá dada, más que de forma absoluta, en función de la frecuencia y variedad de estas conductas desobedientes, la gravedad de las mismas (no es lo mismo hacer caso omiso sin más de una orden que responder insultando, chillando o agrediendo a personas u objetos), el número de conductas que el niño exhiba, la diversidad de contextos en los que esas conductas aparezcan (en casa, en el colegio, en situaciones de ocio, etc.) y su desaparición o no de forma espontánea a lo largo del desarrollo del niño (MacMahon y Forehand, 1988). Además, se tendrá en cuenta si estas conductas están generando problemas importantes en las relaciones parentales o en el ámbito familiar (problemas graves entre hermanos o con cualquier otro miembro de la familia), o si interfieren con el normal desarrollo evolutivo del niño en los ámbitos social y/o académico. Si se diera alguna de estas circunstancias, se hace aconsejable la intervención, dado que suponen un desafío del niño al control de los padres, y provocan, en muchos casos, la existencia de un clima de interacción coercitivo y conflictivo entre padres e hijos. Además, las conductas de desobediencia que no son adecuadamente manejadas y controladas en la infancia pueden, con el tiempo, dar lugar a trastornos de conducta más importantes, como el trastorno oposicionista desafiante, ya comentado, o el trastorno por conducta antisocial (Larroy, 2007).

En la etiología de las conductas de desobediencia hay que señalar dos factores principales: el

aprendizaje instrumental y los procesos familiares de socialización (Patterson, Reid y Dishon, 1992). Estos dos factores quedan claramente recogidos en la hipótesis de la coerción de Patterson, quizá el modelo explicativo más aceptado y utilizado para explicar el desarrollo y mantenimiento de las conductas desobedientes de los niños. Según este modelo, las primeras conductas coercitivas del niño (como llorar) son instintivas en el recién nacido y sirven para moldear la conducta de la madre, que de este modo aprende a identificar y atender a las necesidades de aquel. Estas conductas primitivas son, en la mayoría de los casos, progresivamente sustituidas por otras más adecuadas (como las peticiones verbales). Pero a veces, la repetición de situaciones problemáticas en la interacción con los padres y la falta de habilidades de socialización de éstos pueden facilitar que el niño mantenga sus primitivas conductas de coerción para lograr lo que desea. Si lo consigue, esas conductas quedan reforzadas, por lo que se mantienen y el niño no busca maneras alternativas de expresión. Por otro lado, las conductas de los padres de retirar las peticiones de los niños quedan reforzadas negativamente, al cesar éstos en sus conductas coercitivas (llantos, pataletas, gritos, etc.). Un ejemplo de esta relación coercitiva podía ser el que aparece en la figura 8.1.

Como puede verse, las conductas coercitivas de Juan (protestar, pegar patadas a la mesa, gritar, etc.) quedan reforzadas por la desaparición de la obligación de hacer la tarea encomendada (poner la mesa); a su vez, la conducta de la madre (retirar la orden) queda reforzada por la desaparición de las conductas coercitivas de Juan. De ese modo, Juan aprende que protestando, gritando y dando patadas a objetos consigue lo que quiere, y la madre aprende que, si no le pide ayuda a Juan, éste permanecerá calmado y no gritará. La consecuencia, en lenguaje popular, es que «el niño le ha ganado la partida a la madre».

Alternativamente, puede darse otra situación, recogida en la figura 8.2: que el adulto, en vez de retirar la orden, persista en ella, poniendo en marcha, a su vez, conductas también coercitivas, hasta que el niño ceda y cumpla la orden.

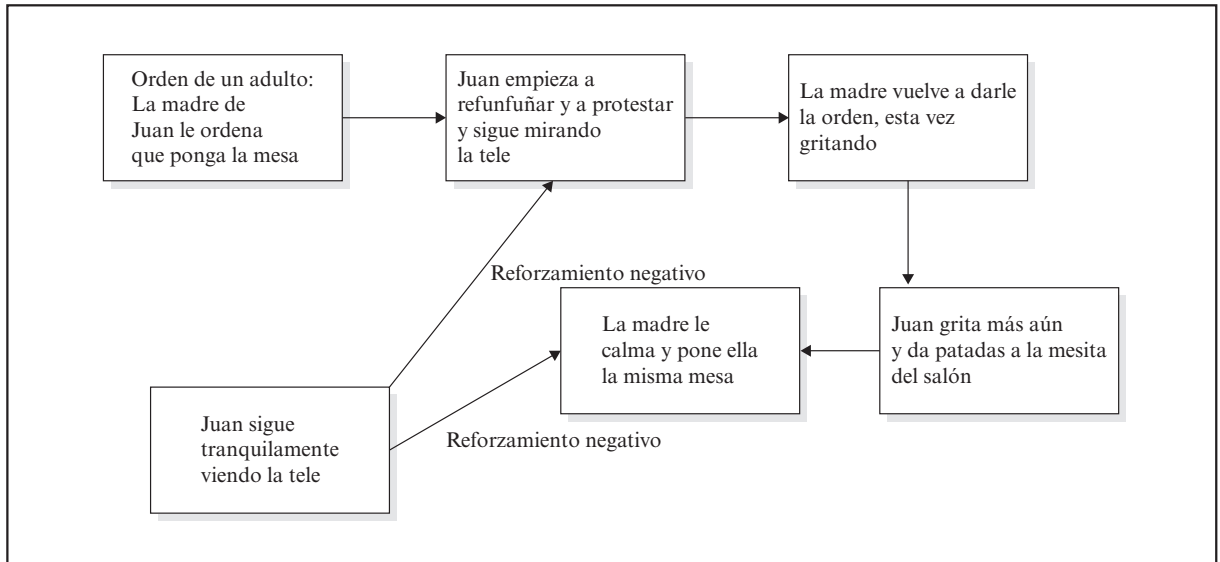


Figura 8.1.—Ejemplo del modelo de coerción de Patterson (1986).

Como puede apreciarse en la figura 8.2, la conducta coercitiva del padre, cada vez más intensa, es reforzada positivamente (por el cumplimiento de la orden) y negativamente (por la desaparición de los gritos y las patadas). De este modo, el padre aprende que si pide a Juan de forma educada que cumpla una orden, éste no la va a obedecer; pero que si lo hace de forma agresiva, la orden se cumplirá. Poco a poco, el padre de Juan utilizará con más frecuencia los gritos y las amenazas para pedirle a Juan cualquier cosa. A su vez, Juan aprenderá, por modelado, que las peticiones que van acompañadas de conductas agresivas sí se cumplen; por tanto, sus conductas coercitivas son también reforzadas. La escalada de agresividad y coerción en la interacción entre ambos está servida.

Para Patterson, las deficiencias en las habilidades socializadoras de los padres (incapacidad para imponer disciplina, dar un refuerzo positivo discriminativo, mantener cierto grado de vigilancia, etc.) y en sus habilidades de comunicación y de resolución de problemas interpersonales, son claves a la hora de explicar las conductas de desobediencia. Pero hay que tener en cuenta también otros factores; fundamentalmente:

- a) Características de los hijos: mayor o menor nivel de activación general, mayor o menor nivel de reactividad ante los estímulos, capacidad para solucionar problemas, sesgos cognitivos, etc.
- b) Características de la interacción: estilos comunicativos inadecuados, problemas de pareja, problemas familiares, etc.
- c) Características de la situación extrafamiliar: problemas laborales, dificultades económicas, etc.

Todo ello supone que los problemas de conducta en los niños son el resultado de una compleja interacción entre factores muy diversos, y que esos factores deben considerarse en la evaluación y en la intervención de estas conductas problemáticas.

Por último, hay que recordar que numerosos trabajos han puesto en evidencia que el incumplimiento reiterado de las órdenes (la desobediencia excesiva) es la conducta clave para el desarrollo de otros comportamientos mucho más graves, como la agresión (a personas u objetos) o las conductas

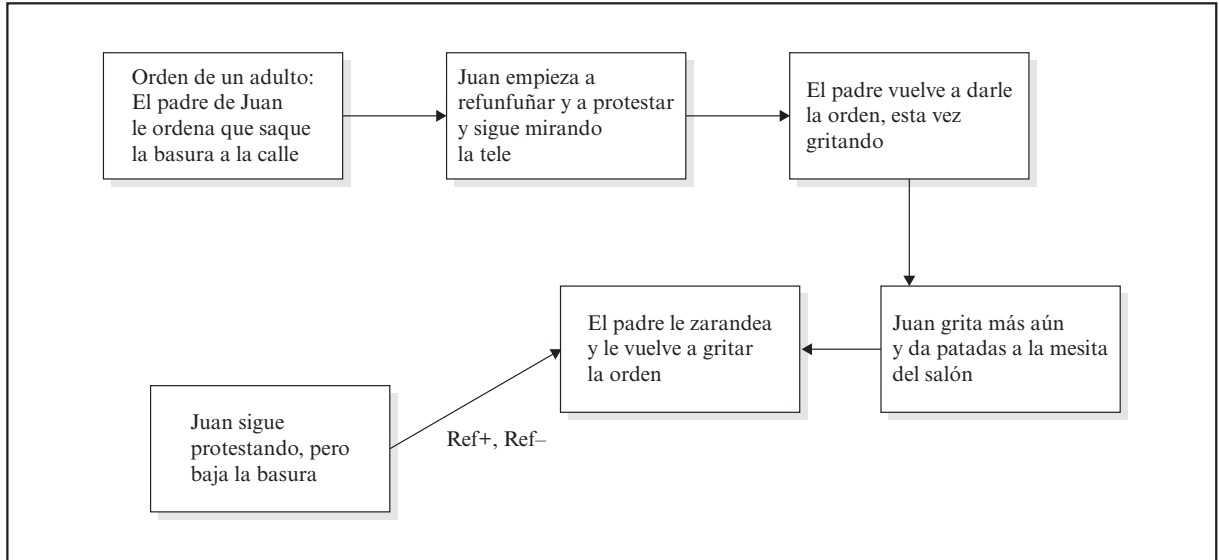


Figura 8.2.—Ejemplo del modelo de coerción de Patterson (1986).

antisociales (como robar, escaparse o no acudir a la escuela, destrozar objetos, etc.), por lo que la intervención temprana se hace completamente necesaria.

8.2.2. Agresión

Denominamos «conductas agresivas» a aquellas conductas intencionales, físicas o verbales, que pueden o tienen la intención de causar daño físico o psicológico. Conductas como morder, pegar, tirar del pelo, romper cosas, insultar, gritar, etc., pueden ser consideradas conductas agresivas. Si no se tratan oportunamente, por ser un problema con inicio en la infancia, no sólo tienden a persistir en la edad adulta, sino que se exagera con el paso del tiempo. Las conductas agresivas son precursoras, en gran medida, de comportamientos antisociales a corto y mediano plazos, tales como la criminalidad y la delincuencia o el abuso de sustancias (Widom, Schuck y White, 2006). Además, repercute sobre otros ámbitos importantes para el niño, como el fracaso escolar y el rechazo de los compañeros (Patterson, DeBaryshe y Ramsey, 1989).

Al igual que las conductas de desobediencia, las conductas agresivas se dan dentro de un patrón conductual caracterizado, muy frecuentemente por:

1. Ir acompañado de accesos de cólera.
2. Constituir actos de desobediencia ante la autoridad y las normas del hogar y/o la escuela.
3. Provocar el deterioro de la actividad social y académica.

Además, algunas de las características que con frecuencia comparten las personas que muestran conductas agresivas son:

- Ser altamente impulsivos.
- Ser relativamente refractarios a los efectos de la experiencia para modificar su conducta problema.
- Presentar carencia de habilidad para demostrar la gratificación.
- Presentar una baja tolerancia a las frustraciones.

La agresión puede ser verbal (insultar, gritar, chismorrear...) o física (pegar, morder, empujar...);

puede ser directa (patear, ofender, etc.) o indirecta (destruir objetos propiedad de otros, difundir chismes, etc.); puede ser activa (cometer alguna de las conductas mencionadas) o pasiva (impedir que otro alcance su objetivo, negativismo, etc.); por último, la agresión puede ser instrumental (dirigida a conseguir un objetivo: un bien material, la aprobación de los demás, etc.) o emocional (destinada a dañar a alguien como consecuencia de un enfado; considérese que en la agresión instrumental no tiene por qué haber enfado previo).

Tradicionalmente, se ha considerado que los niños son más agresivos que las niñas. Sin embargo, en los últimos años esta afirmación ha sido puesta en entredicho, aunque se sigue aceptando que sí existen diferencias entre sexos en cuanto a la forma de agresión: mientras los niños utilizan más frecuentemente la agresión física, las niñas utilizan más la agresión verbal.

Al igual que la desobediencia, las conductas agresivas forman parte del desarrollo evolutivo normal de los humanos, siendo frecuentes entre los dos y tres años y disminuyendo a partir de los cuatro años, a medida que el niño va disponiendo de otros mecanismos de comunicación o de otras estrategias para conseguir lo que quiere. Por ello, es frecuente observar en los niños más pequeños la utilización de la agresión instrumental (la dirigida a obtener un objetivo), mientras que, a medida que crecen, se incrementa la aparición de la agresión emocional.

Las conductas agresivas representan uno de los problemas más frecuentes de salud mental en los niños (Smeekeens, Riksen-Walraven y van Bakel, 2007). Aparecen asociadas a los problemas de conducta y a conductas antisociales y suponen, aproximadamente, entre un 30 y un 50 por 100 de todos los problemas clínicos que provocan consulta clínica (Kazdin, 1996).

En la etiología de las conductas agresivas hay que considerar la confluencia de diversos factores:

1. Factores situacionales, provenientes del medio en que se mueve la persona: padres, profesores, amigos, medios de comunicación y ocio (películas o videojuegos), que pueden modelar y reforzar patrones agresivos de

comportamiento. De hecho, el castigo físico (empleado por los padres como estrategia disciplinaria) se asocia con una mayor probabilidad de conducta antisocial del hijo, y con una mayor probabilidad de utilización por parte de éste cuando se convierte en padre (Gámez-Guadix, Murria, Carroles, Muñoz-Rivas y Almendros, 2010). Por ser el sistema familiar el contexto más relevante durante la niñez, se ha sugerido que es el que más factores podría aportar a la aparición y mantenimiento de las conductas agresivas.

2. Factores conductuales, como falta de habilidades para solucionar problemas o para demorar la gratificación, falta de habilidades sociales, falta de habilidades para la regulación emocional y el autocontrol, etc. Asimismo, la historia de aprendizaje del sujeto es muy importante para explicar la persistencia de las conductas agresivas: el modelado de estas conductas, el refuerzo de las mismas ante situaciones conflictivas o de frustración, la constatación de que son eficaces para resolver problemas, al menos a corto plazo, etc., hacen que el niño las adopte como estrategia de solución y no ponga en marcha otras estrategias más adecuadas socialmente.
3. Factores orgánicos: disfunciones cerebrales mínimas, trastornos de salud, etc., que pueden generar en el niño un estado de malestar general permanente que puede, a su vez, modular una baja tolerancia a la frustración.

8.2.3. Hiperactividad

La hiperactividad es un trastorno que se caracteriza por déficit de atención y de autocontrol, y por problemas de impulsividad y de sobreactividad motora de las personas que lo sufren.

La conceptualización de este trastorno ha ido variando desde los primeros estudios, al comienzo del siglo pasado, cuando se le relacionaba con daño

cerebral mínimo, hasta la actualidad (en que se da especial relevancia a la inatención y a la impulsividad-sobreactividad), por lo que no es fácil encontrar una definición que comprenda todos los componentes y modelos etiológicos del trastorno. Posiblemente, la definición de Barkley (1990) es la más ampliamente aceptada por los clínicos: «El trastorno por déficit atencional con hiperactividad es un trastorno del desarrollo caracterizado por niveles de inatención, sobreactividad e impulsividad inapropiados desde el punto de vista evolutivo. Estos síntomas a menudo se inician en la primera infancia, son de naturaleza relativamente crónica y no pueden atribuirse a alteraciones neurológicas, sensoriales, del lenguaje o motoras graves, a retraso mental o a trastornos emocionales severos. Estas dificultades se asocian normalmente a déficits en las conductas gobernadas por reglas y a un determinado patrón de rendimiento» (p. 47). La problemática asociada a la hiperactividad suele concentrarse en las dificultades de aprendizaje, en los trastornos de conducta y en los problemas emocionales.

Como se ha comentado anteriormente, la sintomatología de la hiperactividad se manifiesta por los problemas en tres áreas: atención, impulsividad y sobreactivación motora.

La función de la atención más alterada en la hiperactividad es la atención sostenida (de las tres que se consideran habitualmente: selectiva o de focalización, dividida o de concentración y sostenida o de vigilancia y rendimiento). Es por eso por lo que el niño hiperactivo «se cansa» rápidamente y no es capaz de mantener la atención durante el tiempo que requieren las tareas habituales (escolares o domésticas). Respecto a la impulsividad, diversos estudios indican que, más que un problema de impulsividad cognitiva, lo que aparece en la hiperactividad es una falta o un problema de inhibición conductual, de modo que el niño es incapaz de dejar de dar respuestas «habituales» que le proporcionan un refuerzo inmediato cuando éstas entran en competencia con las normas socialmente establecidas (por ejemplo, siguen corriendo por el patio aunque el profesor le haya llamado varias veces a clase). Por lo que se refiere a la sobreacti-

ción, suele ser el primer síntoma que se manifiesta (por el que los padres se preocupan), está fuertemente asociada a la impulsividad (APA, 2000) y suele decrecer con la edad (mientras que los problemas atencionales y de inhibición conductual se mantienen).

Las dificultades temperamentales asociadas a la hiperactividad suelen presentarse desde el nacimiento, pero hasta los 4 o 5 años no empiezan a preocupar a padres y cuidadores, quienes, generalmente, no acuden a consulta hasta los 6-7 años, coincidiendo con la escolarización del niño y los bajos resultados académicos. En ocasiones, la hiperactividad se confunde con determinados estados madurativos (niños que pasan por temporadas de sobreactivación que terminan al cabo de pocos meses) o con patrones educativos inadecuados (modelos paternos, pautas desadaptativas o acontecimientos estresantes pueden provocar sobreexcitación en el niño, que desaparece cuando éstos cesan), por lo que tampoco parece aconsejable un diagnóstico a edades más tempranas. Durante la etapa preescolar, los niños se muestran traviesos, muy activos y muy atrevidos en situaciones potencialmente peligrosas. Suelen mostrar dificultades para cumplir órdenes y para alcanzar determinados aprendizajes (control de esfínteres, lenguaje, etc.). Tras la escolarización, la sobreactivación puede disminuir y mejorar el cumplimiento de las órdenes, pero aparecen los problemas asociados al rendimiento escolar y al comportamiento en el aula. En la preadolescencia y en la adolescencia, el TDAH puede asociarse con trastorno disocial o negativista (en cuyo caso el problema se agrava), mientras que en la escuela ya se ha instaurado un fracaso escolar difícil de abordar; sin embargo, en general, a medida que va creciendo, el curso del niño con TDAH va mejorando con la edad y son los problemas colaterales los que acaban siendo el foco de preocupación de padres y educadores (Moreno y Servera, 2002).

La hiperactividad tiene una prevalencia de alrededor del 3 por 100 de la población general, siendo aproximadamente tres veces mayor entre hombres que entre mujeres.

Sus factores etiológicos no están totalmente establecidos, aunque la mayoría de los estudios apun-

tan a factores congénitos y a la transmisión genética. Sin embargo, hay que insistir en el hecho de que presentar una característica de tipo congénito es únicamente un factor predisponente, pero no precipitante, de la aparición del trastorno; o, en otras palabras, que el hecho de que uno de los progenitores sufra de TDAH no implica, necesariamente, que sus hijos tengan que presentar este trastorno. De hecho, entre los factores protectores que se conocen (mayor nivel educativo de la madre, mejor salud general del niño, mayores habilidades cognitivas del niño y estabilidad familiar), varios tienen un carácter ambiental. Por ello, los modelos explicativos que más se utilizan actualmente (como el del autocontrol de Barkley, 1997) hacen especial hincapié en factores de tipo psicológico (como la incapacidad para regirse por conductas gobernadas por reglas o una respuesta anormal a las consecuencias del medio).

Respecto a los criterios diagnósticos, es revelador que en el DSM-IV-TR (APA, 2000) el trastorno por hiperactividad se recoja junto con el trastorno disocial, el trastorno negativista desafiante y trastornos de comportamiento no especificados, bajo el epígrafe «Trastornos por déficit de atención y del comportamiento perturbador».

Como puede apreciarse, la desobediencia, la agresión y la hiperactividad tienen bastantes elementos en común. En realidad, casi podría hablarse de un continuo de conductas problemáticas, en el que el polo menos intenso lo constituirían las conductas de desobediencia, y el más intenso y grave la hiperactividad. Es por ello que, respecto a la evaluación y a la intervención, también comparten algo: el trabajo con los padres, que es fundamental en los tres trastornos.

8.3. EVALUACIÓN

La evaluación de niños y adolescentes presenta unas características propias que hay que considerar a la hora de seleccionar y aplicar los procedimientos e instrumentos necesarios para una correcta evaluación. Hay que tener en cuenta que, a dife-

rencia de lo que ocurre con los adultos, los niños no son quienes toman la decisión de acudir a consulta y no siempre son conscientes de sus conductas problemáticas. Además, hay que considerar también el estado evolutivo del niño, determinar si las demandas de los padres son relevantes y responden a las necesidades del niño y, por último, si la consulta al especialista es utilizada por los padres como «castigo» por los malos comportamientos del niño.

En los tres trastornos, la evaluación comienza con una entrevista a los padres y, en su caso, a los maestros o tutores escolares. En el protocolo de actuación también está contemplada una entrevista al niño. La evaluación se completa con la observación y registro de las conductas que se pretenden modificar, y con otros instrumentos, generalmente cuestionarios, inventarios o escalas, seleccionados de acuerdo con la problemática presentada y la información obtenida en la entrevista. Entre ellos, conviene destacar la *Escala de Áreas de Conductas-Problemas* o EACP-AF (García y Magaz, 2000), instrumento que permite una exploración general de las principales áreas del desarrollo del niño. También suele utilizarse el FES o *Family Environment Scale* (Moos, Moos y Trickett, 1987), dada la importancia que el ambiente familiar tiene en el mantenimiento de las conductas aquí abordadas; o el *Parent Behavior Checklist* (PBC) o *Cuestionario de Conducta Paterna* (Fox, 1994), que incluye información sobre la forma en que los padres crían a sus hijos. También pueden y suelen utilizarse algunas pruebas del BASC (Reynolds y Kamphaus, 1992), sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes que pueden completar padres, profesores y el propio sujeto, y que proporciona información tanto de los aspectos positivos del niño como de los aspectos negativos.

En cualquier caso, la información debe ser suficiente para la comprensión de tres facetas del problema: el nivel de inadaptación de la conducta, el funcionamiento cognitivo del niño y la capacidad para controlar las emociones (Larroy y Puente, 1998).

El esquema del protocolo de actuación está recogido en la figura 8.3.

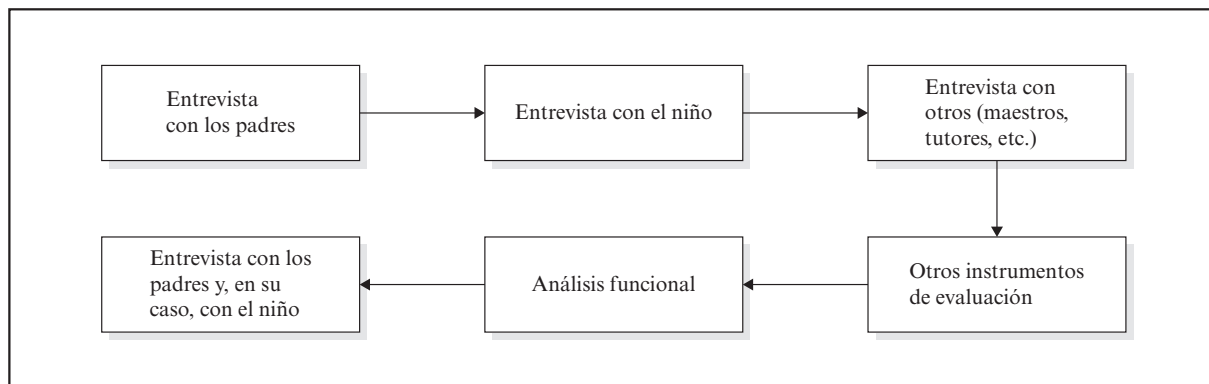


Figura 8.3.—Protocolo de evaluación.

8.3.1. Desobediencia

Para evaluar correctamente las conductas de desobediencia, tras la entrevista a padres, tutores y niño se suele utilizar un procedimiento de observación y/o autoobservación. Generalmente, el primero comienza con una observación, por parte del clínico, de las interacciones padres-hijo que, de forma espontánea o preparada (en un espacio lúdico), se dan en la consulta.

A continuación, se suele utilizar un registro (o autorregistro) de secuencias (véase tabla 8.1) o un registro de proporciones. En el primero de ellos, el observador (hermano, madre o padre que no participe en la interacción) completa una hoja de registro como la que aparece en dicha tabla 8.1. Como puede apreciarse, la hoja cuenta con una serie de rectángulos divididos en tres filas y diez columnas y seguidos de un círculo. Cada fila representa un evento diferente: antecedente paterno (fila 1), respuesta del niño (fila 2) y consecuencia (fila 3), de modo que cada columna supone una interacción. Las columnas sucesivas indican el orden de ocurrencia de las interacciones sucesivas. Cada interacción se observa durante un período de tiempo predeterminado (habitualmente, entre 3 y 10 segundos); cuando ese tiempo ha transcurrido, se pasa a la columna siguiente. El círculo corresponde a un registro de intervalo total, en el que se registra la aparición o no de conductas inadecuadas durante el período de

observación. Los diferentes tipos de eventos se listan en la parte inferior de la tabla.

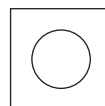
El registro de secuencias nos permite establecer qué tipo de interacción (coercitiva, de castigo, etc.) se da con más frecuencia entre los padres y el niño.

El registro de proporción, adaptado a la desobediencia, nos va a dar información precisa de cuántas órdenes o instrucciones sigue el niño del total que recibe; es decir, hallamos el porcentaje de ocurrencia de la conducta de obediencia. Este tipo de registro es muy útil para evaluar progresos cuando estamos entrenando al niño en una habilidad nueva (por ejemplo, cumplir órdenes, hacer los deberes, etc.), porque lo que importa, en estos casos, no es el número total de conductas del niño, sino cuántas hace bien del total que podía haber hecho.

La evaluación de la desobediencia se puede completar con cuestionarios y escalas, como el *Cuestionario de Conductas Disruptivas* o el TOCA-R (George, Siraqyan, Mores, De la Barra, Rodríguez, López y Toledo, 1995), que completan los profesores y, que además de una puntuación total, ofrece la puntuación de los factores que lo componen (F1 Aceptación de autoridad - F2 Contacto social - F3 Logros cognitivos - F4 Madurez Emocional y F5 Nivel de Actividad). También suele utilizarse el CBCL (*Children Behavior Check List*, Achenbach, 1991) que contestan los padres; es un instrumento que mide una gama amplia de conductas internalizadas y externalizadas de los niños, compuesto por

TABLA 8.1

Registro de secuencias (modificado de Forehand y McMahon, 1981)



Fila 1
O: Orden
A: Advertencia
P: Pregunta
At: Atención
C: Castigo
R: recompensa

Fila 2
O: Obedecer
N: No obedecer

Fila 3
At: Atención
C: Castigo
R: Recompensa

Círculo
X: Conducta inapropiada
/: Conducta apropiada

118 ítems, que se agrupan en nueve factores (ansioso/deprimido, aislado/deprimido, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta de violar reglas, conducta agresiva y otros problemas).

8.3.2. Agresividad

Para evaluar las conductas agresivas suelen utilizarse los procedimientos ya comentados (entrevista, registros o autorregistros y cuestionarios o escalas). Habitualmente, se utilizan registros diarios de frecuencia o de proporciones. En el registro de frecuencia se listan las conductas agresivas que el niño suele mostrar y se registra la aparición de cada una

de esas conductas, cada día de la semana. Si se requiere una información más precisa, el día puede dividirse en periodos (mañana, tarde y noche o períodos de una hora, por ejemplo) Respecto a los cuestionarios, además de los ya comentados, y siempre que el niño sea mayor de 12 años, se puede utilizar la EMA (*Escala de Magallanes de Adaptación*, García y Magaz, 1998), cuyas subescalas informan de la calidad de la relación entre el niño y cada uno de sus padres y también del grado de adaptación del niño a otros diversos entornos (escolar, social, etc.). También se utiliza frecuentemente el CBCL, especialmente sus escalas de Agresividad y la de Problemas sociales. La escala de agresividad está conformada por 18 ítems, como por ejemplo discute por todo, es cruel, molesta a otros o es malo(a) con los

demás, y tiene un punto de corte de 11 puntos. Por su parte, la escala de problemas sociales consta de 11 reactivos que miden problemas sociales, como por ejemplo se queja de estar solo(a) o no se lleva bien con otros niños. También puede utilizarse la Escala de Estrés Parental, que contiene 32 ítems tipo Likert con tres opciones de respuesta, «falso», «a veces cierto» o «cierto», que contestan los padres. Evalúa el estrés relacionado con la condición de ser padre/madre y estrés debido a eventos vitales. La escala de Estrés Parental (Hernández-Guzmán y Benjet, 2003) se compone de 8 subescalas: disciplina o manejo ineficaz, desacuerdo con la pareja, apoyo de la familia, desacuerdo con la familia, goce de la paternidad, evasión de la paternidad, rechazo de la paternidad y educación negativa. A mayor calificación, más estrés parental (la calificación más alta posible es 64).

Hay que recordar que el estrés parental influye notablemente, reduciéndola, en la calidad de la in-

teracción padres-hijo, y supone, en muchas ocasiones, un impedimento para la consecución de los logros terapéuticos.

8.3.3. Hiperactividad

Respecto a la hiperactividad, la evaluación de la misma se realiza habitualmente siguiendo un protocolo, que incluye examen médico (revisión neuropsiquiátrica), entrevistas clínicas (que permitan establecer si se cumplen los criterios DSM-IV-R para TDAH), escalas y cuestionarios de evaluación específica del TDAH para padres y maestros, test y tareas de laboratorio para la evaluación de la atención y la impulsividad y procedimientos de observación y registro. Además, debe hacerse una exploración completa del estado psicopatológico y la capacidad intelectual del niño. Existen varios protocolos adap-

TABLA 8.2

Protocolo IMAT para la evaluación del TDAH (Servera, 2008)

Procedimientos	Pruebas del protocolo IMAT
Entrevista inicial/anamnesis	Adaptación de la entrevista clínica de Barkley (1997d).
Exploración psicopatológica	CBCL de Achenbach (2001).
Exploración específica de síntomas TDAH	ADHD Rating Scales-IV para padres y maestros de DuPaul y cols. (1998).
Exploración del funcionamiento cognitivo en general	WISC-IV, con especial atención a memoria de trabajo, velocidad de procesamiento y al factor FD (aritmética, claves y dígitos).
Tareas de laboratorio	Especial atención a la medida de la atención sostenida/vigilancia a través de la CSAT (Servera y Llabrés, 2004). De modo complementario, CPT-II de Conners (2000), la EMIC (impulsividad cognitiva) (Servera y Llabrés, 2000) y d2 (Brickenkamp y Seisdedos, 2002).
Revisión médica y neuropsiquiátrica	Revisión médica general centrada en factores propios del TDAH y aplicación de la QNST-II de Muti y cols. (1998) (exploración de signos neurológicos menores).
Registros de observación y pruebas complementarias	Registros de observación de los evaluadores durante la aplicación de las pruebas y, si es necesario, ampliación de la evaluación a otras pruebas en función de la problemática detectada.

tados a la población española, como el IMAT, desarrollado por la Unidad de Hiperactividad de la Universidad de las Islas Baleares y que se recoge en la tabla 8.2.

8.4. INTERVENCIÓN

Para los tres problemas de conducta aquí contemplados, la intervención con los padres (aparte de con el niño) es fundamental. Se parte del supuesto de que los comportamientos problemáticos del niño se originan y mantienen por una inadecuada interacción con el medio, básicamente con el medio familiar y, sobre todo, con los padres. Por tanto, una parte importante de la intervención va a ir dirigida a modificar esos patrones inadecuados de interacción y a enseñar a los padres manejos de contingencias adecuados, estrategias de solución de problemas, etc...

Los programas de entrenamiento a padres, juntos a la intervención centrada en el propio niño, suponen la iniciativa terapéutica más útil y utilizada (Kazdin, 2003).

8.4.1. Desobediencia

El entrenamiento a padres cobra un especial relieve en la intervención de las conductas negativistas y de desobediencia de sus hijos, dado que, como ya se ha comentado, las prácticas de crianza y las habilidades de comunicación de los padres con los niños están estrechamente relacionadas con la génesis y el mantenimiento de los comportamientos negativistas, desafiantes y de desobediencia de éstos.

Los programas de entrenamiento a padres presentan ciertas características (Larroy y Puente, 1998): *a)* pretenden modificar las pautas habituales de interacción familiar y, en su lugar, fomentar el aprendizaje de habilidades que favorezcan la instauración de relaciones más adaptativas; *b)* el trabajo del psicólogo se focaliza en los adultos, ayudándoles a cambiar las pautas de interacción coercitivas por otras adecuadas, a manejar de forma correcta las contingencias para favorecer las conductas positivas de los niños (y reducir las negativas) y a aprender a

solucionar problemas interpersonales; *c)* los padres aprenden a dar órdenes de forma eficaz y se entrenan en habilidades específicas de observación, de establecimiento de límites y de manejo de contingencias, y *d)* el entrenamiento se realiza por procedimientos de modelado y moldeado, de ensayos conductuales, tareas para casa y reforzamiento.

Dos de los programas de entrenamiento a padres más utilizados en la intervención en desobediencia son el de Forehand y McMahon (1981), destinado a padres con hijos entre 3 y 8 años, y el de Barkley (1997), dirigido a padres de niños entre 2 y 11 años que no presenten conductas agresivas.

El primero consta de unas 10 sesiones (en terapia individual, en el contexto de la clínica) de unos 90 minutos de duración, e incluye psicoeducación, modelado, role-playing, interacción con el niño en el contexto de entrenamiento, supervisión y tareas para casa. En las primeras sesiones, los padres aprenden a prestar atención a las conductas del niño. Posteriormente, aprenden a reforzar las conductas adaptadas (especialmente la obediencia) y a ignorar las conductas de desobediencia. Por último, los padres aprenden a dar órdenes eficaces y a administrar consecuencias positivas o negativas en función del cumplimiento o incumplimiento de dichas órdenes.

El programa de Barkley (1997) se desarrolla en 10 sesiones de unas dos horas de duración. El programa sigue los principios básicos del aprendizaje, basándose en conceptos fundamentales como: *a)* énfasis en el control conductual a partir de las consecuencias, *b)* el uso de consecuencias positivas y la evitación de castigos, para manejar la conducta del niño, *c)* el aprendizaje de los padres de habilidades relacionadas con la impartición de órdenes, de manejo de contingencias y de solución de situaciones conflictivas, y *d)* la aplicación continua de este aprendizaje en condiciones naturales (en casa). Los contenidos de las sesiones son los siguientes: 1) entender las causas de la conducta inadecuada del niño; 2) aprender a prestar atención a las conductas apropiadas; 3) incrementar la obediencia y el juego independientes y aprender a dar órdenes; 4) poner en práctica un sistema de economía de fichas en el hogar; 5) utilizar el tiempo fuera y otros procedi-

mientos de reducción de conductas inadecuadas a la desobediencia; 6) extender el uso de esos procedimientos a otras conductas inadecuadas; 7) anticipar problemas y manejar el comportamiento del niño en lugares públicos; 8) mejorar el comportamiento del niño en el colegio; 9) preparar para manejar futuros problemas de conducta, y 10) sesión de apoyo al programa de entrenamiento.

Si bien la intervención con padres está destinada, básicamente, a mejorar las relaciones familiares, la intervención con el niño tiene como objetivo prioritario mejorar su funcionamiento individual. Se busca incrementar sus habilidades cognitivas, sus estrategias de comunicación y sus habilidades de autocontrol. Para ello, y dependiendo de los resultados del análisis de la conducta, suele utilizarse el entrenamiento en las técnicas siguientes: autoobservación, autoinstrucciones, solución de problemas, práctica repetida y práctica en vivo (Kazdin, 1995). Todas estas técnicas se entrenan en la consulta, para luego pasar a aplicarlas en la casa del sujeto. Finalmente, se programa la aplicación de estas técnicas (especialmente la de solución de problemas) en situaciones interpersonales problemáticas para el niño, procurando que éstas aparezcan en la vida cotidiana del menor y que vayan progresivamente aumentando su complejidad. La ejecución del paciente en estas situaciones es guiada, apoyada y reforzada por el terapeuta, por sus padres o por otros significativos.

8.4.2. Agresividad

Al igual que en el tratamiento de la desobediencia, la intervención en los comportamientos agresivos de los niños se basa, en gran medida, en un programa de entrenamiento a los padres, conjuntamente con un tratamiento individual con el niño.

El entrenamiento a padres es, básicamente, similar al explicado en el punto anterior, y contiene los elementos siguientes: psicoeducación (que permite identificar a los padres la agresividad y definir operacionalmente la conducta agresiva y el comportamiento prosocial de sus hijos); entrenamiento en manejo de contingencias, con el reforzamiento contingente del comportamiento prosocial y la reduc-

ción instrumental de las conductas desadaptadas del niño, y entrenamiento en establecimiento de límites.

Kazdin y Whitley (2003) proponen que al entrenamiento de padres se una un entrenamiento específico de solución de problemas, para reducir su carga de estrés (como se recordará, el estrés parental es uno de los factores mediadores más potentes en las conductas de agresividad infantil). El entrenamiento en solución de problemas para padres (Parental Problems Solving) tiene como objetivo que los padres aprendan a identificar soluciones alternativas eficaces a situaciones estresoras y, en aquellos casos en los que la situación no tenga una solución alcanzable (pérdida de un ser querido, pérdida del trabajo, situación de paro prolongada, etc.), aprendan estrategias adecuadas de afrontamiento paliativo y a utilizar los recursos disponibles (amigos, familia, etc.), que les permita desarrollar un sentimiento de estar siendo útiles a los demás. El entrenamiento consta de tres fases: en la primera se identifican las situaciones y circunstancias asociadas a las fuentes de estrés; en la segunda se investiga el impacto de estas situaciones en la vida cotidiana, a través de los pensamientos y sentimientos de los padres (creencias, expectativas y emociones acerca del problema); en la tercera fase se entrena a los padres en la búsqueda de soluciones alternativas y de estrategias de afrontamiento adecuadas, para posteriormente planificar la aplicación de las nuevas soluciones, y, por último, llevarlas a la práctica. La intervención se lleva a cabo mediante procedimientos de modelado, role-playing, aproximaciones sucesivas y reforzamiento.

El tratamiento de los niños suele incluir los componentes siguientes: en primer término, la psicoeducación, mediante la cual el niño aprende a describir qué es la agresividad y define operacionalmente su propia agresividad; en segundo lugar, se enseñan al niño técnicas de desactivación (generalmente, relajación) y técnicas de control de la ira (como la técnica de la tortuga); asimismo, el programa incluye la técnica de solución de problemas, mediante la cual el niño identifica soluciones efectivas a problemas específicos que enfrenta en la vida cotidiana (un problema se define como cualquier suceso o situación que actúe como una amenaza o discrepancia

entre lo que uno quiere y la realidad; una solución en este contexto se refiere a cualquier respuesta de afrontamiento al problema: las soluciones efectivas son aquéllas en donde la respuesta de afrontamiento no sólo resuelve el problema, sino que maximiza las consecuencias positivas y minimiza las negativas). Finalmente, se entrena al niño en habilidades sociales, cuyo objetivo es formar conductas pro-sociales mediante el modelado, las aproximaciones sucesivas y la imaginación guiada.

8.4.3. Hiperactividad

Aunque en el área infantil no es muy habitual la utilización de psicofármacos, la hiperactividad constituye una excepción. Desde los años setenta se ha extendido la utilización de estimulantes (especialmente el metilfenidato, comercializado como Rubifén o Ritalin) para tratar la sintomatología asociada a la hiperactividad. Su amplia prescripción (cerca del 90 por 100 de los niños medicados lo utilizan) se debe a sus características: tiempo de absorción (alrededor de 30 minutos) y duración de sus efectos (alrededor de 4 o 5 horas). En general, parece que los resultados obtenidos por el fármaco son bastante consistentes a corto plazo, y que entre el 60 y el 90 por 100 de los niños tratados mejora en alguna medida. El metilfenidato se ha mostrado mejor que el placebo en la mejora de la sintomatología asociada a la hiperactividad: incrementa la atención en pruebas de laboratorio y reduce la sobreactivación motora. Sin embargo, las mejorías en cuanto a conducta social, aprendizaje y rendimiento académico no son tan notorias. Por otro lado, el tratamiento farmacológico provoca determinados efectos secundarios negativos que también hay que contemplar, como la disminución del apetito (llegando incluso a producir problemas de crecimiento, dolores abdominales y de cabeza, alteración del estado de ánimo y exacerbación de tics nerviosos). Además, la retirada del fármaco produce, en muchas ocasiones, la reaparición de la sintomatología hiperactiva. Por todo ello, en los últimos años va cobrando cada vez más importancia la implantación de tratamientos combinados, farmacológicos y cognitivo-conductuales.

Los objetivos de tales tratamientos son:

1. Facilitar la implantación de la intervención psicológica con la utilización de tratamiento farmacológico en las primeras fases de la intervención o en episodios agudos.
2. Disminuir los costes y los efectos secundarios del tratamiento farmacológico (se ha demostrado que la intervención psicológica permite reducir las dosis y la duración del tratamiento con fármacos).
3. Mantener y generalizar los logros de la intervención (lo que no se consigue con el tratamiento farmacológico únicamente).

Dado que en la hiperactividad las áreas principalmente afectadas son la escolar y la familiar, el tratamiento suele estar dirigido a tres distintos sujetos: el propio niño, los padres y el o los maestros.

El tratamiento combinado incluye los siguientes elementos:

1. Para el niño:
 - a) Tratamiento farmacológico (habitualmente con metilfenidato).
 - b) Entrenamiento en autoinstrucciones: destinadas a controlar la impulsividad del niño y a mejorar su autocontrol.
 - c) Entrenamiento en solución de problemas: dirigido fundamentalmente a los niños (a veces también a las familias), para que aprendan a dar respuestas y soluciones alternativas a los problemas que se le plantean.
 - d) Técnicas para el control de la irritabilidad: habitualmente, la técnica de la tortuga y las autoinstrucciones se emplean para reducir y/o controlar la expresión de comportamientos altamente agresivos de los niños.
 - e) Programas de comunicación: destinados a resolver las dificultades interpersonales del niño y conseguir una mejor adaptación del mismo. En función de los casos, se puede utilizar entrena-

miento en habilidades sociales, contratos conductuales, etc.

2. Para los padres:

- a) Psicoeducación, para que comprendan el cuadro clínico de su hijo, restarles culpabilidad, motivarles al tratamiento y convertirlos en agentes del cambio de las conductas de su hijo.
- b) Manejo de contingencias: se entrena a padres y maestros a extinguir las conductas desadaptativas y a detectar, prestar atención y reforzar (social y materialmente) las conductas adecuadas.
- c) Entrenamiento en economía de fichas o contratos conductuales (que implican refuerzos materiales y/o de actividad a las conductas positivas y, en ocasiones, castigo negativo, por la pérdida de fichas, de las conductas desadaptadas, en el caso de que la extinción no haya funcionado).
- d) Entrenamiento en sobrecorrección de conductas inadecuadas (por ejemplo, limpiar lo ensuciado, recoger los trozos de lo roto y pegarlos, etc.).

3. Para los maestros:

- a) Psicoeducación sobre el trastorno por TDAH: ayuda a cambiar los sesgos atribucionales sobre el comportamiento del niño y a conocer las necesidades educativas especiales del mismo.
- b) Entrenamiento en manejo de contingencias y otras técnicas operantes de refuerzo de conductas positivas y extinción o castigo negativo de conductas inadecuadas.
- c) Entrenamiento en facilitar las acomodaciones educativas (uso de instrucciones adecuadas, organizar el ambiente del aula para facilitar el aprendizaje y el rendimiento, etc.).
- d) Entrenamiento en uso de estrategias para fomentar la autorregulación del niño y ayudarle progresivamente a re-

solver problemas personales e interpersonales.

- e) Entrenamiento en fomentar la autoevaluación reforzada por parte del niño, facilitando que el alumno con TDAH sea consciente de su propia conducta.

Parece que la combinación de todos estos elementos (tratamiento farmacológico más tratamiento dirigido a niño, padres y maestros) es el más efectivo con que actualmente se puede contar y constituye un tratamiento empíricamente bien establecido; aunque, como es lógico, la investigación debe continuar para lograr que el tratamiento se adapte más a las necesidades específicas de cada paciente.

8.5. CONCLUSIONES

Los problemas de conducta en la infancia que aquí se han revisado comparten ciertos elementos tanto en su etiología como en su evaluación y tratamiento. Y de esos elementos, el más importante, sin duda, es el papel de los padres, la relación interactiva que se establece entre los padres y el niño, relación inadecuada que favorece, en muchas ocasiones, la estabilización y cronificación de conductas de los niños que pueden llegar a convertirse en problemas más serios.

Por ello, una parte considerable del proceso de evaluación e intervención debe centrarse, además de en el propio niño, en los padres y en la interacción familiar. Es labor fundamental del terapeuta conseguir la colaboración de los padres, lograr que sean capaces de comprender la naturaleza de las conductas desadaptativas de sus hijos; que puedan involucrarse en el aprendizaje de técnicas operantes de control de la conducta y en el manejo de contingencias adecuadas; que puedan cambiar la forma de comunicarse con los niños; que aprendan a dar órdenes y a establecer límites y sean capaces de enseñar a sus hijos a respetarlos; y, sobre todo, que se impliquen en trasladar todos estos aprendizajes a la situación natural, al contexto de su casa, a la interacción diaria y cotidiana con sus hijos.

Los programas de entrenamiento a padres, basados en estos principios, han conseguido resultados alentadores, y es por ello que, en los últimos años, se ha apreciado una expansión de los mismos en tres direcciones distintas: *a*) a otras poblaciones (padres de hijos preadolescentes y adolescentes; de niños con discapacidad física o mental; de niños que han sufrido maltrato o negligencia, etc.), *b*) en lo referente a instrumentos y procedimientos de evaluación (se han creado, estandarizado, validado y adaptado numerosos instrumentos que permiten obtener una información de calidad) y a la utilización de nuevas tecnologías en el proceso de entrenamiento a padres (se ha popularizado el uso del ordenador y de los teléfonos móviles para facilitar el entrenamiento en la propia casa desde el principio), y *c*) en lo que respecta al formato de intervención (se ha

pasado de una intervención individual a una grupal, que, además de más eficiente, proporciona a los padres el apoyo social del grupo, les permite compartir experiencias y les facilita distintas perspectivas del problema).

Quedan aún retos por resolver, existiendo todavía un amplio campo de investigación de cara al futuro: la determinación de las variables que permitan establecer qué tipos de intervenciones son más adecuadas a cada población y a cada problema; qué variables de los padres, de los niños, de la relación e incluso de los terapeutas influyen, positiva o negativamente, en los resultados de las terapias; cómo se pueden depurar estos procedimientos para mejorar su eficiencia; cómo, en fin, encontrar un modelo que permita valorar sistemáticamente la adecuación de los procedimientos a cada familia y a cada trastorno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed. Revised)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Barkley, R. (1990). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook of diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. (1997). *Defiant children: A clinicians manual for assessment and parent training*. New York: Guilford Press.
- Brickenkamp, R. y Seisdedos, N. (2002). *El d2, Test de Atención*. Adaptación española. Madrid: TEA ediciones. Original de Brickenkamp, R. y Zillmer, E. (1998).
- Conners, C. K. (2000). *Conner's continuous performance test II*. Toronto: Multi-Health Systems.
- DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D. y Reid, R. (1998). *ADHD Rating Scale-IV: checklists, norms, and clinical interpretation*. New York: Guilford.
- Family Environmental Scale Rudolf H. Moos, y Bernice S. Moos y E. J. Trickett (1974). *Escalas de Clima Social*. Madrid: TEA.
- Forehand, R. y McMahon, R. (1981). *Helping the non-compliant child*. Nueva York: Guilford Press.
- Fox, R. A. (1994). *Parent Behavior Checklist*. Brandon, VT: Clinical Psychology Publishing Company.
- Gámez-Guadix, M., Murria, A., Carrobes, J. A., Muñoz-Rivas, M. y Almendros, C. (2010). Castigo físico y consecuencias a largo plazo: el papel moderador del contexto parental positivo y la agresión psicológica. *Psicothema*, 22, 529-536.
- García, M. y Magaz, A. (1998). *Escala Magallanes de Adaptación*. Bilbao: Grupo Alborch.
- García, M. y Magaz, A. (2000). *Escalas de áreas de Conductas-Problema*. Bilbao: Grupo Alborch.
- George, M., Siraqyan, X., Mores, R., De la Barra, F., Rodríguez, J., López, C. y Toledo, V. (1994-1995). Adaptación y validación de dos instrumentos de pesquisa de problemas de salud mental en escolares de 1.º básico. *Revista de Psicología*, 5, 17-26.
- Hernández-Guzmán, L. y Benjet, C. (2003). *Escala de Estrés Parental: Validez y confiabilidad*. Proyecto de investigación DGAPA IN-302002. Prevención y tratamiento de la disfunción psicológica infantil. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Kazdin, A. (1995). Terapia de habilidades en solución de problemas para niños con trastornos de conducta. *Psicología Conductual*, 3, 231-250.
- Kazdin, A. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.

- Kazdin, A. E. (2003). Psychotherapy for children and adolescents. *Annual Review of Psychology*, 54, 253-276.
- Kazdin, A. E. y Whitley, M. K. (2003). Treatment of parental stress to enhance therapeutic change among children referred for aggressive and antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 504-515.
- Larroy, C. (2007). *Mi hijo no me obedece: Soluciones realistas para padres desorientados*. Madrid: Pirámide.
- Larroy, C. y Puente, M. L. (1998). Trastornos de conducta en niños. En M. A. Vallejo (ed.), *Manual de terapia de conducta*. Madrid: Dykinson.
- 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.
- McMahon, R. J y Forehand, R. (1988). Conduct Disorders. En Mash, E. J. y Terdal, L. G. (eds.), *Behavioral assessment of childhood disorders*. New York: Guilford.
- Moos, R. H., Moos, B. S. y Trickett, E. J. (1987). *Escalas de clima social: familia, trabajo, instituciones penitenciarias, centro escolar*. Madrid: TEA.
- Moreno, I. y Servera, M. (2002). Los trastornos por déficit de atención con hiperactividad. En M. Servera (coord.), *Intervención en trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas*. Madrid: Pirámide.
- Mutti, M. A., Harold, M., Sterling, M. D., Martin, N. y Spalding, N. (1988). *Quick Neurological Screening Test II (QNST-II)* Second Revised Edition. Novato: Academic Therapy Publications/
- Patterson, G. R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist*, 41, 432-444.
- Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D. y Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44, 329-335.
- Patterson, G. R., Reid, J. B. y Dishon, T. J. (1992). *Antisocial boys*. Eugen, Oregon: Castalia.
- Reynolds, C. R. y Kamphaus, R. W. (1992). *The Behavior Assessment System for Children*. Circle Pines, MN: American Guidance Services (AGS); Inc (Adaptación en TEA Ediciones).
- Servera, M. (2008). *Evaluación de la sintomatología principal y asociada al TDAH: Bases para un diagnóstico*. Curso de Verano de la Universidad de Burgos: Trabajar con personas con TDAH, una labor de equipo. Burgos, 7-11 julio 2008.
- Servera, M. y Llabrés, J. (2000). *Escala Magallanes de Impulsividad Computarizada (EMIC)*. Bilbao: Albor-Cohs.
- Servera, M. y Llabrés, J. (2004). *CSAT: Tarea de atención sostenida en la infancia*. Madrid: TEA.
- Smeekens, S., Riksen-Walraven, J. M. y van Bakel, H. J. A. (2007). Multiple determinants of externalizing behavior in 5-year-olds: A longitudinal model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 347-361.
- Widom, C. S., Schuck, A. M. y White, H. R. (2006). An examination of pathways from childhood victimization to violence: The role of early aggression and problematic alcohol use. *Violence and Victims*, 21(6), 675-690.

Los conflictos padres-adolescentes

CÁNDIDO J. INGLÉS
ESTEFANÍA ESTÉVEZ
JOSÉ A. PIQUERAS
GONZALO MUSITU

La adolescencia es un período del ciclo vital caracterizado por la aparición de numerosos cambios físicos, psicológicos y sociales. Entre los principales cambios sociales experimentados por los adolescentes destacan las relaciones con sus padres. En este sentido, con la llegada de la adolescencia se puede producir la desorganización de las pautas establecidas en la familia, siendo necesario generar nuevas reglas que faciliten la convivencia con los hijos. En general, la mayor demanda de autonomía personal de los adolescentes se traduce en menores cuotas de control y autoridad por parte de los padres. Además, éstos tienden a exigir que sus hijos se comporten como adultos en cuestiones como la colaboración en tareas domésticas o las salidas con los amigos, así como una mayor responsabilidad ante el rendimiento académico y/o el inicio de relaciones sexuales. Consecuentemente, muchos de estos cambios en las relaciones entre padres e hijos adolescentes pueden representar una fuente importante de conflicto.

A lo largo de este capítulo se incluyen diversas cuestiones relacionadas directamente con los conflictos entre padres y adolescentes. En primer lugar, se describen las principales transformaciones en las relaciones familiares durante la adolescencia (por ejemplo, la búsqueda de mayor autonomía personal), así como los principales conflictos que se producen entre padres e hijos adolescentes. En segundo lugar, se presentan los recursos más frecuentes empleados por los propios padres e hijos adolescentes para prevenir los conflictos (por ejemplo, la comunicación positiva y la aplicación de un estilo parental democrático). Sin embargo, en ocasiones, estos

recursos pueden ser insuficientes para la solución de situaciones conflictivas en la familia. Por ello, la última sección de este capítulo recoge algunos programas de intervención que pueden ayudar, mediante su autoaplicación o a través de terceros (por ejemplo, maestro, monitor, etc.), a los padres y adolescentes a resolver sus principales conflictos cotidianos. Concretamente, se describen las principales características de dos programas para padres que tienen hijos adolescentes; el *Programa LISIS: las relaciones entre padres e hijos en la adolescencia*, elaborado por el profesor Musitu y su equipo de investigación, y el *Programa COFAMI: Corresponsabilidad familiar: fomentar la cooperación y responsabilidad de los hijos*, diseñado por las profesoras Maganto y Bartau. Finalmente, se incluye el *Programa PEHIA: enseñanza de habilidades interpersonales para adolescentes*, elaborado por el profesor Inglés, que tiene, entre otros objetivos, enseñar a los adolescentes habilidades para negociar con sus padres sobre dificultades que surgen en la vida cotidiana.

9.1. LA TRANSFORMACIÓN DE LAS RELACIONES FAMILIARES

La llegada de los hijos a la adolescencia supone un importante reto para la familia. De hecho, se trata de un acontecimiento que puede hacer tambalear los cimientos construidos hasta el momento, aunque no necesariamente para derrumbar el proyecto familiar, sino en muchas ocasiones para fortalecerlo y construir una edificación más fuerte. Así,

la familia es un sistema vivo y dinámico, donde todo tipo de alteración o cambio manifiesta una influencia en la totalidad de sus integrantes. Frente a estos cambios, normativos o no, es necesario poner en marcha mecanismos de adaptación, de transformación de las interacciones y de las reglas de juego. En el caso que nos ocupa, el crecimiento de los hijos y la llegada a la adolescencia, es necesario que se transformen las interacciones y las normas familiares para, por un lado, ser capaces de mantener la cohesión afectiva en la familia y, por otro, permitir el desarrollo autónomo de los adolescentes.

Específicamente, en una familia con hijos adolescentes debe renegociarse de forma importante el grado de independencia y supervisión directa de los jóvenes. La nueva situación de la familia requiere un cambio de lentes en los padres para comenzar a ver en los hijos a personas cada vez más maduras que abandonan lentamente la etapa infantil y que, consecuentemente, demandan más autonomía y flexibilidad ante ciertas decisiones. Estas demandas de los hijos, muchas de ellas inexistentes hasta entonces (por ejemplo, solicitar ir solos a un concierto o hacerse un *piercing*), pueden desconcertar a los padres, acostumbrados a que su niño aceptara sin objeciones las directrices propuestas. Entender que esta búsqueda de mayor independencia es un aspecto clave en la adolescencia y que representa una de las tareas evolutivas principales del ser humano, ayudará enormemente a prevenir discusiones familiares desagradables, como tratamos de exponer en los siguientes epígrafes.

9.1.1. La búsqueda de mayor autonomía

Los adolescentes buscan cada vez más autonomía, independencia y control sobre sus vidas, y esto hace que las relaciones con los padres se modifiquen significativamente. La asimetría propia de la relación con los hijos durante la infancia se va desvaneciendo para dar lugar a una interacción parentofamiliar más equitativa y simétrica a lo largo de la adolescencia. A medida que los hijos entran en la etapa adolescente, las diferencias de poder comienzan a diluirse, se empieza a cuestionar la autoridad

parental y aumenta la demanda de cierto grado de autonomía, tanto externa, es decir, en relación con la vida fuera del hogar, con las amistades y el tiempo libre de ocio, como interna, esto es, referente a la posibilidad de tomar decisiones relativas a la propia vida sin sentimientos de culpa y sin necesidad de juzgar las propias acciones en función de los criterios parentales.

Esta autonomía va creciendo normalmente de manera gradual en el curso de la adolescencia, aunque el proceso de emancipación es complejo, y superarlo con éxito depende tanto de aspectos propios del adolescente como de los padres. Con respecto al adolescente, su tarea principal consiste en ir descartando la imagen y definición de sí mismo que eran válidas cuando era niño, y empezar a configurar una identidad acorde a los cambios bio-psico-sociales que está experimentando en ese momento. En cuanto a los padres, éstos deben esforzarse por mantener el vínculo afectivo, al tiempo que reconocen que su hijo ya no es un niño, sino que está incorporando los nuevos cambios propios de esta edad a su propia identidad.

La autonomía de los hijos no debe confundirse con la ruptura o la disminución en la intensidad de las relaciones con los padres, sino que se trata, como hemos apuntado, de una transformación hacia cierta igualdad y reciprocidad entre la individualidad del adolescente y su cohesión con los restantes miembros de la familia. Sin embargo, también es cierto que en ocasiones se da un mayor distanciamiento de los padres que en etapas anteriores, puesto que la búsqueda de más independencia y libertad del adolescente para tomar sus propias decisiones puede derivar en conflictos con los padres.

El conflicto surge normalmente porque el adolescente percibe que su libertad está amenazada por los padres, mientras que éstos consideran que esa mayor libertad amenaza la unidad y el orden familiar. Así, numerosos conflictos entre padres e hijos durante la adolescencia surgen por diferencias en las percepciones e interpretaciones sobre el propio hecho de la *adquisición de autonomía*. Los hijos consideran que los padres ejercen un control excesivo sobre algunos aspectos de su vida y reivindican mayor independencia en la decisión y actuación en un número creciente de áreas que anteriormente estaban bajo el control

exclusivo de los padres, como, por ejemplo, la manera de vestir o las salidas de casa. El adolescente considera que estas cuestiones son demasiado personales y deberían depender de su propia toma de decisiones, una visión que no siempre es compartida por los padres. Por tanto, cuando los padres quieren controlar áreas más personales, surge el conflicto.

9.1.2. Los conflictos con hijos adolescentes

Podemos definir el *conflicto* como una divergencia percibida de intereses, o una creencia de que las aspiraciones actuales de las partes no pueden ser alcanzadas simultáneamente (Rubin, Pruitt y Kim, 1994). En efecto, padres e hijos adolescentes perciben distintos intereses y muestran aspiraciones que entran en confrontación. De hecho, los desacuerdos que surgen entre ellos tienen normalmente mucho que ver con lo que unos esperan de los otros, es decir, con las distintas interpretaciones que padres e hijos hacen respecto a cómo los demás deberían pensar y comportarse. En el cuadro 9.1 se resumen los principales tipos de desacuerdos recogidos por Estévez, Jiménez y Musitu (2007).

Aunque este tipo de desacuerdos, que pueden devenir en conflictos, es común en familias con hijos adolescentes, también es importante destacar que su existencia no debe considerarse como algo categóricamente negativo. El conflicto no es en sí mismo ni bueno ni malo, sino parte de la vida y de la naturaleza humana. Los conflictos son inherentes a las interacciones sociales y universales y, además, brindan oportunidades para adquirir o potenciar habilidades de relación como la empatía, desarrollar estrategias adecuadas para resolver problemas y conocer mejor a los demás.

Ahora bien, el conflicto será funcional o disfuncional dependiendo de la forma en que sea solucionado. Si el conflicto es percibido como un problema, se tenderá a evitar o a solucionar de forma rápida; si se opta por la estrategia de «evitación del problema», nos encontraremos con una relación familiar aparentemente sin desacuerdos que terminará polarizando a las partes implicadas y profundizando en las diferencias; cuando la elec-

ción es poner un fin rápido al conflicto, se utiliza en numerosas ocasiones un estilo autoritario y hostil, caracterizado por la unilateralidad, donde se impone el más fuerte —en este caso, los padres frente a los hijos—. Como consecuencia de estos modos de resolver los conflictos, se bloquea el proceso de adquisición de autonomía del adolescente, la familia no progresa en su ciclo de desarrollo vital, e incluso es posible que los hijos eviten la interacción con sus padres y presenten problemas de desajuste escolar y comportamental (Musitu, Estévez y Jiménez, 2010).

Al contrario, si el conflicto es entendido como una oportunidad para clarificar y mejorar las rela-

CUADRO 9.1

Tipos de desacuerdo entre padres e hijos adolescentes

- *Desacuerdos que surgen debido a que los padres esperan una mayor responsabilidad y autonomía del adolescente, por ejemplo en cuestiones tales como mantener la habitación ordenada y hacer las tareas escolares. Normalmente, estos conflictos consisten en quejas recurrentes de los padres, aunque los hijos suelen terminar accediendo a las demandas.*
- *Desacuerdos que tienen lugar debido a que los padres piensan que no es adecuado que el adolescente decida por sí mismo. Normalmente acontecen como resultado de una demanda realizada por el hijo relacionada con aspectos que los padres consideran que todavía no debe decidir el adolescente, como las salidas nocturnas y el tipo de compañías. En estos casos, los padres tienen la visión de su hijo como una persona todavía inmadura e incapaz de prever las consecuencias a largo plazo de ciertos comportamientos y elecciones. Los adolescentes, sin embargo, consideran que estos temas les conciernen plenamente a ellos y que la posición de sus padres es injusta.*
- *Desacuerdos que son producto de diferencias en gustos y preferencias personales. Generalmente son provocados por las críticas de los padres hacia sus hijos, y se centran en temas tales como la elección de la ropa, la música que escuchan o los programas de televisión que ven.*

ciones, es más probable que se adopte un estilo democrático y de negociación que favorecerá su resolución constructiva. Este es el caso en el que las partes implicadas optan por la utilización del diálogo y la flexibilidad de posiciones, y en el que la solución se alcanza por *acuerdo*, en lugar de por imposición unilateral. Este modo de resolver los conflictos puede constituir una vía para que los hijos aprendan a escuchar, a negociar, a tomar en consideración los puntos de vista de los demás y, en definitiva, a solucionar los problemas interpersonales de manera eficiente, cooperativa y fomentando la confianza mutua.

La existencia de conflictos no es necesariamente un síntoma de graves problemas y disfunciones familiares, sino que puede ser positivo e incluso resultar beneficioso, siempre y cuando acontezca en un contexto de afecto y cohesión (Holmbeck, 1996). Así, el conflicto puede ayudar a poner en cuestión la estructura y normas familiares vigentes hasta el momento y permitir el desarrollo de habilidades sociales en padres e hijos (véase, por ejemplo, Inglés, 2009). Desde esta perspectiva del desenlace constructivo de desacuerdos, entendemos que éstos son el instrumento idóneo para introducir los cambios necesarios en el sistema familiar, con el propósito de superar con éxito la etapa en la que los hijos alcanzan la adolescencia. El conflicto puede suponer una buena oportunidad para que los padres evalúen y revisen sus propias creencias, flexibilicen la relación con sus hijos y modifiquen, si hiciera falta, las normas de interacción entre los miembros de la familia, así como para que todos muestren comprensión, respeto y aceptación por las opiniones de los demás (Maganto y Bartau, 2004).

Es más probable que los conflictos ocurran durante la primera etapa de la adolescencia, tal y como observaron Laursen, Coy y Collins (1998) tras analizar 53 investigaciones en su metaanálisis. Estos autores concluyeron que existe un decremento en la frecuencia de conflictos familiares conforme avanza la adolescencia, coincidiendo la etapa de mayores conflictos con los cambios propios de la pubertad, unos cambios que suponen la verdadera revolución del cuerpo adolescente. Además, es en esta primera etapa cuando las pretensiones de lograr autonomía

entran más en discordia con el grado de libertad que los padres están dispuestos a conceder. Sin embargo, conforme avanza la adolescencia y los hijos van mostrando más señales de madurez y argumentos más razonables y convincentes, los padres van cediendo en mayor medida ante las demandas de los hijos, fomentando incluso la independencia en algunos ámbitos. Este hecho hace que los desencuentros y disputas familiares desciendan hacia finales del período adolescente (Méndez, Inglés e Hidalgo, 2002; Parra y Oliva, 2002). Así, Collins y Laursen (2004) indicaron que hacia el final de la adolescencia normalmente la amistad y el afecto positivo vuelven a surgir hasta los niveles preadolescentes, como consecuencia de la renegociación del equilibrio de poder entre padres e hijos. Algunos estudios sugieren que, aunque este descenso de conflictos se da tanto para los chicos como para las chicas, es especialmente evidente en el caso de éstas (Méndez et al., 2002; Parra y Oliva, 2002).

No obstante, los estudios concluyen que, en general, la mayoría de adolescentes se lleva bien con sus padres, a pesar de la imagen general de relación conflictiva que nos llega en numerosas ocasiones desde los medios de comunicación. Sólo un pequeño porcentaje de familias con adolescentes informan de conflictos relevantes; además, los estudios muestran que muchas de esas familias ya tenían problemas antes de que sus hijos alcanzaran la adolescencia (Collins, 1990, 1997). Así, a pesar de su búsqueda de autonomía e independencia, muchos adolescentes sienten un profundo respeto y cariño por sus padres (Feldman, 2007), y las relaciones entre ambos suelen ser en la mayoría de ocasiones armoniosas y satisfactorias (Méndez et al., 2002; Palacios, Hidalgo y Moreno, 1998). La denominada *brecha generacional*, que hace referencia a la división entre padres e hijos en actitudes, valores, aspiraciones y visiones del mundo, es, en realidad, bastante delgada, puesto que padres y adolescentes suelen mostrar opiniones parecidas en diversos ámbitos, y el acuerdo está normalmente garantizado en temas sociales, políticos y religiosos (Noller, 1994). En el siguiente apartado profundizaremos en mayor detalle en los principales temas de discusión familiar.

9.1.2.1. Temas principales de discusión

La mayoría de las discusiones entre padres e hijos adolescentes tienen que ver con asuntos cotidianos, como los quehaceres domésticos, las tareas escolares, el modo de vestir, la hora de llegada a casa y las amistades, más que con valores fundamentales o cuestiones de fondo. Sin embargo, algunos de esos temas menores pueden abrir la puerta a otros más serios, como el consumo de drogas o el sexo de riesgo. Aunque estos temas no suelen aparecer con demasiada frecuencia en las discusiones familiares debido a que, sencillamente, se evita hablar sobre ellos, cuando surgen pueden generar conflictos más intensos (Parra y Oliva, 2002). No obstante, los temas más habituales en los desacuerdos familiares no provocan demasiada tensión, debido tanto a la habituación que produce el hecho de discutir con cierta frecuencia sobre un aspecto determinado, como al proceso adaptativo que ponen en marcha muchas familias para evitar situaciones extremadamente disruptivas (Parra y Oliva, 2002).

En relación a los temas más comunes de discusión familiar, distintas investigaciones (Bosma et al., 1996; Laursen et al., 1998; Noller, 1994) destacan como principales focos de conflicto entre padres e hijos adolescentes los recogidos en el cuadro 9.2.

CUADRO 9.2

Principales temas de discusión entre padres e hijos adolescentes

1. *Opciones y costumbres sociales*: elección de amistades y de pareja, tipo de actividades de ocio, hora de volver a casa, elección de ropa y peinado, etc.
2. *Responsabilidad*: realización de tareas domésticas, cuidado de cosas personales, utilización del dinero, utilización del teléfono, etc.
3. *Estudios*: calificaciones académicas, hábitos de estudio, asistencia a clase, actitud respecto al profesorado, conducta en el instituto, etc.
4. *Relaciones familiares*: relación con los padres, hermanos, abuelos, etc.
5. *Valores morales*: tipo de lenguaje utilizado, consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, conducta sexual, conducta antisocial, etc.

En España, los estudios llevados a cabo con población adolescente española destacan como causas más frecuentes de discusión entre padres e hijos las siguientes: la realización de tareas del hogar, los estudios, la hora de llegar a casa por la noche y la utilización del dinero (por ejemplo, Del Valle, 1994; Motrico, Fuentes y Bersabé, 2001). En la investigación llevada a cabo por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) en 2003, centrada en el análisis de los conflictos familiares, los resultados mostraron que más del 30 por 100 de los padres indicó que el trabajo doméstico provoca conflictos con los hijos adolescentes «casi siempre o siempre», seguido de las tareas académicas (26 por 100), la hora de regreso (19 por 100) y el dinero (14 por 100).

Además, estos conflictos parecen estar modulados por el sexo de padres y adolescentes. Así, distintos autores coinciden en señalar que tanto los chicos como las chicas tienen normalmente más conflictos con la madre que con el padre, aunque también suelen mostrar una comunicación más abierta y positiva con ésta (Collins, 1997; Laursen et al., 1998; Noller, 1994; Smetana y Asquith, 1994). Este hecho se debe a que los hijos, por norma general, se relacionan más frecuentemente o pasan más tiempo con la madre que con el padre, y los conflictos más frecuentes se centran en aspectos de la vida diaria, donde ellas están normalmente más presentes (Steinberg, 1990). Esto se explica, en parte, porque el trabajo remunerado fuera del hogar es menos frecuente en madres que en padres, aunque se ha observado que es más habitual incluso que las madres trabajadoras estén más implicadas en el cuidado y supervisión de los hijos, y que estén más atentas a la vida personal y familiar de los adolescentes, mientras que los padres se preocupan más por las relaciones sociales y por el rendimiento académico de los hijos (Motrico et al., 2001). Desde la visión del adolescente, las madres son percibidas como más abiertas, comprensivas e interesadas en los asuntos de los hijos adolescentes y suelen iniciar con mayor frecuencia la comunicación con éstos (Noller y Callan, 1990).

Por otra parte, los adolescentes suelen tener discusiones sobre temas diferentes con el padre y la madre. El conflicto con la madre se relaciona prin-

principalmente con cuestiones que tienen que ver con los buenos modales o buena educación, las tareas del hogar, la elección de los amigos y la forma de vestir, mientras que con el padre los adolescentes tienen más problemas relativos a la paga, el uso del tiempo libre y el desempeño escolar (Musitu y Cava, 2001; Noller, 1994). Además, los estudios indican que los chicos suelen tener más conflictos con ambos padres en comparación con las chicas, y que las discusiones de ellos están normalmente más relacionadas con las tareas del colegio, mientras que las de las chicas tienen más que ver con las tareas de la casa y la hora de regreso (Motrico et al., 2001; Parra y Oliva, 2002). La pregunta que debemos hacernos ahora es: ¿cómo podemos resolver estos conflictos?

9.1.2.2. La resolución del conflicto

Existen algunas divergencias entre padres e hijos adolescentes en el modo en que se afrontan las discusiones de estos temas. Estas diferencias dependen principalmente del grado de control que los padres quieren ejercer sobre las decisiones de sus hijos, en contraposición con el grado de autonomía que están dispuestos a permitir a los adolescentes

(véase cuadro 9.3). Algunos padres no conceden absolutamente ningún grado de autonomía a sus hijos, intentan mantener el control sobre ellos a toda costa y consideran que los hijos deben ser totalmente dependientes de ellos; estos padres utilizan la *imposición* para acabar con la discusión. En lugar de la imposición, otros padres se decantan por la *negociación* como estrategia para solventar los problemas con sus hijos; estos padres, si bien continúan controlando ciertas áreas de la vida del adolescente, conceden mayor autonomía en otras y empiezan a delegar responsabilidades en ellos. Por último, encontramos padres que conceden total *libertad* a sus hijos para que decidan por sí mismos en la mayoría de cuestiones que les conciernen; estos padres son altamente permisivos y nada controladores.

Parece ser que la utilización de una u otra estrategia depende, en gran medida, de la edad de los hijos adolescentes. La imposición y decisión unilateral de los padres es más común en la adolescencia temprana (12-14 años). En la adolescencia media los hijos empiezan a mostrar mayor oposición con respecto a las decisiones paternas, aunque si la imposición de los padres se da en un ambiente afectuoso

CUADRO 9.3

Estrategias de manejo de la discusión en función del grado de autonomía

Grado de autonomía	Estrategias de manejo de la discusión
<p><i>Autonomía baja</i> Los padres intentan mantener el control y consideran a los hijos como dependientes.</p>	<p><i>Imposición</i> Los padres tienden a imponer sus decisiones. Cuando la imposición no funciona, suelen utilizar la amenaza y el castigo. Las discusiones pueden llegar a tener un carácter emocional negativo e incluso agresivo, dependiendo de las características individuales de los familiares implicados.</p>
<p><i>Autonomía media</i> Los padres empiezan a permitir una mayor autonomía.</p>	<p><i>Negociación</i> En estas situaciones se recurre a procesos de negociación que suelen finalizar en el compromiso. Ésta es una fase intermedia entre una relación completamente asimétrica, donde únicamente deciden los padres, y una relación simétrica, donde el adolescente es libre de decidir por sí mismo.</p>
<p><i>Autonomía alta</i> Los padres no ejercen control sobre la conducta de los hijos, a los que consideran independientes.</p>	<p><i>Libertad</i> En la mayoría de temas los padres suelen dejar completa libertad de elección, aunque esto no significa que no puedan criticarlos (por ejemplo, la ropa, la comida y la apariencia personal en general).</p>

y viene acompañada de una explicación razonada acerca de los motivos por los que se toma esa determinación, es más probable que el hijo acate tal decisión. No obstante, también es frecuente que en la adolescencia media esta estrategia finalice en fracaso, ya que es probable que el adolescente tienda a argumentar en contra y a cuestionar las razones y justificaciones de la decisión de sus padres. Cuando esto ocurre, los padres recurren normalmente a proporcionar razones más convincentes o a cortar la discusión imponiendo su decisión, apelando a su autoridad.

La adolescencia media (15-16 años) representa un momento particularmente difícil para las relaciones entre padres y adolescentes. Los padres sienten en muchas ocasiones que no disponen de otros recursos, aparte de la utilización de la autoridad, para mantener el control de sus hijos. Aun así, es posible resolver los conflictos entre padres y adolescentes en este intervalo de edad. La clave está en la *negociación*. En primer lugar, es importante que los padres aporten a sus hijos argumentos adecuados y justificados sobre su decisión, y siempre en un contexto positivo, ya que la forma en que los padres se expresen tiene una relevancia especial para la continuación o no del conflicto con el hijo. En segundo lugar, es importante dar la oportunidad al adolescente de que se exprese y se sienta escuchado y reconocido como una persona capaz también de tomar decisiones, ya que lo que el hijo desea es que la relación con sus padres se convierta cada vez en más simétrica y las órdenes paternas sean sustituidas por sugerencias y propuestas.

A partir de los 17 años, los adolescentes se empiezan a mostrar más conformes respecto al grado de control que ejercen sus padres y la autonomía que les conceden. Las relaciones se vuelven poco a poco más simétricas, los adolescentes empiezan a tomar responsabilidades y, al mismo tiempo, comienzan a cuestionar menos los motivos de sus padres para aceptar sus decisiones. No obstante, es importante recalcar que la situación más favorable para todos, cuando se trata de resolver un conflicto familiar, consiste en aportar explicaciones adecuadas y en tomar las decisiones conjuntamente, en la medida de lo posible.

Finalmente, también es interesante comentar otro tipo de estrategias utilizadas por padres e hijos para hacer frente a las discusiones que surgen entre ellos, al margen del grado de control y autonomía. Se trata de estrategias como la búsqueda de consejo, la resignación, el enfado, la mentira o la indiferencia. Algunas de ellas son más utilizadas por los padres y otras son más frecuentes en los hijos. Musitu y Cava (2001) observaron que los padres suelen utilizar la resignación, es decir, la evitación del problema y la inhibición del tema, cuando el diálogo con el hijo ha fracasado; la madre, sin embargo, se enfada con mayor frecuencia y es más persistente en el enfado. Los adolescentes utilizan más habitualmente la indiferencia, el pasotismo y la mentira cuando la comunicación con sus padres ha fallado, mientras que las adolescentes muestran una mayor tendencia al enfado y a buscar el consejo de la madre. La comunicación positiva y empática es, sin embargo, y sin lugar a dudas, el mejor modo de resolver conflictos, tal y como planteamos a continuación.

9.2. RECURSOS FAMILIARES PARA PREVENIR EL CONFLICTO

Existen, al menos, dos recursos familiares fundamentales que permiten no sólo prevenir conflictos entre padres e hijos adolescentes, sino además fomentar lazos afectivos y favorecer el bienestar y ajuste emocional de los miembros de la familia. Estos dos recursos son: *a)* la comunicación positiva y empática frente a la ausencia de comunicación o la expresión hiriente y despectiva, y *b)* el estilo democrático en las interacciones sociales y la resolución de conflictos.

Respecto al primero, la comunicación positiva entre padres e hijos implica un trato cercano y afectuoso en el que enmarcar las conversaciones familiares, con la expresión abierta de opiniones y sentimientos, evitando el reproche y las críticas no constructivas y, por el contrario, fomentando la empatía. De hecho, esta habilidad de ponerse en el lugar del otro se considera fundamental para la buena convivencia entre padres e hijos adolescentes y, es-

pecialmente, para poder tratar con éxito ciertas cuestiones propias de esta etapa evolutiva como, por ejemplo, la mayor demanda de autonomía, relacionada en muchas ocasiones con la aparición de conflictos familiares.

Respecto al segundo, en la adolescencia es necesario que los padres hagan una adaptación del estilo disciplinario utilizado con sus hijos en la niñez, para pasar de la autoridad unilateral a la reciprocidad en el trato con el adolescente y la negociación cooperativa sobre ciertas cuestiones como, por ejemplo, la hora de llegada a casa los fines de semana. Ahora más que nunca, optar por un estilo democrático en las relaciones familiares supondrá un claro beneficio y, como es lógico, para que todo esto se pueda llevar a cabo de manera exitosa es primordial que exista una buena comunicación en el seno de la familia que facilite la comprensión mutua entre padres e hijos y garantice, de ese modo, la armonía de un clima o ambiente familiar propicio para el buen desarrollo y ajuste de todos los integrantes. Así, ambos recursos están íntimamente relacionados. En los siguientes apartados profundizamos en cada uno de ellos, comenzando por la comunicación familiar como pilar fundamental de las relaciones parento-filiales.

9.2.1. El pilar de la comunicación

Frente a las estrategias disfuncionales para resolver conflictos y discusiones, existe una opción fundamental con claros efectos beneficiosos: la comunicación familiar fluida, respetuosa y afectiva. Es muy importante que los padres se comuniquen con sus hijos utilizando mensajes claros, precisos y útiles, que se hagan entender en lugar de hablar de manera vaga o imprecisa, lo que aumenta la probabilidad de que la información se interprete de modo erróneo. Además, el padre y la madre han de procurar no divergir, en la medida de lo posible, en sus planteamientos, razonamientos y decisiones de educación. Así, es muy importante que se garantice la congruencia y acuerdo en los mensajes que van a transmitir a sus hijos y en el comportamiento y los valores que quieren inculcarles. En este sentido, resulta aconsejable que el padre y la madre no se des-

CUADRO 9.4

Estrategias para promover la comunicación familiar positiva

- Comunicarse con mensajes claros, precisos y pertinentes, puesto que los mensajes vagos e imprecisos son interpretados de modo erróneo con mayor probabilidad.
- Estimular el ejercicio del diálogo y la negociación como medios para llegar al acuerdo entre los miembros de la familia.
- Ser coherente en las argumentaciones y firme en los criterios establecidos, cumpliendo siempre, en la medida de lo posible, lo que se ha dicho o pedido.
- Ser congruente en los mensajes que se transmiten a los hijos. Es muy importante que padres y madres no se desautoricen el uno delante del otro, aunque discrepen en sus argumentaciones.
- Escuchar activa y empáticamente, reconociendo las emociones y sentimientos de los demás, intentando ponernos en su lugar.
- Expresar sentimientos al tiempo que comunicamos opiniones, creencias, valores o expectativas. Cuando los padres clarifican sus sentimientos y los transmiten a sus hijos, ayudan a que éstos aprendan a expresar los suyos.
- Explorar conjuntamente alternativas y posibles soluciones cuando se plantea un problema o conflicto en la familia.

autoricen mutuamente delante de sus hijos, puesto que esto dificulta la asimilación de la información que se transmite al adolescente.

La negociación es fundamental para resolver conflictos, y representa el mejor modo para conseguir acuerdos donde todas las partes implicadas se beneficien y queden satisfechas con el resultado. Para ello, padres e hijos deben adoptar una visión positiva del problema, escuchar y ponerse en el lugar del otro, reconociendo sus argumentos, emociones y sentimientos y expresando los suyos, así como sus alternativas y posibles soluciones. En otras palabras, la negociación exige una comunicación positiva y abierta. Esto permite crear una atmósfera más relajada y cordial, donde es más probable que todos se sientan comprendidos y respetados. Para que se perciba comprensión y apoyo es necesario que se evite

culpabilizar al otro de la situación conflictiva y asumir la parte de responsabilidad que tiene cada una de las partes. Estas y otras recomendaciones se recogen en el trabajo de Maganto y Bartau (2004) que resumimos en el cuadro 9.4.

Cuando en una familia existe este tipo de estilo positivo de comunicación, las consecuencias beneficiosas para el buen desarrollo y ajuste de las personas que la integran son mucho más probables. En otras palabras, de cómo nos comunicamos depende cómo nos sentimos. Se ha comprobado en recientes estudios (por ejemplo, Estévez, Herrero y Musitu, 2006; Jiménez, Musitu y Murgui, 2006) que los hijos de familias donde existe un ambiente y clima positivo, caracterizado por la comunicación afectiva entre sus integrantes, la baja frecuencia de conflictos y la utilización de estrategias adecuadas para la resolución de los mismos, muestran muchos menos problemas en múltiples niveles: mejor autoestima, mejor rendimiento académico, menos problemas emocionales como depresión o ansiedad, menos problemas de comportamiento, menor consumo de sustancias, mayor tolerancia a las situaciones frustrantes, amistades de mayor calidad y relaciones más positivas con los padres y otros adultos como los profesores. En resumen, una familia que escucha y se comunica positiva y efectivamente favorece el desarrollo cognitivo, emocional y social de los hijos adolescentes.

Si bien es cierto que con la llegada de la adolescencia la comunicación entre padres e hijos se torna más complicada en general, puesto que el lenguaje que utilizan unos y otros parece incompatible, y los hijos tienden a expresar más confianza con compañeros de su misma edad, también es cierto que la escasez de momentos de diálogo está provocada en muchas ocasiones por la limitación que establecen los propios padres a hablar abiertamente con sus hijos sobre determinadas cuestiones, adelantando un rechazo por parte del adolescente en multitud de situaciones. Dialogar, e incluso preguntar a los hijos adolescentes por temas de la vida diaria, es algo que, en muchas ocasiones, los padres frenan por temor y los adolescentes no demandan por vergüenza.

Esta falta de conocimiento mutuo también asienta las bases de conflictos familiares que po-

drían prevenirse si los padres dispusieran de mayor información sobre los proyectos presentes y futuros de los hijos, los estudios, las salidas nocturnas, las amistades y las relaciones de pareja. Disponer de esta información les ayudaría a manejar mejor la situación, al albergar más herramientas para llegar a una mayor comprensión del comportamiento o decisión del hijo. Los hijos, sin embargo, al margen del contenido de la conversación, dan mucha importancia a la actitud que observan en los padres en los diálogos y discusiones en general. Esta perspectiva diferente en el análisis que hacen unos y otros de la situación perpetúa, obviamente, el conflicto, ya que mientras los padres demandan más información, los hijos están pidiendo un cambio de actitud que implique mayor comprensión, mayor respeto por la autonomía y mayor participación en el diálogo. De esta participación continuamos hablando en el siguiente apartado, sobre el estilo democrático de educación parental.

9.2.2. La democracia como estilo parental

El proceso denominado *socialización*, mediante el cual las personas adquirimos los valores, creencias, normas y formas de conducta más apropiados y aceptados en la sociedad a la que pertenecemos (Navarro, Musitu y Herrero, 2007), comienza en el contexto familiar desde el mismo momento del nacimiento. Esta socialización comprende dos aspectos fundamentales: qué se socializa y cómo se socializa. El primero hace referencia al *contenido* (qué es lo que se transmite) y el segundo se refiere al *aspecto formal* (cómo se transmite). El contenido depende, fundamentalmente, de cuestiones culturales y sociales, como los valores imperantes en el entorno familiar, que determinan en gran medida el sistema de creencias, costumbres y repertorios comportamentales de los padres. El aspecto formal se conoce con el nombre de *estilo parental* y hace referencia a las estrategias y mecanismos que utilizan los padres para transmitir los contenidos de la socialización; es decir, cómo transmiten los padres los valores, normas sociales, etc., a sus hijos. Estas estrategias y mecanismos presentan una gran variabilidad de unas

familias a otras, por lo que para su mejor comprensión se han desarrollado distintas tipologías de los estilos parentales de socialización.

Las tipologías más recientes sobre estilos parentales (véase, por ejemplo, Martínez, Inglés, Piqueras y Ramos, 2010; Musitu y Cava, 2001; Torío, Peña y Rodríguez, 2008) destacan dos dimensiones fundamentales del estilo parental: el grado de supervisión y control de los hijos, y el grado de cohesión y afecto hacia los hijos. En función de la combinación de estas dos dimensiones (elevada o baja supervisión, y elevado o bajo afecto) se han establecido los cuatro tipos de estilos parentales que se recogen en el cuadro 9.5.

Todas las familias y todos los padres y madres comparten rasgos más afines o característicos de alguno de los estilos parentales descritos, aunque también es cierto que se pueden producir desplazamientos de un estilo a otro en una misma familia, o incluso en una misma persona, en función de las circunstancias, las necesidades o el momento evolutivo del hijo. No obstante, la investigación ha constatado ciertas regularidades en las conductas y normas de las familias, de manera que podemos situar a cada una de ellas como más próxi-

ma a un estilo particular que a otro (Musitu y Cava, 2001).

Otros estudios se han centrado en analizar las consecuencias de cada estilo parental en el bienestar de los hijos, constatando que el estilo democrático es el que se encuentra más estrechamente relacionado con el ajuste psicosocial presente y futuro. Así, el modelo de familia democrática parece ser el más propicio para favorecer el desarrollo de la personalidad de los hijos y estimular sus capacidades, pautas sociales y habilidades de comunicación (Torío et al., 2008). Esta efectividad del estilo democrático es especialmente evidente para el caso de los hijos adolescentes, para quienes las normas y reglas familiares utilizadas durante etapas anteriores puede que hayan dejado de funcionar, indicando que es el momento de negociar con el hijo el grado de supervisión y control ejercido por los padres dentro de un marco de afecto y apoyo, en detrimento de la imposición unilateral de decisiones por parte de éstos, tal y como hemos ido comentando en epígrafes anteriores.

De hecho, una de las principales características de los padres democráticos que se ha vinculado con su éxito educativo es, precisamente, el hecho de que establecen expectativas sensibles y normas claras,

CUADRO 9.5

Estilos parentales de socialización y principales características

- *Estilo democrático* (elevada supervisión y elevado afecto): estos padres muestran apoyo y respeto hacia sus hijos, y estimulan la autonomía y la comunicación familiar, pero también establecen normas y límites claros. Son padres que quieren orientar y guiar a sus hijos, y para ello hacen uso de ciertas restricciones, pero también respetan las decisiones, intereses y opiniones de éstos. Son cariñosos, receptivos, explican las razones de su postura, pero también exigen un buen comportamiento y mantienen las normas con firmeza.
- *Estilo permisivo* (baja supervisión y elevado afecto): estos padres son razonablemente responsivos a las demandas de sus hijos, pero evitan regular la conducta de éstos, permitiendo que sean los propios hijos quienes supervisen sus conductas y elecciones en la medida de lo posible. Estos padres imponen pocas reglas, son poco exigentes y evitan la utilización del castigo; tienden a ser tolerantes hacia un amplio rango de conductas y conceden gran libertad de acción. Son sensibles y cariñosos.
- *Estilo autoritario* (elevada supervisión y bajo afecto): la conducta de estos padres se caracteriza por la utilización del poder y control unilateral, así como por el establecimiento de normas rígidas. Enfatizan la obediencia a las reglas y el respeto a la autoridad, y no permiten a sus hijos hacer demandas ni participar en la toma de decisiones familiares. Proporcionan poco afecto y apoyo y es más probable que utilicen el castigo físico.
- *Estilo negligente* (baja supervisión y bajo afecto): los padres que presentan este estilo de socialización tienden a limitar el tiempo que invierten en las tareas parentales, y se centran exclusivamente en sus propios intereses y problemas. Proporcionan poco apoyo y afecto y establecen escasos límites de conducta a sus hijos.

realistas y consistentes para el momento evolutivo del hijo, lo que permite que éstos sepan en todo momento lo que se espera de ellos, reduciendo así los conflictos familiares. En los hogares democráticos se establece un balance entre el control y la autonomía del hijo, y se aboga por el diálogo y la negociación en la resolución de conflictos, todo ello en combinación con muestras de calidez y afecto, lo que promueve el bienestar de todos los miembros de la familia y favorece la convivencia en un ambiente positivo (Steinberg y Silk, 2002).

En definitiva, optar por la *democracia* en la familia supone dotar de voz al adolescente y reconocer que tiene una serie de derechos y deberes. Los derechos se relacionan principalmente con la dotación paulatina de mayor independencia en las acciones del hijo, y los deberes se ejercen con un control razonable, no arbitrario y hasta cierto punto negociado con el adolescente. Si estos derechos y deberes se manifiestan en un contexto afectivo, donde prima la participación de todos los integrantes de la familia y se promueve la expresión abierta de opiniones y sentimientos, la prevención de conflictos estará mucho más garantizada. Los adolescentes, en su proceso de abandono del niño que eran ayer, valoran que se les escuche y se tengan en consideración sus puntos de vista, así como que se les motive a participar en las discusiones familiares y se muestre interés por su vida diaria. Cuando los padres ofrecen estas oportunidades están promoviendo en sus hijos la potenciación de recursos psicológicos tan importantes como la autoestima y la empatía, la percepción de autovalía, el aprendizaje de estrategias adecuadas de resolución de conflictos y la motivación intrínseca por los éxitos y responsabilidades asumidas.

Hasta aquí se ha realizado una descripción de los principales conflictos que afectan al binomio padres-hijos adolescentes, así como de los principales recursos y estrategias con los que cuenta la familia para solucionar por sí misma la aparición de estas disputas. Esas actuaciones se corresponden con los recursos para ayudar a que se produzca un desarrollo adecuado en las relaciones familiares o primer nivel de intervención, que podríamos denominar prevención. Como ya se ha indicado, durante esta etapa se recomienda utilizar habilidades de co-

municación para expresar intereses y restaurar el equilibrio en las relaciones interpersonales, así como un ambiente donde impere el estilo parental democrático.

9.3. INTERVENCIONES PARA LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS PADRES-ADOLESCENTES

En este apartado se revisan los principales recursos con los que pueden contar los miembros de la familia para resolver los conflictos, cuando éstos no son capaces de solucionarlos mediante habilidades de comunicación positivas y/o un estilo parental democrático. Se trata de procedimientos o programas recomendables, a nivel de intervención temprana y de tratamiento «rehabilitador», cuando los conflictos alcanzan un punto crítico e incluso pueden requerir la ayuda de expertos en resolución de conflictos. En este sentido, las técnicas y procedimientos más empleados para alcanzar acuerdos mutuamente satisfactorios entre padres e hijos adolescentes son el entrenamiento en resolución de problemas, la negociación centrada en intereses y, en menor medida, la mediación familiar. A continuación describimos sus principales características.

9.3.1. El entrenamiento en resolución de problemas «uno a uno»

El entrenamiento en resolución de problemas suele referirse a un conjunto de técnicas tales como la resolución de problemas de D'Zurilla y Goldfried, la solución de problemas interpersonales de Spivack y Shure, la ciencia personal de Mahoney, etc., las cuales comparten una serie de pasos estructurados, teniendo por objetivo aumentar la probabilidad de resolver eficazmente diversas situaciones problemáticas. El método consiste en establecer un tiempo para hablar y prepararse para la toma de decisiones, usando los pasos del proceso de solución de problemas adaptado a las situaciones de conflicto familiar que se describen a continuación (véase cuadro 9.6).

CUADRO 9.6

Proceso de resolución de problemas padres-hijos

Planificar/analizar
<ul style="list-style-type: none"> — <i>¿Qué me preocupa específicamente de este conflicto?</i> — <i>¿Quién está implicado?</i> — <i>¿Cómo me afecta esto? ¿Por qué es importante para mí?</i> — <i>¿Qué necesito comprender sobre este conflicto?</i> — <i>¿Qué obstáculos para el diálogo percibo? ¿Qué puedo hacer para superarlos?</i> — <i>¿Qué suposiciones o prejuicios tengo sobre la otra persona?</i> — <i>¿Qué haría mejorar la situación para mí?</i>
Establecer el tono positivo
<ul style="list-style-type: none"> — Muestra intenciones positivas (por ejemplo, «quiero que esta relación mejore», «esto es importante para mí», «realmente quiero comprender esto»). — Reconoce y valida a la otra persona (por ejemplo, «Puedo ver que estás tan preocupado como yo», «aprecio tu buena voluntad para hablar sobre esto», «gracias por tomarte esto seriamente»).
Discutir y definir el problema
<ul style="list-style-type: none"> — Cada persona expone por turnos sus asuntos y sentimientos, empleando técnicas de comunicación efectiva (como mensajes-yo) y un lenguaje descriptivo, no valorativo. — Cada persona utiliza la escucha activa para responder a las preocupaciones del hablante. — Identificar los obstáculos, intereses y necesidades. — Si es necesario, discutir presunciones, prejuicios y valoraciones. — Resumir la nueva comprensión de la situación.
Generar ideas de soluciones
<ul style="list-style-type: none"> — Hacer una lista de ideas sin juzgarlas. — Pensar en acciones concretas que pueden llevarse a cabo.
Evaluar las soluciones
<ul style="list-style-type: none"> — Determinar las ventajas y desventajas para cada posible solución.
Decidir un curso de acción
<ul style="list-style-type: none"> — Elegir soluciones que son satisfactorias para todas las partes. — Asegurarse de que la/s solución/es es/son específica/s y equilibrada/s. — Acordar una fecha para hacer un seguimiento del funcionamiento de la solución.

9.3.2. La negociación centrada en intereses

La negociación centrada en intereses se basa en la técnica denominada el método Harvard o negociación según principios. Se trata de un proceso de regateo entre distintas partes que perciben que tienen un conflicto de intereses. Los implicados se reúnen, voluntariamente, en base a una relación

temporal dirigida a informarse mutuamente de sus necesidades e intereses, intercambiar recursos específicos o solucionar cuestiones tales como el sentido de su relación futura o los procedimientos que adoptarán para resolver futuros conflictos. El objetivo de esta negociación es alcanzar un acuerdo justo que satisfaga el mayor número de intereses posibles de las partes, mientras se preserva o mejora la relación

entre las partes. Así, para favorecer un proceso negociador conviene seguir las siguientes recomendaciones planteadas por el modelo de Harvard (citado en Díaz-Aguado, 2006):

1. Centrar la negociación en los intereses y no en las posiciones (considerando de forma conjunta tanto los propios intereses como los intereses de la otra parte), para favorecer la búsqueda conjunta de la mejor solución para todas las partes implicadas.
2. Separar a las personas del problema, con la intención de enfriar la tensión originada por el conflicto, ya que ésta suele dificultar considerablemente la comunicación entre las distintas partes, obstaculizando su resolución. Para evitarlo, es muy importante ser muy cuidadoso con el estilo de comunicación: *a)* expresando los propios intereses de forma que parezcan legítimos para la otra parte; *b)* manifestando que se comprenden cuáles son los intereses de la otra parte y que se desea resolver el problema teniéndolos en cuenta, y *c)* no criticando a la otra parte, para evitar que ésta tenga que defenderse y pueda dedicar toda su atención a la búsqueda de soluciones aceptables para todos.
3. Generar alternativas para conseguir el beneficio mutuo, evitando pensar en la existencia de una solución determinada y no cayendo en la rivalidad con la otra parte. Para generar alternativas eficaces conviene: *a)* identificar intereses compartidos, *b)* mezclar los intereses de las distintas partes para ver si se complementan, *c)* presentar varias alternativas que puedan ser válidas para nosotros y preguntar a la otra parte cuál de dichas alternativas prefiere, y *d)* facilitar la decisión de la otra parte (buscar precedentes, resaltar su legitimidad).
4. Insistir en criterios objetivos, ya que es importante negociar en base a algo que está más allá de las voluntades de cada parte, en base a criterios como la justicia, el mantenimiento de la relación, los intereses de los

miembros de la familia, la viabilidad de las soluciones, etc.

En definitiva, este procedimiento consiste, básicamente, en ser capaz de controlar la situación y nuestra propia participación en ella, para que vaya hacia una solución aceptable por todas las partes implicadas y no perjudique a nadie. Lo importante es que «*todos ganen y nadie pierda*». La divulgación del modelo anteriormente expuesto y su aplicación a contextos familiares suele conocerse como negociación de conflictos familiares «*yo gano, tú ganas*».

Como señalan Bermejo y Magaña (2007), la negociación es la estrategia estrella con los adolescentes, ya que les ayuda a ser partícipes en la solución de los conflictos y les enseña un método de diálogo y cooperación, de reflexión y de aprender que las cosas que desean tienen un coste que hay que asumir. Estos autores proponen tres aspectos especialmente relevantes: *a)* establecer un diálogo entre las dos partes, donde ambas expongan sus intereses y motivos, los pros y los contras, *b)* usar estrategias de comunicación, escucha, empatía, refuerzo y lenguaje, y *c)* buscar alternativas que satisfagan a las dos partes.

De acuerdo con Maganto y Bartau (2004), existe una serie de actitudes previas y formas de comunicación positiva que ayudan a resolver los conflictos y que pueden considerarse requisitos previos a la fase de negociación (véase cuadro 9.7).

CUADRO 9.7

Actitudes y facilitadores de la comunicación para la negociación

- Crear una atmósfera propensa a la resolución.
- Ser asertivos.
- Evitar culpabilizar.
- Ser honestos.
- Centrarse en los sentimientos.
- Mostrar respeto por uno mismo y por los demás.
- Utilizar los mensajes en yo.
- Negociar un compromiso.
- Estar dispuesto a disculparse y admitir un error.
- Estar deseoso de olvidar.

Por otra parte, Díaz-Aguado (2006) propone una serie de fases en la puesta en práctica del proceso de negociación por parte de los miembros de la familia (véase cuadro 9.8).

CUADRO 9.8

Fases de la negociación

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar necesidades e intereses: expresando lo que se quiere y por qué, de la forma más específica posible. 2. Escuchar con cuidado lo que el otro quiere y cuáles son sus intereses; y si no se entiende algo, pedirle que lo especifique. 3. Tormenta de ideas sobre las posibles soluciones, pensando en todas las posibilidades de resolución del conflicto, sin criticarlas en ese primer momento y sin decidir todavía si son buenas o malas. 4. Elegir la mejor solución, considerando cada idea en función de las ganancias conjuntas. 5. Elaborar un plan de acción en el que se decida exactamente quién hará qué y cuándo. |
|--|

Maganto y Bartau (2004) plantean fases similares del proceso de negociación para resolver conflictos en la familia:

1. Introspección. Cada persona implicada en el conflicto debe realizar un proceso de interiorización, es decir, mirar dentro de uno mismo para lograr averiguar y esclarecer qué nos está ocurriendo.
2. Clarificación del conflicto. Hacerse una serie de preguntas relacionadas con el conflicto, tales como: ¿Qué es lo que provoca el conflicto? ¿A quién afecta este conflicto? ¿Cuáles son los sentimientos que provoca en cada uno? ¿Cuándo se manifiesta? ¿Cuánto dura? ¿A qué se debe?; ¿Cuáles son las consecuencias de su resolución? ¿Qué ocurriría si lo seguimos manteniendo?
3. Buscar soluciones alternativas. Cada persona expone sus posibles soluciones, lo cual permite que cada uno explore sus sentimientos respecto al conflicto, se deje de

pensar en términos negativos, se vea una posible salida, etc. Cuando se han visto las posibles soluciones, se escoge la que se considera más adecuada y se plantea al resto de personas implicadas en el conflicto familiar.

4. Llegar a un acuerdo. Todos proponen su solución al conflicto, acordada de forma que satisfaga a todas las partes.
5. Evaluar el éxito en la resolución del conflicto y actuar en consecuencia.

9.3.3. La mediación familiar

Una de los recursos que más se ha desarrollado en los últimos años respecto a la intervención en resolución de conflictos es la mediación familiar. Cuando hay un estancamiento, o por distintas circunstancias el proceso negociador no se puede llevar a cabo, suele necesitarse la ayuda de alguien ajeno al conflicto.

La mediación es una extensión de la negociación. Implica la intervención de una tercera parte, aceptada por todos, que no tiene autoridad para tomar decisiones. Su participación se reduce a ayudar a las partes a alcanzar, voluntariamente, un acuerdo mutuamente aceptable, facilitando la comunicación, formulando sugerencias y eliminando los diversos obstáculos que pueden existir para la negociación directa. Al igual que la negociación, la mediación deja el poder de tomar las decisiones en manos de padres e hijos.

El mediador puede ayudar a facilitar una comunicación constructiva, al favorecer los componentes del proceso negociador que se describen más adelante, pero su papel es especialmente importante para:

1. Sustituir una orientación de confrontación por una orientación cooperadora, en la que las distintas partes se dediquen a resolver el conflicto buscando el beneficio mutuo («yo gano, tú ganas»), en lugar de tratar de perjudicarse.
2. Ayudar a identificar los propios objetivos y buscar soluciones que los hagan compatibles con los objetivos de la otra parte.

3. Favorecer que cada parte comprenda los intereses legítimos de la otra parte y se comprometa con soluciones de beneficio mutuo.

Las fases del proceso mediador se presentan en el cuadro 9.9.

Otras características de este método son las siguientes:

- a) Es confidencial y voluntario.
- b) Las entidades de mediación familiar se engloban, en general, dentro del campo de actuación de los servicios sociales especializados en el sector de familia. Por ello, se

someten a un régimen de responsabilidad y registro administrativo.

- c) Suele tener una duración fija y es altamente estructurado.
- d) Las sesiones suelen realizarse con la participación de dos mediadores.
- e) No es terapia de familia.

En el siguiente apartado se presentan algunos de los programas de intervención, elaborados por diversos autores españoles, cuyo objetivo específico es la resolución de conflictos padres-adolescentes, bien desde la perspectiva de los padres, bien desde la perspectiva de los hijos adolescentes.

CUADRO 9.9

Fases del proceso de mediación familiar

Fases	Descripción
1. ^a Presentación y aceptación del mediador.	Crear una estructura de trabajo (clarificar la demanda, explicar características del proceso, reglas de funcionamiento, papel del mediador y límites, resultados que se esperan y metodología) y la relación de confianza suficiente para trabajar en la resolución del conflicto.
2. ^a Elaboración de un «contrato» (o texto de acuerdo) sobre las reglas y condiciones del proceso de mediación.	Debe especificar: 1) las características del papel del mediador y qué pueden esperar las distintas partes de él; 2) una lista con lo que se puede hacer durante el proceso (como escuchar, expresar opiniones, respetar los turnos...) y lo que no se puede hacer (interrumpir, agredir, amenazar...), y 3) el procedimiento a seguir (dónde, cómo y cuándo se llevará a cabo).
3. ^a Recopilación de información.	Se trata de la recogida de información sobre el conflicto y sobre las personas implicadas en él, a través de conversaciones, por separado, con todas las partes afectadas.
4. ^a Reuniones conjuntas con todas las partes implicadas.	En estas reuniones se pueden distinguir varias subfases: (i) Redefinición del problema: redefinición objetiva del problema. (ii) Creación de opciones: alternativas de solución propuestas por ambas partes. (iii) Negociación: una vez aportadas las soluciones, las partes negocian la solución siguiendo el método conocido.
5. ^a Elaboración, redacción y aprobación del acuerdo.	La expresión del acuerdo adoptado deberá especificar de forma realista qué hará cada parte, cuándo y cómo. Debe redactarse y firmarse. Es el acta de mediación y de acuerdos alcanzados.

9.4. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN ESPECÍFICOS PARA RESOLVER CONFLICTOS PADRES-ADOLESCENTES

En la actualidad, padres, profesionales y adolescentes cuentan con diversos programas directamente relacionados con el entrenamiento en estrategias psicoeducativas para fomentar la resolución de conflictos en la esfera familiar. A continuación se describen algunos de estos programas de intervención.

9.4.1. El Programa LISIS. Las relaciones entre padres e hijos adolescentes

El Programa LISIS (Lila, Buelga y Musitu, 2006) está destinado a padres y madres con hijos adolescentes. Tiene como objetivo principal la prevención de conductas de riesgo de los adolescentes. Es aplicable a población general, así como a familias donde existe una mayor probabilidad de que los hijos adolescentes presenten conductas problemáticas. Además, puede utilizarse con padres y madres que ya tengan problemas importantes en las interacciones con sus hijos.

El Programa LISIS presenta un primer módulo de toma de contacto con el programa y un módulo final, cuyo fin es realizar un balance final de la intervención. Entre ambos módulos, se presentan un conjunto de actividades agrupadas en cuatro unidades, las cuales se subdividen, a su vez, en nueve módulos. La distribución de módulos según estas unidades es la siguiente: 1) adolescencia y relaciones familiares (relaciones padres-hijos y relaciones de pareja); 2) el sistema familiar (vinculación emocional y flexibilidad familiar y comunicación); 3) recursos psicosociales (percepción de estrés, autoestima y apoyo social), y 4) conductas violentas y delictivas (consumo de sustancias y conductas violentas y delictivas). En cualquier caso, este programa trata de ser abierto y participativo. De hecho, el formador y los participantes pueden decidir qué actividades van o no a realizar, en qué módulos se invertirá más tiempo y esfuerzo, etc.

En el *módulo relaciones padres-hijos y relaciones de pareja* se trabaja, por una parte, qué significa ser

adolescente, se enfatiza la importancia de conocer a los hijos un poco más y desarrollar la capacidad de ponerse en su lugar (empatía). Igualmente, se resalta la importancia de tomar conciencia de que el comportamiento de los padres influye en los sentimientos y en el comportamiento de los hijos. Por otra parte, se proponen actividades que tratan de potenciar la empatía y la comprensión por parte de los padres de las relaciones de pareja de sus hijos. El módulo *vinculación emocional y flexibilidad familiar y comunicación* incluye actividades que buscan fomentar la vinculación emocional y flexibilidad familiar y la expresión de sentimientos entre padres e hijos. Además, se pretende reforzar las habilidades de comunicación positiva entre los miembros de la familia. El módulo *percepción de estrés, autoestima y apoyo social* tiene como objetivos: *a)* desarrollar y practicar formas adecuadas de afrontamiento y de interpretación de las situaciones estresantes, *b)* trabajar la importancia de la formación de la identidad y el fortalecimiento de la autoestima del adolescente, y *c)* tomar conciencia de la importancia que tienen los padres como proveedores de apoyo para sus hijos. Finalmente, el módulo relativo a *consumo de sustancias y conductas violentas y delictivas* pretende prevenir el consumo de drogas y la conducta vandálica y delictiva de los hijos adolescentes, a través del desarrollo de estrategias y recursos eficaces para el afrontamiento aproximativo del estrés y resolución de los problemas que surgen con los hijos.

Las cuarenta y nueve actividades que conforman los módulos del Programa LISIS siguen la siguiente estructura: *a)* objetivos (qué objetivos se alcanzan con cada actividad); *b)* duración (entre 20 y 45 minutos); *c)* materiales para los participantes (algunos de ellos incluidos en el CD que acompaña al programa); *d)* recursos para el formador (materiales de trabajo del CD, fichas de contenido y fichas técnicas, las cuales incluyen formas de trabajo o dinámicas grupales para la realización de las actividades); *e)* dinámica de trabajo (en parejas, en grupo y, en algunos casos, individual); *f)* procedimiento (pasos que el formador debe seguir para desarrollar las actividades adecuadamente); *g)* contenidos clave (ideas y conocimientos que pretenden resaltarse con cada actividad); *h)* adaptabilidad (se proporcionan sugerencias, por si el

formador desea modificar algunas actividades, adaptándolas a su grupo), e *i*) observaciones (se destacan aquellos aspectos que pueden presentar alguna dificultad para el desarrollo adecuado de la actividad).

9.4.2. El Programa COFAMI. Corresponsabilidad familiar. Fomentar la cooperación y responsabilidad de los hijos

El Programa COFAMI (Maganto y Bartau, 2004) tiene como objetivos principales proporcionar a padres y madres estrategias educativas prácticas para fomentar la colaboración y la responsabilidad de sus hijos entre 6 y 18 años en el trabajo y la vida familiar, ofrecer pistas a los padres para afrontar dificultades y conflictos frecuentes con los hijos adolescentes, y contribuir a desarrollar un sentimiento de competencia y confianza como padres y educadores de los hijos.

El Programa COMAFI puede ser utilizado por los padres bien de forma autodidacta e individualmente, o bien lo puede aplicar un centro educativo o asociación de padres (APA) con un profesional especializado, participando en un grupo de trabajo con otros padres y madres. En ambos casos, el programa ofrece las pautas específicas para su utilización mediante las siguientes herramientas: *a) guía para comprender*: contiene lecturas que introducen a los padres en el contenido teórico y práctico de cada una de las sesiones, y *b) guía para practicar*: contiene las directrices para realizar las sesiones, así como las actividades prácticas del programa, las cuales se clasifican en actividades para la comprensión, reflexión, acción y actividades para casa. Estas actividades se encuentran desarrolladas y preparadas para su uso en el CD del programa.

El Programa COFAMI incluye ocho sesiones, con una duración máxima de dos horas y media, las cuales abordan tres contenidos principales: *a) la corresponsabilidad familiar*, donde se presentan las características del trabajo familiar y los procesos de distribución, contribución y consenso entre los miembros de la familia para asumir esta responsabilidad de forma compartida. Además, se centra en

la participación de los hijos en el trabajo y vida familiar y en algunos recursos educativos que pueden utilizar los padres para estimular su colaboración y responsabilidad en estas tareas; *b) la comunicación* (se centra en el aprendizaje de estrategias y procedimientos que favorecen la comunicación fluida en la familia), y *c) la negociación y la resolución de conflictos* (resolución de conflictos mediante disciplina democrática o negociación entre padres-hijos y aplicación de técnicas de resolución de conflictos).

9.4.3. El Programa PEHIA. Enseñanza de habilidades interpersonales para adolescentes

El Programa PEHIA (Inglés, 2009) es aplicable a adolescentes entre 12 y 18 años, sin dificultades sociales, aunque está especialmente indicado para jóvenes con problemas internalizantes (p. ej., timidez, ansiedad social y retraimiento social) y externalizantes (por ejemplo, comportamiento agresivo y antisocial). El PEHIA es aplicable en aulas ordinarias de centros escolares, aunque también se puede utilizar en asociaciones juveniles, centros de ocio y tiempo libre, centros de menores, etc.

Además de una sesión introductoria, contiene siete sesiones, de una hora de duración aproximadamente, en las que se trabajan las siguientes siete habilidades sociales o interpersonales: 1) *Aprender a expresar molestia, desagrado y/o disgusto*; 2) *¿Puedo decir no?*; 3) *¿Cómo puedes defender tus derechos personales?*; 4) *¿Cómo me presento y le pido salir?*; 5) *Aprendiendo a hacer y aceptar cumplidos*; 6) *Iniciar, mantener y terminar una conversación*, y 7) *¿Cómo negociar con mis padres?*

Los objetivos de la habilidad «¿Cómo negociar con mis padres?» son: *a)* aprender lo que significa la negociación con los padres; *b)* conocer las ventajas de negociar adecuadamente y los inconvenientes de no hacerlo, y *c)* adquirir y mejorar la habilidad de negociar con los padres sobre posibles conflictos que pueden surgir en la vida diaria.

Una de las características del programa es su flexibilidad en cuanto al material a utilizar y las actividades a realizar, el tamaño del grupo o el número de

monitores, así como la frecuencia, duración y marco de las sesiones. En cualquier caso, se recomienda la realización de, al menos, una sesión por semana.

Las sesiones del Programa PEHIA siguen la siguiente secuencia:

1. Revisión de las tareas para casa de la sesión anterior.
2. Instrucción verbal de la habilidad social o interpersonal a entrenar: *a)* definición de la habilidad; *b)* exposición y diálogo; *c)* importancia de la habilidad: ventajas e inconvenientes, y *d)* pasos conductuales.
3. Identificación de los estilos de respuesta interpersonal (agresivo, prosocial y asertivo).
4. Modelado, representación de papeles, reforzamiento positivo y retroalimentación.

5. Repaso de la sesión.
6. Tareas para casa.

El Programa PEHIA contiene un CD en el que se incluyen numerosos materiales necesarios para realizar cada sesión (p. ej., fichas, registros, formularios, etc.). Además del CD, el PEHIA contiene el *Cuestionario de Evaluación de Dificultades Interpersonales para Adolescentes* (CEDIA), con sus correspondientes normas de aplicación, corrección e interpretación, así como los baremos o centiles por sexo (chicos y chicas) y grupos de edad (12-13 años, 14-15 años y 16-18 años), lo que facilita la rápida identificación y clasificación de los adolescentes con dificultades sociales en las siguientes áreas: asertividad, relaciones heterosexuales, hablar en público, amigos íntimos y relaciones familiares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bermejo, J. C. y Magaña, M. (2007). *Cómo educar a los adolescentes. Guía para padres*. Santander: Sal Terrae.
- Bosma, H. A., Jackson, S. E., Zijlsling, D. H., Zani, B., Cicognani, E., Xerry, M. L., Honnes, T. M. y Charman, L. (1996). Who was the final say? Decisions on adolescent behaviour within the family. *Journal of Adolescence*, 19, 277-291.
- Collins, W. A. (1990). Parent-child relationships in the transition to adolescence: continuity and change in interaction, affect, and cognition. En R. Montemayor, G. R. Adams y T. P. Gullotta (eds.), *From childhood to adolescence: A transitional period?* (pp. 86-106). California: SAGE.
- Collins, W. A. (1997). Relationships and development during adolescence: Interpersonal adaptation to individual change. *Personal Relationships*, 4, 1-14.
- Collins, W. A. y Laursen, B. (2004). Parent-adolescent relationships and influences. En R. M. Lerner y L. D. Steinberg (eds.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 331-361). Hoboken, NJ: Wiley.
- Del Valle, A. I. (1994). Vida cotidiana y relaciones sociales. En J. Elzo, F. A. Orizo, P. González y A. I. Del Valle, *Jóvenes españoles 94*. Madrid: Fundación Santamaría.
- Díaz-Aguado, M. J. (2006). Convivencia escolar y prevención de la violencia. Página web del Centro Nacional de Información y Comunicación Educativa. En http://www.isftic.mepsyd.es/w3/recursos2/convivencia_escolar/index.html.
- Estévez, E., Herrero, J. y Musitu, G. (2006). El rol de la comunicación familiar y el ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental*, 28, 81-89.
- Estévez, E., Jiménez, T. y Musitu, G. (2007). *Relaciones entre padres e hijos adolescentes*. Valencia: Nau Llibres.
- Feldman, R. S. (2007). *Desarrollo psicológico a través de la vida*. México: Pearson Educación.
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (2003). *Comunicación y conflictos entre hijos y padres*. Madrid: Publicaciones de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Holmbeck, G. N. (1996). *A model of family relational transformations during the transition to adolescence: parent-adolescent conflict and adaptation*. Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum.
- Inglés, C. J. (2009). *Enseñanza de habilidades interpersonales para adolescentes. Programa PEHIA* (3.ª ed.). Madrid: Pirámide.
- Jiménez, T. I., Musitu, G. y Murgui, S. (2006). Funcionamiento y comunicación familiar y consumo de sustancias en la adolescencia: el rol mediador del apoyo social. *Revista de Psicología Social*, 21, 21-34.

- Laursen, B., Coy, K. C. y Collins, W. A. (1998). Reconsidering changes in parent-child conflict across adolescence: a meta-analysis. *Child Development*, 69, 817-832.
- Lila, M., Buelga, S. y Musitu, G. (2006). *Las relaciones entre padres e hijos en la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Maganto, J. M. y Bartau, I. (2004). *Corresponsabilidad familiar: fomentar la cooperación y responsabilidad de los hijos*. Madrid: Pirámide.
- Martínez, A. E., Inglés, C. J., Piqueras, J. A. y Ramos, V. (2010). Importancia de los amigos y los padres en la salud y el rendimiento escolar. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8, 111-138.
- Méndez, F. X., Inglés, C. J. e Hidalgo, M. D. (2002). Estrés en las relaciones interpersonales: Un estudio descriptivo en la adolescencia. *Ansiedad y Estrés*, 8, 25-36.
- Motrico, E., Fuentes, M. J. y Bersabé, R. (2001). Discrepancias en la percepción de los conflictos entre padres e hijos/as a lo largo de la adolescencia. *Anales de Psicología*, 17, 1-13.
- Musitu, G. y Cava, M. J. (2001). *La familia y la educación*. Barcelona: Octaedro.
- Musitu, G., Estévez, E. y Jiménez, T. (2010). *Funcionamiento familiar, convivencia y ajuste en los hijos adolescentes*. Madrid: Ediciones Cinca.
- Navarro, I., Musitu, G. y Herrero, J. (2007). *Familias con dificultades especiales*. Madrid: Síntesis.
- Noller, P. (1994). Relationships with parents in adolescence: process and outcome. En R. Montemayor (ed.), *Personal relationships during adolescence* (pp. 37-77). California: SAGE publications.
- Noller, P. y Callan, V. (1990). Adolescents' perceptions of the nature of their communication with parents, *Journal of Youth and Adolescence*, 19, 349-362.
- Palacios, J., Hidalgo M. V. y Moreno, M. C. (1998). Familia y vida cotidiana. En M. J. Rodrigo y J. Palacios (coords.). *Familia y desarrollo humano* (pp. 71-89). Madrid: Alianza.
- Parra, A. y Oliva, A. (2002). Comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia. *Anales de Psicología*, 18, 215-231.
- Rubin, J. Z., Pruitt, D. G. y Kim, S. (1994). *Social conflict. Escalation, Stalemate, and Settlement*. New York: McGraw-Hill.
- Smetana, J. G. y Asquith, P. (1994). Adolescents and parents conceptions of parental authority and personal autonomy. *Child Development*, 65, 1147-1162.
- Steinberg, L. (1990). Interdependence in the family: autonomy, conflict and harmony in the parentadolescent relationship. En S. S. Feldman y G. L. Elliott, *At the Threshold: The Developing Adolescent*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Steinberg, L. y Silk, J. (2002). Parenting adolescents. En M. Bornstein (ed.), *Handbook of parenting: Volume 1. Children and parenting*. Mahwah Erlbaum.
- Torio, S., Peña, J. V. y Rodríguez, M. C. (2008). Estilos educativos parentales. Revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teoría Educativa* 20, 151-178.

Violencia ascendente: los hijos que agreden a sus padres

10

CLARA GESTEIRA
MARÍA GONZÁLEZ
MARÍA PAZ GARCÍA-VERA
IGNACIO FERNÁNDEZ
JOSÉ LUIS GRAÑA

10.1. EL PROBLEMA DE LA VIOLENCIA ASCENDENTE

La violencia es uno de los principales problemas de salud en el mundo. De hecho, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), cada año más de 1,6 millones de personas pierden su vida violentamente. Sin embargo, ni todos los problemas de violencia son iguales ni lo es la madurez con que las sociedades los abordan en un determinado momento, quizá porque la gestión de este tipo de problemas depende de un proceso complejo que ha de cubrir multitud de etapas hasta llegar a la movilización de planes institucionales de prevención e intervención (Blumer, 1971).

En lo que a la violencia de hijos a padres se refiere (violencia ascendente), este proceso parece estar aún en sus inicios (Alonso y Castellanos, 2006). Aunque desde la década de los 60 ya se hablaba del «síndrome de los progenitores maltratados» (Sears, Maccoby y Levin, 1957), la dificultad de los padres para aceptar que son víctimas de sus hijos y las emociones de vergüenza y culpa que suelen derivarse de ello podrían explicar, al menos en parte, la falta de desarrollo en este campo (Cottrell, 2001a; 2004).

En los últimos años, seguramente impulsado por el notable aumento de casos, se ha acrecentado el interés por el reconocimiento y la necesidad de abordaje de este problema. Así, en nuestro país, la Fiscalía General del Estado (2010a, 2010b) calificaba de «preocupante» el aumento de causas relacionadas con violencia ascendente —de un 17,3 por 100

de la violencia doméstica en el 2008 a un 18,2 por 100 en el 2009.

Sin embargo, aunque el reconocimiento del problema es condición *sine qua non* para su abordaje (Blumer, 1971), otros aspectos como la conceptualización del fenómeno, su prevalencia y la descripción de la población de referencia entrañan todavía dificultades que necesariamente deberemos abordar en el presente capítulo.

10.1.1. Conceptualización

El problema de conceptualización sobre la violencia ascendente tiene que ver en cierta manera con la confusión generada en torno al concepto más amplio de violencia, un «cajón de sastre» donde han convivido desorganizadamente rasgos de personalidad, procesos biológicos, hábitos aprendidos, instintos y respuestas conductuales (Toldos, 2002). Sin menospreciar la importancia del debate teórico sobre las diferentes formulaciones de violencia en general y de violencia ascendente en particular, nos limitaremos a repasar brevemente cinco elementos que, a juicio de los autores, han hecho evolucionar el concepto en los últimos años.

En primer lugar, la conducta violenta se ha definido de manera cada vez más *precisa* a lo largo del tiempo. Así, a descripciones más ambiguas sobre la existencia de amenazas o de daño físico en general (Harbin y Madden, 1979), les han sucedido formulaciones operativas del comportamiento violento, con conductas como morder, golpear, ara-

ñar, lanzar objetos, empujar o insultar (Laurent y Derry, 1999).

Esta mayor precisión en el concepto ha ido acompañada además, en algunos casos, por una progresiva *ampliación* del mismo, de modo que la violencia ascendente ha dejado de identificarse exclusivamente con el maltrato físico para abarcar también otros tipos de maltrato, como el psicológico, el emocional o incluso el financiero (Cottrell, 2001a).

Una tercera evolución del concepto se relaciona con la consideración de determinados *parámetros* de frecuencia, intensidad o gravedad, que distinguirían la conducta violenta de otro tipo de conductas. Así, algunos autores han señalado la necesidad de que exista reiteración de la conducta para poder hablar de violencia ascendente (por ejemplo, Peek, Fischer y Kidwell, 1985; Pereira, 2006, 2011), mientras que otros darían más peso a la gravedad y hablarían de conductas «agresivas extremas», como pegar una paliza o utilizar armas, con niveles de intervención específicos (por ejemplo, Cornell y Gelles, 1982; citados en Ulman y Straus, 2003; Pagelow, 1989; citado en Gallagher, 2008).

Pero a nuestro juicio, el concepto de violencia ascendente cambia sustancialmente cuando se contempla un cuarto elemento: su funcionalidad. Desde esta conceptualización de la violencia ascendente, las *consecuencias* de dichas conductas son los aspectos más relevantes, tanto para los agresores, que aprenden a controlar la conducta de sus padres a través del daño (Gallagher, 2004a), como para las víctimas que reciben ese daño (Agnew y Huguley, 1989) y que aprenden a ser controladas para evitar males mayores, al menos a corto plazo.

Y por último, un quinto aspecto de evolución conceptual enmarcado en esta idea de funcionalidad de la conducta violenta serían sus *determinantes internos*. Así, la existencia o no de intencionalidad de hacer daño en el agresor sería un criterio fundamental para poder hablar de violencia ascendente. Cottrell (2001a, p. 1), por ejemplo, indica explícitamente la necesidad de que haya intención de hacer daño cuando, en una de las definiciones más citadas hasta la fecha, se refiere a la violencia ascendente como «cualquier acto que realiza el menor con la inten-

ción de controlar a los padres y/o causarles daño psicológico, físico o financiero».

A pesar de todo ello, la falta de acuerdo respecto a la precisión, amplitud, gravedad y funcionalidad del concepto de violencia ascendente ha propiciado un debate sobre el que existen casi tantos posicionamientos como autores distintos se han ido ocupando del tema. Esta situación ha provocado, por ejemplo, que, desde el punto de vista diagnóstico, el problema de la violencia ascendente se confunda con otros problemas (del estado de ánimo, del comportamiento perturbador, etc.) que no recogen la esencia del fenómeno o que lo hacen parcialmente, y que, por tanto, dificultan la intervención específica de los profesionales.

10.1.2. Prevalencia

La confusión existente sobre el concepto de violencia ascendente no sólo ha dificultado la categorización del problema, sino también el establecimiento de sus dimensiones o, lo que es lo mismo, de su prevalencia en la población. Con el fin de ilustrar las posibles discrepancias en este sentido, hemos resumido los resultados de 22 estudios de prevalencia internacionales, la mayoría de los cuales aparecen recogidos en dos de las revisiones más específicas y completas que se han realizado sobre violencia ascendente, las de Ulman y Straus (2003) y Gallagher (2008) (véase tabla 10.1).

La primera lectura de los datos revela un rango de variación de prevalencia que se sitúa entre el 2-3 por 100 y el 95 por 100. El uso de distintos conceptos de violencia podría explicar, al menos en parte, la enorme discrepancia entre unos resultados y otros. Así, encontramos que, aunque la mayor parte de estudios utilizan *definiciones operativas* de la violencia ascendente, sobre todo mediante el uso de cuestionarios como la CTS (*Conflict Tactics Scales*, Straus, 1979), existen investigaciones en las que los datos se obtienen de manera difusa, a través de preguntas más o menos abiertas. Por otro lado, es importante señalar que, a pesar de que existen investigaciones en las que se tiene en cuenta un amplio espectro de violencia (por ejemplo, Pagani, Laroc-

TABLA 10.1

Prevalencia de la violencia ascendente (modificado de Gallagher, 2008 y Ulman y Straus, 2003)

Autores, año y tamaño de la muestra	Caracterización del agresor	Tipo de estudio	Concepto	Instrumentos de evaluación	Fuentes de información	Rango temporal	Resultados
¹ Sears et al., 1957 (N = 379).	² Niños de jardín de infancia (5 años).	Comunitario.	Violencia física operativa: Según escala de gravedad, en base a criterios preestablecidos. Especifica <i>severidad</i> («altamente agresivos»: 4 o 5 puntos en una escala de 5 puntos).	Entrevista semiestructurada elaborada <i>ad hoc</i> . Observación: 2 evaluadores independientes puntúan la entrevista.	Madres.	Desde el nacimiento hasta los 5 años.	Dato general: 95% (³ agresión «fuerte»).
¹ Straus et al., 1980 (N = 1.146).	² Menores de 3 a 17 años.	Comunitario (encuesta nacional).	Violencia física operativa: Al menos un comportamiento violento (CTS ⁴). Especifica <i>severidad</i> («índice de violencia severa»). Incluye <i>intencionalidad</i> .	⁴ CTS. Subescala de Agresión física o violencia.	Padres.	Último año.	Dato general: 18%.
¹ Cornell y Gelles, 1982 (citados en Ulman y Straus, 2003 y Van Langenhove, 2005) (N = 608).	Menores de 10 a 17 años.	Comunitario (encuesta nacional).	Violencia física operativa: Al menos un comportamiento violento (CTS ⁴). Especifica <i>severidad</i> (patear, morder, golpear o utilizar un cuchillo o una pistola).	⁴ CTS. 5 ítems de violencia.	Padres.	Último año.	⁵ Dato general: 9%. Violencia severa: 3%.
¹ Figueira-McDonough, 1985 (citado en Gallagher, 2008 y Haw, 2010) (N = 2.000).	Estudiantes 10.º grado (15 años).	Comunitario.	Violencia física operativa: Golpear.	Cuestionario autoadministrado.	Hijos.	Sin período de tiempo específico.	Dato general: 9%.
Kratcoski, 1985 (N = 295).	Estudiantes 11.º y 12.º y jóvenes de centro de justicia (edad media 16,7).	⁶ Comunitario y judicial.	Violencia física operativa: Empujar, abofetear, golpear con el puño, etc. Especifica <i>frecuencia</i> .	Autoinforme de los menores <i>ad hoc</i> (Basado en Gelles y Straus, 1979; citados en Kratcoski, 1985).	Hijos.	Último año.	Dato general: 21%. Violencia moderada: 19%. Violencia frecuente: 2%.
Peek et al., 1985 (N = 1.545).	Estudiantes 10.º, 11.º y 12.º grado, de 14 a 18 años.	Comunitario y longitudinal (encuesta nacional).	Violencia física operativa: Pegar a los padres. Especifica <i>frecuencia</i> .	Única pregunta: «¿Cuántas veces has pegado a tu padre/madre?» (rango: ninguna-5 veces). 3 evaluaciones longitudinales.	Hijos (sobre uno o ambos padres).	Últimos 3 años (primera evaluación). El resto, último año.	⁷ Dato general: 8,07%.

TABLA 10.1 (continuación)

Autores, año y tamaño de la muestra	Caracterización del agresor	Tipo de estudio	Concepto	Instrumentos de evaluación	Fuentes de información	Rango temporal	Resultados
Evans y Warren-Sohlberg, 1988 (N = 73).	Menores de 12 a 18 años.	⁶ Judicial.	Violencia física operativa + otras (verbal, contra la propiedad y uso de armas): listado de 73 ejemplos de delitos tipificados.	Informes policiales sobre violencia doméstica (incluye violencia ascendente).	Informes policiales.	Últimos 2 años y medio.	⁸ Dato general: 56% («violencia física»). Violencia verbal: 22%; contra la propiedad: 5%; uso de armas: 16%.
¹ Gelles y Straus, 1988 (citados en Gallagher, 2008; Yodanis, Hill y Straus, 2001) (N = 6.002).	Menores a partir de 11 años.	Comunitario (encuesta nacional).	Violencia física operativa: Al menos un comportamiento violento (CTS ⁴). Especifica <i>severidad</i> : según CTS ⁴ .	⁴ CTS.	Padres.	Último año.	⁵ Dato general: 10%. Violencia severa: 3%.
Agnew y Huguley, 1989 (N = 1.395).	Menores de 11 a 18 años.	Comunitario (encuesta nacional).	Violencia física operativa: Golpear al menos una vez. Especifica <i>frecuencia</i> . Violencia no trivial: incluye <i>intencionalidad, severidad, funcionalidad</i> (razón de la agresión) y <i>consecuencias</i> (lesiones).	Única pregunta: «¿cuántas veces golpeó a uno de sus padres?» (rango: de «ninguna» a «3 o más»). Entrevista: evalúa eventos internos, consecuencias y funcionalidad de las últimas 3 conductas violentas.	Hijos.	Últimos 3 años.	Dato general: 11,7%. Violencia «no trivial»: 9,2%; 5% (último año). Reiteración: 7,9% golpearon una vez; 0,9% 2 veces y 0,67% 3 veces o más. Consecuencias: 7,6% lesión (moratones, ojo negro, pequeño corte o «roncha»).
Malone, Tyree y O'Leary, 1989 (N = 656; ⁹ 328 parejas).	Adultos (edad media 25) evaluados sobre el período de su vida de 12 a 18 años.	Comunitario.	Violencia física operativa: Pegar a su madre o padre.	Autoinforme retrospectivo sobre si habían golpeado y cómo a sus padres durante o después de la secundaria.	Hijos.	¹⁰ Retrospectivo.	⁷ Dato general: 2,35%.

TABLA 10.1 (continuación)

Autores, año y tamaño de la muestra	Caracterización del agresor	Tipo de estudio	Concepto	Instrumentos de evaluación	Fuentes de información	Rango temporal	Resultados
¹ Pagelow, 1989 (citado en Gallagher, 2008) (N = 473).	² Estudiantes universitarios (85% mujeres, edad media 26).	Comunitario.	Violencia física operativa: Al menos un comportamiento violento (CTS ⁴). Especifica <i>severidad</i> (patear, dar puñetazos, dar palizas o amenazar con armas).	⁴ CTS modificada <i>ad hoc</i> (ampliación del período temporal).	Hijos.	Desde los 12 años.	⁵ Dato general: 13%. Patear o dar puñetazos: 3,3%; palizas: 2%; amenaza con cuchillo o arma 3%.
¹ Paulson et al., 1990 (citados en Doran, 2007, Gallagher, 2008 y Van Langenhove, 2005) (N = 445).	Menores de 9 a 17 años.	Comunitario y longitudinal.	Violencia física operativa: Golpear a uno o ambos padres una o más veces.	⁴ CTS modificada <i>ad hoc</i> (ampliación del período temporal). 3 evaluaciones longitudinales.	¹¹ Hijos.	Últimos 5 años (en períodos de 18 meses cada uno).	Dato general: 13,7%.
¹ Langhinrichsen-Rohling y Neidig, 1995 (citados en Gallagher, 2008 y Ulman y Straus, 2003) (N = 474).	Adolescentes de riesgo (edad media 18 años).	⁶ Clínico.	Violencia física operativa: Al menos un comportamiento violento (maldecir, amenazar con hacer daño, empujar, abofetear).	⁴ CTS modificada <i>ad hoc</i> (ampliación del período temporal).	Hijos.	Desde siempre.	Dato general: 30% (chicos: 32%, chicas: 29,5%) algún tipo de violencia contra padres.
Browne y Hamilton, 1998 (N = 469).	Estudiantes universitarios (68,7% mujeres, 73,3% menores de 20).	Comunitario.	Violencia física operativa + otras (hostilidad, amenazas). Especifica <i>severidad</i> (pegar con puño, o con un objeto, patear, dar una paliza o amenazar con un arma).	⁴ CTS.	Hijos.	Último año.	⁸ Dato general: 14,5%. Violencia física leve (2,3-6,8% a madres y 0,8-5,5% a padres). Violencia física grave (0,2-3% violencia a madres y 0,2-2,1% a padres).
¹ Brezina, 1999 (citado en Doran, 2007; Gallagher, 2008; Robinson et al., 2004; Ulman y Straus, 2003) (1.ª medida N = 2.213; 2.ª N = 1.886).	Estudiantes varones de 10.º (primera medida) y 11.º (segunda medida, 18 meses después).	Comunitario y longitudinal (encuesta nacional).	Violencia física operativa: Pegar. Especifica <i>frecuencia</i> .	Única pregunta: «¿cuántas veces golpeó a uno de sus padres?» (rango de «ninguna» a «3 o más»).	Hijos.	Últimos 18 meses (primera medida), últimos 3 años (segunda medida).	Dato general: 11% (primera evaluación). ¹² 7% (segunda evaluación).

TABLA 10.1 (continuación)

Autores, año y tamaño de la muestra	Caracterización del agresor	Tipo de estudio	Concepto	Instrumentos de evaluación	Fuentes de información	Rango temporal	Resultados
¹ Mahoney et al., 2000 (citados en Ulman y Straus, 2003) (N = 379).	Menores de 11 a 18 años.	⁶ Clínico.	Violencia física operativa: Pegar. Especifica <i>severidad</i> .	⁴ CTS.	Hijos.	Último año.	⁷ Dato general: 42%.
¹ McCloskey y Lichter, 2003 (citados en Gallagher, 2008 y Robinson, Davidson y Debrot, 2004) (N = 296).	Menores de 6 a 16 años: (1.ª medida: media 9,2 años; 2.ª medida: 14; 3.ª medida: 16).	⁶ Clínico y longitudinal.	Violencia física operativa: «ataque» cualquier incidente, como empujar o arrojar algo.	Entrevistas (3 ocasiones): 1.ª: violencia familiar y parental y salud psicológica del menor. 2.ª: con el menor (empatía e inventario de depresión). 3.ª: violencia del menor con pares, hacia/entre padres.	Madres e hijos.	Último año.	Dato general: 13%.
Pagani et al., 2003 (N = 778).	Niños evaluados cada año desde final del jardín de infancia hasta adolescencia (Datos de la última evaluación: 15 y 16 años).	Comunitario y longitudinal.	Violencia física operativa (empujar, dar puñetazos...) + otras (violencia verbal). Especifica <i>severidad</i> .	2 escalas, una para padres y otra para los menores, que evalúan comportamiento violento verbal o físico (rango: 0 = no agresión; 1 = verbal y 2 = física).	Madres.	Últimos 6 meses.	Dato general: 13%. Agresiones verbales: 51%.
Ulman y Straus, 2003 (N = 1.023).	² Menores de 3 a 17 años.	Comunitario (encuesta nacional).	Violencia física operativa: Al menos un comportamiento violento (CTS ⁴). Incluye <i>intencionalidad</i> .	¹³ CTS2. Subescala de Agresión física o violencia.	Padres.	Último año.	⁷ Dato general: 17,1%.
Pagani et al., 2004 (N = 1.175).	Ídem Pagani, 2003.	Comunitario y longitudinal.	Ídem Pagani, 2003.	Ídem Pagani, 2003.	Madres e hijos.	Últimos 6 meses.	Dato general: 13,8%. Agresiones verbales: 64%.
Van Langenhove, 2005 (N = 479).	Estudiantes de 13 a 19 años (media 15,87 años).	Comunitario.	Violencia física operativa+otras (abuso emocional). Especifica <i>reiteración</i> (condición necesaria).	Cuestionario Vandepierre (2004) adaptado (basado en la CTS ⁵).	Hijos.	Sin período de tiempo específico.	⁸ Dato general: 3,9%. Abuso emocional: 13,37%. Violencia total: 14,97%.

TABLA 10.1 (continuación)

Autores, año y tamaño de la muestra	Caracterización del agresor	Tipo de estudio	Concepto	Instrumentos de evaluación	Fuentes de información	Rango temporal	Resultados
¹⁴ Pagani et al., 2009 (N = 774).	Ídem Pagani, 2003.	Comunitario y longitudinal.	Ídem Pagani, 2003.	Ídem Pagani, 2003.	Padres e hijos.	Últimos 6 meses.	Dato general: 11%. Agresiones verbales: 56%.

Aparecen en sombreado los estudios excluidos para la media ponderada (véanse razones en las notas a continuación).

¹ No se encuentra acceso a la fuente original o ésta no está completa. En ausencia de información original, se consultan fuentes secundarias («citado en»).

² Se excluye el estudio del cálculo para la media ponderada por la consideración de rangos de edad extremos.

³ El dato general hace referencia a un tipo concreto de violencia física (por ejemplo, violencia severa).

⁴ *Conflict Tactic Scale* (Straus, 1979)

⁵ A pesar de constar como «violencia general» o «cualquier tipo de violencia», existen evidencias de que el dato se refiere a violencia física (basado en encuestas anteriores, uso del término «violencia» según los estudios clásicos con CTS, mención en el *abstract original e incluso de conductas como «pegar» en las propias revisiones*). Por tanto, se considera violencia física en el cómputo de datos.

⁶ Se excluye el estudio del cálculo para la media ponderada, por la consideración de muestras clínicas y/o judiciales.

⁷ Puntuación media elaborada a partir de otros datos específicos.

⁸ El concepto de violencia es de amplio espectro. Se señala como dato general el referido a violencia física (equiparable al resto de estudios).

⁹ Los datos en el texto aparecen en función del sexo (N = 328). Para hallar el dato general y la media ponderada se tiene en cuenta el total de participantes (N = 656).

¹⁰ Se diferencia de otros estudios en que no hace alusión a un periodo de tiempo hasta el momento actual, sino a una etapa con principio y final perteneciente al pasado.

¹¹ También se evalúa a los padres, pero el dato general hace referencia a la información proporcionada por los hijos que «admitieron haber pegado a uno u ambos padres».

¹² Se contabilizan como dos datos para la media ponderada.

¹³ *Revised Conflict Tactic Scale* (Straus, Hamby, Boney-McCoy y Sugarman, 1996).

¹⁴ Referencia más actual, añadida a las de las revisiones.

que, Vitaro y Tremblay, 2003; Pagani et al., 2004, 2009), la inmensa mayoría de estudios analizados hace referencia a una *violencia física*, lo que para algunos autores supone una infravaloración de la magnitud real del problema (Cornell y Gelles, 1982; citados en Ulman y Straus, 2003). Otros estudios incluyen además diferentes porcentajes de prevalencia en función de *parámetros* como la gravedad de la conducta o su frecuencia, y existe una última categoría que también valora la presencia de *factores internos* difícilmente observables, como por ejemplo la intencionalidad (véase tabla 10.1).

Sin embargo, estos diferentes posicionamientos, que no responden sino a la propia evolución histórica del concepto de violencia ascendente, no son los únicos responsables de la gran diversidad en los datos. Otros aspectos metodológicos, como las características de la muestra, los períodos de prevalencia y las distintas fuentes de información, influyen también en la infraestimación o sobreestimación del fenómeno.

Por tanto, los diferentes criterios de selección de la muestra parecen ser la principal fuente de variación en la prevalencia. En primer lugar, parece que la consideración en algunos estudios comunitarios de sujetos con *edades extremas* podría conducir a una sobreestimación del fenómeno, como también lo haría el uso de *muestras clínicas y judiciales*.

La *diversidad de los períodos temporales* observados, que van desde los últimos 6 meses hasta los últimos 3 o 5 años, junto con la existencia de algunos estudios retrospectivos, con las consiguientes dificultades en el recuerdo de la información que todo ello conlleva, podrían ser también un motivo importante de variabilidad de los resultados (véase tabla 10.1).

Por último, el uso de una *única fuente de información* se asociaría también a una disminución en la fiabilidad, e incluso, según algunos autores, a la infraestimación del fenómeno cuando los informadores son los padres (Pagani et al., 2003).

En resumen, la falta de consistencia de los datos, debida a la diversidad de criterios conceptuales y metodológicos, no nos permite estimar el alcance real del fenómeno.

Por eso, con el objetivo de presentar en este capítulo una prevalencia aproximada de la violencia ascendente, en este caso física (mayoritaria en los

estudios) y en población general, procedimos a la eliminación de aquellos estudios que estuvieran basados en poblaciones clínicas o judiciales o incluyeran rangos extremos de edad. Ello redujo los estudios a considerar a un total de 13 estudios, con cifras de prevalencia más próximas entre sí. Después, ponderamos los resultados de cada uno de los estudios en función de su tamaño muestral y obtuvimos una prevalencia media de violencia ascendente física en población general del 9,8 por 100, dato que no difiere, además, de las estimaciones realizadas en otras revisiones (Gallagher, 2008).

A nivel nacional, la escasez de estudios específicos y el uso preferente de datos oficiales relativos al ámbito judicial (Ibabe, 2007; Romero, Melero, Cánovas y Antolín, 2005) no ha hecho sino incrementar la confusión sobre la prevalencia de la violencia ascendente en nuestro país. En los últimos años, sin embargo, se han realizado estudios específicos sobre la población general, aunque tal y como ocurría en las revisiones internacionales, con importantes discrepancias en función, por ejemplo, del tipo de violencia considerada —tasas del 3,1 por 100 al 7,2 por 100 cuando se trata de violencia física (Calvete, Orue y Sampedro, 2011; Gámez-Guadix, Jaureguizar, Almendros y Carroble, 2011) y del 21 por 100 cuando se añade violencia psicológica— (Ibabe y Jaureguizar, 2011).

10.1.3. Caracterización de las familias afectadas

10.1.3.1. Características sociodemográficas

Conocer las características sociodemográficas de la población que con más frecuencia se ve afectada por el fenómeno de la violencia ascendente ha sido uno de los objetivos principales de muchos de los estudios que hasta ahora se han ocupado del tema (véase tabla 10.2).

A grandes rasgos, las variables que tradicionalmente han suscitado mayor interés entre la comunidad científica han sido, sin duda, la edad y el sexo, tanto de los agresores como de las víctimas. Así, en el caso de los agresores, se ha observado que el ran-

TABLA 10.2

Características sociodemográficas en violencia ascendente

Variable estudiada	Resultados	Estudios
Género de los agresores.	Más prevalente en varones. Las cifras varían entre el 70-78 por 100.	Por ejemplo, Howard, 2011; Routt y Anderson, 2011; Walsh y Krienert, 2009.
Género de las víctimas.	Mayor prevalencia de agresiones dirigidas a las madres, variando los porcentajes entre el 70-90 por 100.	Por ejemplo, Cottrell, 2001a, 2004; Nock y Kazdin, 2002; Routt y Anderson, 2011.
Edad de los menores.	Rango de mayor prevalencia: 13-17 años.	Cochran, Brown, Adams y Doherty, 1994; Evans y Warren-Sohlberg, 1988; Walsh y Krienert, 2007.
Edad de los padres.	Rango de mayor prevalencia: 40-60 años.	Edenborough, Jackson, Mannix y Wilkes, 2008; Romero et al., 2005; Walsh y Krienert, 2007.
Tipo de familia.	Disparidad en los resultados: — Familia tradicional. — Familia monoparental.	Perera, 2006. Gallagher, 2004b; Ibabe, 2007; Romero et al., 2005.

go de edad más prevalente se sitúa entre los 13 y los 17 años, y que son los varones los que, en general, tienen más propensión a emitir conductas violentas hacia sus padres. En relación a las víctimas, sin embargo, los datos revelan una mayor prevalencia de agresiones dirigidas a madres con edades comprendidas entre los 40 y 60 años.

En la última década, variables más amplias, como la composición familiar, han sido objeto de investigación, aunque con resultados dispares. De esta manera, a pesar de los esfuerzos realizados, la investigación descriptiva da cuenta de un tipo de violencia en la que solamente aparecen parcialmente definidos los roles de agresor y víctima, sin que hoy por hoy puedan añadirse otros datos sólidos que completen este esquema.

10.1.3.2. *Características clínicas de los hijos agresores*

Además del estudio de las variables sociodemográficas, el análisis de las cogniciones, emociones y comportamientos que llevan a los hijos a agredir a

sus padres parece fundamental de cara al abordaje de un fenómeno que no puede ser comprendido exclusivamente a través de categorías diagnósticas tan dispares como las que aparecen en los estudios específicos, donde la depresión, el trastorno bipolar, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) u otras alteraciones de la conducta son diagnósticos frecuentemente asociados al problema que nos atañe (véase tabla 10.3).

El elemento definitorio de la violencia ascendente a nivel cognitivo tiene que ver con la existencia de creencias que justifican el comportamiento agresivo (Galdames y Arón, 2007). La percepción de la violencia como un mecanismo de afrontamiento útil o la concepción del mundo como un lugar hostil y violento (Calvete et al., 2011; Rechea y Cuervo, 2010), serían suficientes para vivir sin malestar la presencia de los pensamientos hostiles, verbal o físicamente agresivos, que acompañan y propician el comportamiento violento.

En cuanto a las emociones, los estudios señalan dos factores de riesgo fundamentales: la falta de capacidad empática de los menores agresores (Bertino,

TABLA 10.3

Diagnósticos más frecuentes en menores que agreden a sus padres (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association-APA, 2002)

Diagnóstico	Estudio
Sintomatología depresiva.	Calvete et al., 2011.
Trastornos psicóticos, trastorno bipolar, hiperactividad con déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastornos de conducta y problemas del aprendizaje.	Cottrell y Monk, 2004.
TDAH.	Kazdin, Siegel y Bass, 1992.
Sintomatología depresiva (50 por 100).	Perera, 2006.
TDAH (23,5 por 100) y trastornos de ansiedad (5,9 por 100).	Rechea y Cuervo, 2010.
Conductas desadaptadas (47,3 por 100), bien por tendencia a la externalización (24,1 por 100) o a la internalización (10,3 por 100).	Romero et al., 2005.
Trastorno bipolar (18 por 100) y TDAH (13 por 100).	Routt y Anderson, 2011.

Calvete, Pereira, Orue y Montes, 2011; McCloskey y Lichter, 2003), y la dificultad que éstos tienen para autorregularse emocionalmente, en términos de un pobre autocontrol y un exceso de irritabilidad e impulsividad (Mestre, Samper y Frías, 2002).

Al hilo de lo anterior, se ha encontrado un déficit en la capacidad que estos menores tienen para solucionar problemas (Calvete y Cardenoso, 2005) o para comunicarse de manera asertiva, lo cual obstaculizaría en gran medida su interpretación, aceptación y afrontamiento de situaciones sociales complejas (Asarnow y Calar, 1985; Dodge, 1986; Putallaz, 1983; citados en Patterson, DeBaryshe y Ramsey, 1989).

De esta manera, la justificación de la violencia, la falta de empatía, de regulación emocional y de habilidades de afrontamiento no sólo tendrían repercusión a nivel familiar, sino que en muchas ocasiones el comportamiento desadaptado de los menores se generalizaría a otros contextos. Así, la violencia filio-parental se ha relacionado en diversos estudios con un mayor consumo de sustancias (por ejemplo, Haw, 2010; Ibabe y Jaureguizar, 2011), con más problemas académicos (por ejemplo, Rechea y Cuervo, 2010; Routt y Anderson, 2011) y con la afiliación a grupos de iguales desadaptados, todo lo cual no haría sino mantener y potenciar el compor-

tamiento agresivo de estos menores (Calvete et al., 2011; Cottrell y Monk, 2004).

Dada la relevancia de estas variables clínicas, en los últimos años se han realizado importantes esfuerzos para el desarrollo de instrumentos fiables con los que medirlas. En España, aunque se han baremado algunas pruebas específicas para el análisis de la empatía o las habilidades sociales, todavía no contamos con una oferta amplia de instrumentos específicos, lo cual se acentúa todavía más en el caso de las variables cognitivas, que no siempre se han tenido en cuenta en los estudios. Por eso, a nivel clínico, la evaluación, tanto de la conducta problemática como de estas «variables de proceso», deberá realizarse en muchos casos mediante el uso de entrevista clínica, que es un procedimiento menos objetivo, pero más abierto a la valoración de aspectos internos como la instrumentalidad de la conducta.

10.1.3.3. Características clínicas de los padres agredidos

De igual forma a como ocurría en el caso de los menores, las creencias que los padres utilizan para justificar la violencia han sido consideradas como variables clínicas relevantes, sobre todo por la ma-

nera en que, indirectamente, podrían contribuir a la transmisión de la violencia a los hijos (Crick y Dodge, 1994; citados en Zelli, Dodge, Lochman y Robert, 1999; Rechea y Cuervo, 2010).

Sin embargo, las variables paternas que tradicionalmente han suscitado más interés en el campo de la violencia familiar han sido aquellas con influencia directa en la conducta del hijo, en especial las conocidas como «pautas de crianza» (Patterson, Reid, Jones y Conger, 1975) (véase tabla 10.4). La presencia de una disciplina severa e inconsistente, el refuerzo de conductas inadecuadas en detrimento de las conductas positivas, o una deficitaria vinculación emocional entre padres e hijos, han sido considerados como factores fundamentales a la hora de explicar la existencia de interacciones coercitivas en el seno de la familia. Estas pautas de crianza inadecuadas, además, se han relacionado con dificultades específicas de los padres para solucionar problemas o comunicarse de forma habilidosa (Griffin, Botvin, Scheier, Diaz y Miller, 2000; Loeber y Dishion, 1984) e, incluso, en algunas ocasiones, con la existencia de estados de ánimo bajos, consumo de sustancias o con personalidades antisociales de los padres (Patterson, 1986; Rechea y Cuervo, 2010).

Tal y como ocurría en el caso de los menores, el problema sobre los cuestionarios con los que medir las variables clínicas que definen a los padres es igualmente importante. Y también en esta ocasión la entrevista clínica servirá para suplir esta deficiencia, aunque teniendo en cuenta que, en el caso de los padres, el terapeuta deberá contrastar la información proveniente de cada parte, siempre que exista esta posibilidad.

TABLA 10.4

Pautas de crianza relacionadas con la aparición de comportamientos agresivos

Pautas de crianza	Autores
Ausencia o inadecuada vinculación afectiva, pautas de disciplina inconsistentes o altamente punitivas, ausencia de supervisión y pobre estimulación o reforzamiento social de los comportamientos prosociales.	Comisión sobre Violencia y Juventud de la Asociación Psicológica Americana-APA, 1993; citado en Costa y Morales, 1998.
Disciplina inconsistente. Castigo no efectivo, porque no se asocia claramente con la transgresión de las normas o porque cede a las demandas. Falta de supervisión. Falta de empatía. No se implican ni comparten actividades agradables con sus hijos.	Patterson, 1982.
Incapacidad para fijar límites y delimitar los márgenes de lo permitido. Incapacidad para decir «no».	Naouri, 2003; citado en Moreno.*
Disciplina severa e inconsistente. Escasa participación positiva con el menor. Baja supervisión de las actividades del menor.	McCord, McCord y Howard, 1963; citados en Patterson et al., 1989; Loeber y Dishion, 1984.
No contingencia con el empleo de refuerzos positivos. Refuerzo de conductas desviadas.	Patterson, 1982, 1986; Patterson et al., 1989.
Empleo del castigo físico como estrategia contingencial.	Mahoney, Donnelly, Boxer y Lewis, 2003.*

* Estudios específicos sobre violencia ascendente.

10.2. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA ASCENDENTE

Las dificultades de conceptualización y metodología que el fenómeno de la violencia ascendente lleva inherente casi desde su origen han tenido, lógicamente, una enorme repercusión en la manera en que este problema ha sido abordado, sobre todo a nivel de prevención. A pesar de que ya en los años sesenta organismos pioneros, como la oficina *Head Start* en Estados Unidos o la *Kinderschutzbund* en Alemania, se preocuparon por la promoción de un correcto cuidado en la infancia, y aunque a nivel nacional se han realizado propuestas para la prevención de la violencia ascendente (*programa Daphne II* de la Asociación Altea-España, 2008), el desarrollo de programas preventivos específicos y sustentados en la evidencia empírica es todavía escaso.

Para llevar a cabo una labor preventiva sobre la violencia ascendente hay que comenzar por un examen exhaustivo del fenómeno, que incluya algunos de los aspectos hasta ahora tratados. Éste es, desde nuestro punto de vista, un prerrequisito indispensable, aunque insuficiente, para el planteamiento de estos programas, puesto que para prevenir la violencia ascendente deberemos responder no sólo a la pregunta «qué es», sino también a «cómo funciona». En un intento por abordar esta última cuestión, algunos autores han propuesto modelos específicos para explicar la violencia ascendente. Un análisis crítico de los mismos ayudará a completar algunas de las lagunas de conocimiento existentes y servirá como base para el desarrollo de propuestas de prevención más eficaces.

10.2.1. Modelos explicativos de la violencia ascendente

Principalmente son dos los modelos que focalizan su atención de manera específica en la violencia ascendente. El primero de ellos, el de Agnew y Huguley (1989), propone la integración de elementos asociados tradicionalmente a la violencia familiar con las principales teorías sobre delincuencia juvenil. De manera breve, da cuenta de una serie de fac-

tores que contribuirían a aumentar o disminuir la violencia: *a)* las creencias sobre el propio comportamiento, *b)* la probabilidad de contingencias, *c)* la existencia de diferencias de poder, *d)* el aislamiento social, *e)* el apego, *g)* la asociación con iguales delincuentes o *h)* la evitación del dolor. Más recientemente, el modelo de violencia filio-parental de Cottrell y Monk (2004) plantea también la combinación de factores psicológicos y sociológicos y define la violencia como resultado de la interacción entre varios sistemas: *a)* macrosistema o factores mediáticos, valores sociales y creencias; *b)* exosistema o aspectos sociales próximos al individuo; *c)* microsistema, o aspectos relacionados con la familia y, por último, *d)* las características propias del menor y su biografía concreta.

Lamentablemente, la revisión de estos modelos ha puesto de manifiesto limitaciones importantes respecto a la multiplicidad y complejidad de las variables contempladas (Ibabe, 2007) y la falta de operativización y concreción respecto al peso específico de cada una de ellas (Agnew y Huguley, 1989), por lo que su capacidad explicativa se ha visto decisivamente mermada. Por eso, con frecuencia el estudio de la violencia ascendente ha recurrido, para sentar las bases del fenómeno, a modelos «clásicos» más generales, como el Modelo de Coerción de Patterson (1982; 1986), la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1987) o la teoría del Procesamiento de la Información Social (Dodge y Pettit, 2003).

El *Modelo de Coerción* (Patterson, 1982; 1986; Patterson et al., 1989) resalta la influencia del comportamiento de los padres en los hijos cuando señala que son las pautas de crianza inadecuadas las que promueven un estilo de interacción familiar coercitivo basado en la «escalada de violencia». Así, el comportamiento inadecuado de los padres supondría el medio por el cual los hijos aprenderían, en base a un condicionamiento operante, las ventajas de utilizar estrategias violentas. A todo ello, la *Teoría del Aprendizaje Social* añadiría la importancia de la observación que los hijos hacen de la conducta coercitiva de sus padres y del conjunto de la sociedad, como factores fundamentales para la formación de esquemas cognitivos que minimizan y

justifican su comportamiento agresivo (Bandura, 1987). Por su parte, el reciente modelo de *Procesamiento de la Información Social* (Dodge y Pettit, 2003) contribuye a lo anterior, subrayando más aún el papel de estas representaciones cognitivas, que se instalarían en la memoria y condicionarían decisivamente la interpretación y procesamiento de las situaciones sociales, claro está, con un sesgo hacia la hostilidad.

10.2.2. Factores específicos hacia los que guiar la prevención

Si hay algo que los modelos explicativos específicos y generales sobre violencia familiar dejan claro, es que ésta no es sólo el resultado de variables individuales, sino que depende también de la interacción entre los individuos que componen una familia e incluso de la relación de todos ellos con su entorno más próximo. Variables como la empatía, la autorregulación emocional, las creencias sobre un mundo seguro o incluso la existencia de unas habilidades de afrontamiento adecuadas han sido consideradas habitualmente como importantes factores de protección. Sin embargo, a tenor de lo expuesto hasta ahora, parece que el desarrollo de propuestas de prevención específicas exige el análisis también específico de las interacciones que influyen en ellas.

La *empatía* ha sido considerada la variable psicológica que mejor explica tanto la adquisición de la conducta prosocial como la inhibición del comportamiento agresivo durante el desarrollo (Bandura, 1987; Mestre et al., 2002). Sin embargo, de cara a la prevención, es importante saber también que esta variable es un elemento aprendido e interactivo, que depende en gran parte del éxito de modelado e identificación durante las primeras interacciones sociales (habitualmente, con los padres) (Bandura, 1987; Ortiz, Apodaka, Etxeberria, Ezeiza y López, 1993). Por eso, todo programa preventivo debería promocionar, efectivamente, la capacidad de los jóvenes para identificarse con los demás y reconocer sus emociones (por ejemplo, a través de *role-playing*), pero debería asimismo incluir un componente psicoeducativo para padres en el que se promo-

vieran pautas de interacción dirigidas a la adquisición de la respuesta empática en sus hijos.

Aunque la empatía suele llevar aparejada una mayor capacidad para *regular emociones* y poner en marcha *habilidades de afrontamiento* adecuadas (Mestre et al., 2002), la llamada disciplina inductiva, que evita el estilo autoritario a la hora de poner normas, y que depende, por tanto, de las habilidades de afrontamiento de los padres, es también fundamental (Fuentes, Motrico y Bersabé, 2001). Por eso, además del muy necesario entrenamiento de los jóvenes para la mejora de su regulación emocional y social, deberían observarse explícitamente en los programas de prevención componentes psicoeducativos para padres acerca del manejo de contingencias, así como su entrenamiento en habilidades sociales y de solución de problemas. Además, debería existir un abordaje específico tanto para padres como para hijos para la prevención de estrategias desadaptadas, como el consumo de alcohol y otras drogas, que no harían sino potenciar la impulsividad y desregulación emocional.

Sin embargo, la existencia de límites en la conducta no debería suponer una limitación en los vínculos afectivos, que son, además, un importante inhibidor de la conducta agresiva (Gámez-Guadix et al., 2011). La percepción durante las relaciones de apego de un afecto incondicional supone la base para la concepción del *mundo como un lugar seguro*, opuesta a las ya mencionadas creencias que justifican la violencia. En consecuencia, en los programas de prevención deberán abordarse, tanto con los menores como con los padres, las creencias hostiles, a la vez que se promocionan factores cognitivos protectores. Por otro lado, sería necesario concienciar a los padres sobre la importancia del afecto y su incondicionalidad, y entrenarles en la correcta expresión del cariño.

Desde un punto de vista integral, las pautas de crianza, el desarrollo de mecanismos de afrontamiento de los menores, la mejora de la comunicación y afecto familiar, etc., que ya son componentes de algunos programas de prevención (Asociación Altea-España, 2008), adquieren una relevancia y un sentido todavía mayor. Sin embargo, la violencia ascendente es un fenómeno que trasciende el ámbito familiar. Recordemos, en este sentido, la influencia

de factores externos, como la relación con un grupo iguales desadaptado o incluso la minimización de la violencia por parte del conjunto de la sociedad. La violencia es una cuestión social, tanto en cuanto a contenido y forma como en lo que respecta al problema, y por tanto también a la solución. Por eso, es importante recordar que cualquier programa de prevención está condenado al fracaso si no pasa por la eliminación de las normas que legitiman la violencia familiar, la reducción de los estresores sociales que favorecen los comportamientos violentos, la inclusión de las familias en una red de apoyo social amplia o el cambio del carácter sexista de la sociedad (Straus, Gelles y Steinmetz, 1980).

Cierto es que en la actualidad ya ha habido pasos positivos a este respecto. La Unión Europea, por ejemplo, obligó en 2005 a ilegalizar el castigo corporal en todos los países miembros (Concilio de Europa 2005). Sin embargo, esto no es suficiente. La violencia debe ser algo condenable, en todas sus manifestaciones y en todos los contextos. No es tolerable que los hijos insulten o peguen a sus padres, pero tampoco que lo hagan éstos. La concepción de una sociedad sin violencia no debe ser simplemente una aspiración, sino una obligación profesional y personal. Con esta idea, precisamente, encaramos el siguiente apartado sobre el diseño de tratamientos específicos para el abordaje de la violencia ascendente.

10.3. TRATAMIENTO DE LA VIOLENCIA ASCENDENTE

Los tratamientos psicológicos planteados hasta la fecha para el abordaje del fenómeno de la violencia ascendente, además de escasos, presentan importantes limitaciones y necesidades específicas (Gesteira, González-Álvarez, Fernández-Arias y García-Vera, 2009). De manera resumida, podemos decir que éstas se articulan en torno a tres categorías: contenido, formato y aplicabilidad.

El entrenamiento en habilidades sociales, de comunicación y de control de la ira o la práctica de pautas de crianza eficaces han configurado con frecuencia el *contenido* de los programas de intervención, aunque en la mayoría de las ocasiones de ma-

nera independiente o parcial. Sin embargo, el problema de la violencia ascendente es, como ya vimos, el producto de multitud de variables clínicas, por lo que los programas de tratamiento deberían adoptar un enfoque multicomponente en el que cada uno de esos entrenamientos fuese considerado como pieza de un mismo engranaje y en el que se añadieran, además, elementos fundamentales que hasta ahora han sido olvidados, como el manejo cognitivo de pensamientos y creencias que justifican la violencia.

De manera coherente, no debemos olvidar que la violencia ascendente es un fenómeno en el que los padres juegan un papel igual de importante que el de los hijos, aunque no siempre se haya considerado así. Por eso, deberemos aspirar a programas de intervención con un formato integral, en el que se atienda a las necesidades específicas de unos y otros, pero en el que también se trabajen las interacciones entre todos ellos, desde el marco de una intervención conjunta, que en contextos de violencia más generales ha probado también su eficacia (Eyberg, Nelson y Boggs, 2008).

Aunque el establecimiento de protocolos con contenido y forma definidos es un paso fundamental para el avance científico en el tratamiento de la violencia ascendente, no debemos olvidar que el éxito de un programa de intervención también depende de su *aplicabilidad* a las distintas realidades a las que se dirige. Tratamientos psicológicos que tengan en cuenta las necesidades idiosincrásicas de cada individuo y que puedan adaptarse a diferentes grupos de edad, de forma individual o grupal, son absolutamente imprescindibles (NICE, 2007), como también lo son programas en los que se tenga en cuenta la variedad diagnóstica asociada a la violencia ascendente y el problema de adherencia al tratamiento que explica las altas tasas de abandono hasta ahora presentes en este tipo de intervenciones (Nock, 2003).

En un intento por cubrir cada una de las necesidades expuestas hasta este punto, proponemos un protocolo de tratamiento que se vertebra a partir de dos bloques de intervención sucesivos: con padres e hijos por separado y con la familia en su conjunto. El programa de tratamiento así configurado incluye el trabajo con las variables clínicas más relevantes para unos y otros e intenta aportar soluciones espe-

cíficas a los problemas que más han obstaculizado el tratamiento de la violencia ascendente desde su origen.

10.3.1. Intervención con menores y padres por separado

El tratamiento inicial con padres e hijos por separado, aunque debe llevarse a cabo de manera independiente, supone el abordaje de un gran número de objetivos comunes. Motivación, psicoeducación sobre violencia, control de la ira y mejora en empatía y habilidades de afrontamiento son fases por las que todas las partes deberán pasar necesariamente, aunque con matices específicos para cada una de ellas (véase tabla 10.5). Sin embargo, el progreso en el tratamiento no siempre se produce de manera regular, por lo que el terapeuta deberá ser sensible a los distintos ritmos con que avanzan sus pacientes. Con la premisa básica de no exigir nunca a los menores nada que no se haya hecho antes con los padres, tomaremos como punto de «anclaje» el tratamiento de éstos y esperaremos a que todos los miembros de la familia se encuentren en un nivel de cambio similar para continuar avanzando en el tratamiento.

La falta de motivación intrínseca en los menores ha sido considerada habitualmente como una de las principales causas de abandono del tratamiento, por lo que parece lógico que el *trabajo motivacional* sea el primer y más importante objetivo a cumplir. Siguiendo las pautas sobre entrevista motivacional que proponían Rollnick y Miller (2009), es fundamental que el terapeuta valide la ambivalencia del menor, adoptando para ello un estilo empático y poco confrontativo en el que el «quiero, pero no quiero cambiar» tenga cabida. Así, buscamos favorecer la expresión por parte del paciente de todos sus miedos y quejas, pero también fomentamos la exposición de razones a favor y en contra del cambio, con el fin de encontrar alguna utilidad personal que, aunque parezca secundaria, ayude al menor a comprometerse y a adherirse al tratamiento. Por otro lado, y aunque normalmente son los menores quienes toman la decisión de acudir a terapia, es frecuente que los padres también planteen cierta

ambivalencia en la manera en que explican la situación, por lo que el trabajo motivacional con ellos es igualmente importante. Reducir el exceso de culpa que muchos presentan, sin obviar la propia responsabilidad en el problema y la necesidad de su compromiso con el cambio, es el objetivo específico hacia el que deberá enfocarse el terapeuta en sus primeros contactos con los padres. Pero el trabajo motivacional es una carrera de largo recorrido, y deberá estar presente a lo largo del tratamiento para conseguir sustituir la motivación inicial, basada únicamente en el malestar, por una motivación basada en un rechazo integral de la violencia, independiente del malestar o bienestar que se experimente y, por tanto, mucho más consistente.

Tras el compromiso inicial de los pacientes con el tratamiento, es fundamental que tanto ellos como el terapeuta concreten un punto de partida común sobre el que comenzar a trabajar, a través de la *psicoeducación sobre el concepto de violencia*. Así pues, es necesario que tanto los padres como los hijos conozcan en qué consiste la conducta violenta o coercitiva, distingan diferentes tipos de violencia (física, psicológica, financiera...) e identifiquen su participación en las llamadas «escaladas de violencia», pero sobre todo que sean conscientes de que la conducta violenta es sólo una de las muchas respuestas posibles ante un conflicto y que, si se ha aprendido, es porque presentaba y presenta alguna ventaja. Por eso, con el fin de empezar a restar utilidad a la conducta violenta, se tomarán ya desde el inicio acciones concretas al respecto. Se enseñará a los padres a introducir consecuencias negativas asociadas a las conductas violentas de sus hijos, mientras que, de manera paralela, se fomentará el refuerzo positivo de cualquier conducta alternativa a la violencia, por trivial que ésta pueda parecer. Por otro lado, y sobre todo en casos donde el nivel de violencia es grave, pueden fijarse tanto con padres como con hijos las llamadas «conductas inaceptables», conductas violentas de elevada intensidad que, a partir de ese momento, estarán completamente prohibidas.

Aclarado el concepto de violencia y sus implicaciones, es el momento de introducir la relación entre la conducta violenta y los pensamientos que

TABLA 10.5

Objetivos, técnicas y contenidos aplicados con los padres y menores en la intervención por separado

Objetivos y técnicas	Contenidos para menores	Contenidos en el caso de los padres
<p>Objetivo: Incrementar la motivación al cambio.</p> <p>Técnica: Entrevista motivacional.</p>	<p>Validación de la ambivalencia en los menores.</p> <p>Expresión y corrección de miedos y expectativas en los menores.</p> <p>Exposición de razones a favor (ganancias) y en contra (pérdidas) del cambio.</p> <p>Búsqueda con el menor de alguna utilidad personal del tratamiento.</p> <p>Compromiso de cambio.</p> <p>Sustitución de la motivación basada en el malestar por la motivación basada en el rechazo.</p>	<p>Validación de la ambivalencia en los padres.</p> <p>Reducción del exceso de culpa en los padres.</p> <p>Sustitución de la culpa por la responsabilización de los padres en el problema. Compromiso de cambio.</p> <p>Sustitución de la motivación basada en el malestar por la motivación basada en el rechazo.</p>
<p>Objetivo: Adquirir conocimientos en torno al concepto de violencia.</p> <p>Técnica: Psicoeducación sobre violencia.</p>	<p>Debate e información sobre: <i>a)</i> concepto y tipos de violencia; <i>b)</i> escalada y ciclo de la violencia; <i>c)</i> funcionalidad de los comportamientos agresivos.</p> <p>Comunicación al menor de la implicación activa de los padres en el tratamiento.</p> <p>Establecimiento de una conducta inaceptable para el menor.</p>	<p>Debate e información sobre: <i>a)</i> concepto y tipos de violencia; <i>b)</i> escalada y ciclo de la violencia; <i>c)</i> funcionalidad de los comportamientos agresivos.</p> <p>Concienciación sobre la necesidad de incluir cambios contingenciales para restar funcionalidad a la conducta violenta. Introducir el refuerzo positivo de conductas alternativas.</p> <p>Establecimiento de una conducta inaceptable para los padres y sus consecuencias.</p>
<p>Objetivo: Modificar pensamientos y creencias relacionadas con la ira y hostilidad.</p> <p>Técnica: Reestructuración cognitiva.</p>	<p>Información del papel de las cogniciones en la conducta violenta.</p> <p>Identificación de pensamientos hostiles y agresivos (física y verbalmente) y de creencias que justifican la violencia.</p> <p>Discusión y modificación progresiva del material cognitivo que promueve la violencia.</p>	
<p>Objetivos: <i>a)</i> mejorar en el manejo de la ira y la hostilidad; <i>b)</i> aumentar la capacidad empática.</p> <p>Técnicas: <i>a)</i> técnica de autocontrol de la ira (técnica del semáforo); <i>b)</i> <i>role-playing</i>.</p>	<p>Información sobre el papel de las emociones (principalmente ira y hostilidad) en la conducta violenta y reconocimiento de las mismas (claves internas y externas relacionadas).</p> <p>Entrenamiento en autocontrol de la ira-hostilidad (entrenamiento en respiración, técnicas de distracción, autoinstrucciones, suspensión temporal, etc.) para evitar la escalada de violencia.</p> <p>Información sobre el papel de la empatía en la conducta prosocial.</p> <p>Desarrollo de la empatía a partir de ejemplos e intercambio de papeles en situaciones conflictivas con creciente implicación personal.</p>	

TABLA 10.5 (continuación)

Objetivos y técnicas	Contenidos para menores	Contenidos en el caso de los padres
<p>Objetivos: Mejorar las habilidades de afrontamiento de situaciones conflictivas: <i>a)</i> comunicación asertiva; <i>b)</i> solución de problemas; <i>c)</i> pautas de crianza (para padres).</p> <p>Técnicas: <i>a)</i> entrenamiento en comunicación asertiva; <i>b)</i> entrenamiento en solución de problemas; <i>c)</i> técnicas operantes de modificación de conducta (para padres).</p>	<p>Entrenamiento en comunicación asertiva: <i>a)</i> psicoeducación estilos de comunicación; <i>b)</i> instrucciones específicas para la expresión/aceptación de críticas/cumplidos; <i>c)</i> ensayo conductual en sesión; <i>d)</i> feedback y corrección (modelado).</p> <p>Entrenamiento en solución de problemas: <i>a)</i> orientación al problema; <i>b)</i> definición del problema; <i>c)</i> generación de alternativas; <i>d)</i> establecimiento de criterios y selección; <i>e)</i> puesta en práctica.</p>	<p>Establecimiento de pautas específicas de modificación de conducta para fomentar estilos educativos apropiados. Establecimiento de disciplina positiva.</p> <p>Entrenamiento en comunicación asertiva: <i>a)</i> psicoeducación estilos de comunicación; <i>b)</i> instrucciones específicas para la expresión/aceptación de críticas/cumplidos; <i>c)</i> ensayo conductual en sesión; <i>d)</i> feedback y corrección (modelado).</p> <p>Incorporación de la validación y la escucha activa como técnicas adicionales para mejorar la comunicación.</p> <p>Entrenamiento en solución de problemas: <i>a)</i> orientación al problema; <i>b)</i> definición del problemas; <i>c)</i> generación de alternativas; <i>d)</i> establecimiento de criterios y selección; <i>e)</i> puesta en práctica. Incidir en la necesidad de inclusión del menor en el proceso.</p>
<p>Objetivos: <i>a)</i> prevenir la aparición de recaídas; <i>b)</i> potenciar una nueva identidad sin violencia y preparar el tratamiento familiar.</p> <p>Técnicas: <i>a)</i> entrenamiento en prevención de recaídas <i>b)</i> técnicas narrativas.</p>	<p>Identificación de factores de riesgo y desarrollo de estrategias de afrontamiento.</p> <p>Narración guiada en sesión sobre el proceso de tratamiento, los cambios realizados por el menor (competencia) y dificultades y la consolidación de la vida sin violencia.</p>	

la preceden y la acompañan. La *reestructuración cognitiva* de este pensamiento violento deberá comenzar con el conocimiento de la importancia del papel que juegan las interpretaciones que hacemos de las situaciones de conflicto interpersonal, y deberá finalizar con la identificación y cuestionamiento de pensamientos hostiles, así como de justificaciones, minimizaciones y negaciones que facilitan los comportamientos violentos y que se emplean como estrategias para disminuir la disonancia cognitiva que genera el comportarse de esa manera.

Pero no sólo los pensamientos influyen en la conducta violenta, sino que la ira y hostilidad también están íntimamente relacionadas con ella, por lo que el *entrenamiento en el autocontrol* de este tipo de emociones ha formado parte de multitud de programas de tratamiento contra la violencia. El autocontrol de la ira pasa en primer lugar por el reconocimiento de claves internas (pensamientos hostiles, sensaciones físicas) y externas (actitudes de otras personas) que ayuden a identificar y graduar una emoción que no se produce de manera inmediata, sino que, como si de un semáforo se tratara, tiene diferentes estadios, con distintas intensidades. De esta manera, el paciente deberá aplicar estrategias específicas cuando se encuentra en un «nivel rojo» o nivel máximo de ira (por ejemplo, abandonar la situación, autoinstrucciones positivas), en un «nivel amarillo» o intermedio (por ejemplo, distracción, respiración diafragmática) o en un «nivel verde» o neutro (por ejemplo, actividades agradables, asertividad).

No obstante, el trabajo emocional no se reduce sólo al control de algunas emociones, sino que también supone la promoción de uno de los principales «antídotos» contra la violencia: la empatía. El *trabajo sobre la empatía* comienza con el conocimiento de su significado y su utilidad, y debe seguir una trayectoria de menor a mayor implicación emocional. Será necesario que el paciente identifique las emociones de otras personas a través de situaciones prototípicas ideadas por el terapeuta, pero también será vital que se ponga efectivamente en el lugar de otros, mediante el uso, por ejemplo, del *role-playing* en situaciones conflictivas. Todo ello para llegar a comprender posturas que pueden llegar a ser, incluso, contrarias a las suyas.

A diferencia de lo que ocurría en el trabajo con pensamientos y emociones, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento es uno de los bloques donde más diferencias encontramos entre hijos y padres, por el papel fundamental que las *pautas de crianza* tienen en este momento del tratamiento. Aunque es cierto que desde el principio se ha aleccionado a los padres sobre la importancia del manejo de contingencias, es ahora cuando éstos disponen de los recursos necesarios para comenzar a impartir una disciplina positiva. Por eso, además del repaso de conceptos fundamentales sobre modificación de conducta (concepto de refuerzo, castigo, extinción, tiempo fuera), y de su aplicación consensuada, consistente y coherente, los padres deberán aprender a razonar las normas con sus hijos, a conferirles, poco a poco, una mayor responsabilidad y participación en los asuntos que tienen que ver con ellos mismos, pero sobre todo a demostrarles un afecto que no está subyugado al comportamiento, sino que se demuestra de manera incondicional.

Paralelamente, dos habilidades de afrontamiento serán trabajadas con padres e hijos: la *comunicación asertiva* y la *capacidad para solucionar problemas*. En cuanto a la primera, es fundamental que los miembros de la familia conozcan y distingan con claridad los tres estilos de comunicación (pasivo, asertivo y agresivo), para después establecer pautas específicas de asertividad en situaciones sociales complejas (por ejemplo, expresión y aceptación de críticas o cumplidos, decir que no, etc.) y ponerlas en práctica mediante *role-playing* y modelado por parte del terapeuta. En el caso de los padres, además, será necesario introducir las llamadas estrategias de *validación* de las conductas de los hijos, que no suponen la aceptación o justificación del comportamiento inadecuado de éstos, sino el abandono de las críticas sobre el mismo. Con ello buscamos sorprender al menor, obligándole a juzgar por sí mismo lo adecuado o inadecuado de su conducta y propiciando cierto sentimiento de «culpa» y de arrepentimiento genuinos.

La *solución de problemas* se plantea como el procedimiento necesario para afrontar conflictos sin necesidad de recurrir a la violencia. Quizá, de todas las tareas básicas para la solución de problemas, la primera de ellas, la orientación al problema, sea la más

importante, pues tanto los padres como los hijos deberán comenzar a concebir los problemas y los conflictos como una parte más de sus vidas y no como algo necesariamente amenazante, contra lo que hay que defenderse. De esta manera, será más fácil la definición y generación de alternativas diferentes a la violencia, así como la selección de criterios de decisión que nada tengan que ver con la hostilidad.

Por último, el tratamiento se completa con una correcta *prevención de recaídas*. En este sentido, es fundamental que los pacientes sean conscientes de sus principales factores de riesgo, así como de los recursos de los que disponen para afrontarlos, entendiendo, además, que sus preocupaciones al respecto son normales. Sin embargo, la mejor estrategia que podremos ofrecer para la prevención de una posible recaída será la consolidación de una nueva identidad sin violencia, para lo cual utilizaremos las *técnicas narrativas*. Cómo se cuenta una historia modifica la esencia de la propia historia. Por eso, pediremos a los pacientes que escriban acerca del proceso de tratamiento, la evolución que han sufrido, los esfuerzos realizados, los aspectos positivos y negativos, etc. Fomentaremos narraciones en las que se favorezca la sensación de competencia y autoeficacia y en las que los miembros de la familia sean

dibujados de una forma más benévola, como personas que actuaron de la manera más lógica según los recursos de los que disponían en el pasado. Todo ello como broche final de un primer bloque de intervención, que deberá dar paso a un formato completamente nuevo: la intervención en familia.

10.3.2. Intervención familiar

El estilo coercitivo de relación que acaba por instalarse en las familias donde la violencia ascendente tiene lugar es quizá la consecuencia más importante y más difícil de modificar desde el punto de vista del tratamiento. La intervención familiar supone un espacio único para el ensayo de formas alternativas de relación y, por eso, el intercambio positivo deberá constituirse como principal objetivo de intervención (véase tabla 10.6). En esta línea, una buena manera de iniciar el tratamiento en familia será la puesta en común de lo que para cada miembro ha supuesto el proceso terapéutico, a través de la lectura de las narraciones construidas previamente a tal fin. La lectura de cartas donde padres e hijos plasman sus dificultades, sus dudas, su sentido de autoeficacia y su visión benévola del resto de la familia son un paso funda-

TABLA 10.6

Objetivos, técnicas y contenidos aplicados en la intervención familiar

Objetivos y técnicas	Contenidos del trabajo familiar
Objetivos: <i>a)</i> promover el intercambio positivo en la familia; <i>b)</i> fortalecer las nuevas identidades sin violencia. Técnica: Técnicas narrativas.	Puesta en común de lo que para cada miembro de la familia ha supuesto el tratamiento y de los logros conseguidos. Identificación e intercambio de aspectos positivos de cada miembro de la familia.
Objetivo: Fortalecer a nivel familiar los recursos adquiridos a nivel individual. Técnicas: Todas las establecidas durante el programa de tratamiento individual.	Planteamiento en sesión de situaciones conflictivas. Identificación, utilización y discusión de los recursos utilizados en sesión.
Objetivo: Prevenir la aparición de recaídas a nivel familiar. Técnica: Entrenamiento en prevención de recaídas conjunto.	Identificación de factores familiares de riesgo y desarrollo de estrategias de afrontamiento en conjunto.

mental para el fortalecimiento de esa nueva identidad familiar, donde la violencia ya no tiene lugar.

Posteriormente, el trabajo familiar deberá centrarse en el repaso y puesta en práctica de las estrategias trabajadas a lo largo de tratamiento. Para ello, se plantearán diferentes situaciones conflictivas (por ejemplo, a través de juegos) que los miembros de la familia deberán resolver en conjunto y sin utilizar estrategias violentas. La negociación, el consenso y el diálogo se convierten entonces en armas muy poderosas que solamente podrán ser llevadas a cabo con éxito si existe un manejo fluido de las técnicas aprendidas con anterioridad. La función del terapeuta en este momento será fundamentalmente la de observación y modelado de las interacciones entre los miembros de la familia, desde una posición poco intervencionista, que no entorpezca la propia iniciativa de los pacientes.

El tratamiento llegaría a su fin con la prevención de recaídas a nivel familiar. Tal y como ocurría anteriormente, este bloque supone la identificación de factores de riesgo familiar y de recursos para afrontarlos. Sin embargo, es importante recordar a las familias que la prevención de recaídas no supone la prevención del conflicto o de los problemas en general. Prevenir recaídas es prevenir la vuelta a un estilo de vida violento, donde el abuso, la amenaza y la coerción son lo habitual, y donde la violencia se legitima con cada grito, insulto o golpe que permanece impune.

10.3.3. Intervención más allá de la violencia: el problema diagnóstico

En el tratamiento de la violencia ascendente existen circunstancias que se repiten con cierta frecuencia y que, a menudo, suponen un obstáculo para el buen funcionamiento de la terapia. Recordemos cómo una de esas circunstancias tenía que ver con la alta tasa de abandonos que solía existir en este tipo concreto de problemáticas y cómo la intervención motivacional se dirigía a reducirla a lo largo del tratamiento.

Sin embargo, la falta de motivación no supone el único problema al que nos enfrentaremos en los casos

de violencia ascendente, sino que la propia naturaleza del concepto es un problema en sí, sobre todo porque la conducta disruptiva es un síntoma que está presente en un gran número de los trastornos que tienen su inicio en la infancia y adolescencia, como el TDAH, la depresión o el consumo de sustancias.

De esta manera, aunque nuestra propuesta de tratamiento está específicamente diseñada para paliar el comportamiento violento, existe la posibilidad de que otros problemas influyan decisivamente en la terapia, por lo que el terapeuta debe ser sensible a todo ello. Por eso, cuando además de la conducta disruptiva se detecten síntomas de inatención o impulsividad acusadas, de anhedonia, dificultad para dormir o comer, o incluso conductas de dependencia, el tratamiento deberá interrumpirse para una correcta valoración de estas nuevas circunstancias. Así, por ejemplo, valorar el grado de dependencia cuando se sospecha del abuso de sustancias o la existencia de ideación autolítica, cuando lo que aparece es un estado de ánimo bajo, se convierte en objetivo prioritario.

Una vez confirmadas las sospechas, es importante que la familia sea informada del nuevo giro que han dado los acontecimientos, para poder tomar decisiones de una manera consensuada. En algunas ocasiones, la gravedad de los problemas concomitantes requerirá de una valoración y tratamiento específico, que podrá llevarse a cabo de manera paralela o incluso llegando a sustituir el tratamiento original. En otras ocasiones, sin embargo, la levedad de los síntomas permitirá la continuación con el plan de tratamiento, aunque ello signifique adaptar algunas partes del mismo. No obstante, tanto en unos casos como en otros, es fundamental que el terapeuta permanezca especialmente atento a la evolución de unos pacientes que, no podemos olvidar, se encuentran en pleno desarrollo y que, por tanto, son sumamente volubles.

10.4. RESUMEN

La relación entre violencia y familia ha sido constatada en múltiples ocasiones. Gelles y Straus, en 1979, llegaron a señalar, incluso, que «la familia es la institución más violenta de nuestra sociedad,

con excepción del ejército en tiempos de guerra». Aunque este tipo de aseveraciones pueden parecer vacías o exageradas, es indiscutible que la realidad que nos rodea nos devuelve cada vez más la idea de que la familia no siempre es ese contexto seguro en el que los individuos adquieren los recursos básicos para afrontar sus vidas.

A pesar de que el mito de la familia feliz es hoy por hoy algo muy cuestionado, cuando lo que se nos plantea es la posibilidad de que haya hijos que agreden a sus padres, la reacción general sigue siendo todavía de desconcierto, cuando no de rechazo o incluso de miedo. Es cierto que el fenómeno de la violencia ascendente ha cobrado una notoriedad importante en los últimos años, pero ni siquiera eso ha podido contrarrestar un tabú tan fuertemente arraigado en nuestra sociedad como el de los hijos que se atreven a imponerse a la autoridad de sus padres.

Sin duda, el secretismo con el que hasta ahora se ha tratado el problema de la violencia ascendente ha contribuido a que la intervención en este campo no haya tenido un desarrollo equivalente al que ha habido en otros tipos de violencia doméstica, como el maltrato hacia la pareja o hacia los niños. Pero es importante saber que los problemas conceptuales y metodológicos que han acompañado al estudio científico del fenómeno también han supuesto un lastre muy pesado. Así, aunque el concepto de violencia ascendente ha ido evolucionando y ganando en especificidad y en amplitud, incluyendo, por ejemplo, la violencia de tipo psicológico, los datos de los que disponemos siguen refiriéndose casi exclusivamente a la violencia física, medida de formas diversas y en poblaciones sumamente heterogéneas, todo lo cual impide que aclaremos el papel de variables internas como la intención o la culpa por el daño causado. Por otro lado, tampoco los estudios descriptivos que se han realizado nos ayudan a completar el cuadro de este fenómeno y, por supuesto, no se ha llegado aún a un acuerdo sobre la categoría diagnóstica que mejor se ajustaría al problema. Ni siquiera las propuestas teóricas específicas han logrado aportar algo diferente de lo que ya se apuntaba en modelos clásicos sobre violencia de los años 80 del siglo pasado.

La influencia que todo esto ha tenido en el abordaje de la violencia ascendente, tanto a nivel de prevención como de tratamiento, es innegable. A falta de conocimiento sólido, quizá el estudio de las variables psicológicas clínicas que más han des-puntado en las familias afectadas suponga hoy día la vía más fiable sobre la que construir mecanismos de prevención y tratamiento. La presencia en padres e hijos de creencias que justifican la violencia, la impulsividad, la falta de empatía y las dificultades para conducirse de manera asertiva o para solucionar conflictos sin necesidad de recurrir a estrategias desadaptadas, así como la existencia de pautas de crianza inadecuadas en los padres, son claramente los problemas a resolver en cualquier programa de intervención. Pero no sólo eso. Las interacciones que se establecen entre todas esas variables suponen también elementos clave. No en balde, son esas interacciones las que, en etapas tempranas, pueden llegar a constituir el origen del problema. Por eso, elementos como el cariño incondicional, el modelado o incluso la concepción del mundo como un lugar seguro suponen los pilares fundamentales para establecer programas de prevención.

La propuesta de tratamiento que se plantea en el presente capítulo está basada, por supuesto, en todos los elementos clínicos a los que se ha hecho mención, desde un formato en el que puedan abordarse cómodamente las necesidades de cada una de las partes (intervención con padres e hijos por separado), las interacciones problemáticas del conjunto de la familia (intervención familiar) y problemas como la existencia de trastornos comórbidos (por ejemplo, depresión infantil, consumo de sustancias o TDAH) o la falta de adherencia al tratamiento, que tan frecuentemente han obstaculizado las intervenciones en este campo (intervención más allá de la violencia).

Precisamente, para contrarrestar la elevada tasa de abandonos prototípica en este tipo de problemáticas, el tratamiento con cada parte por separado se inicia con un bloque en el que el objetivo principal es la generación de una motivación que, en la mayor parte de los casos, no existe. Para ello, validar la ambivalencia hacia el cambio, tran-

quilizar sobre posibles miedos, distribuir correctamente la responsabilidad entre los miembros de la familia y generar razones personalmente importantes para adherirse al tratamiento, son estrategias fundamentales.

En cuanto al tratamiento en sí, el replanteamiento de las ideas que justifican la violencia supone uno de los primeros requisitos que deberemos abordar, inicialmente, a través de la psicoeducación sobre el fenómeno de la violencia ascendente y sus mecanismos de origen y mantenimiento. El establecimiento desde el principio de la terapia de conductas violentas inaceptables y el manejo de contingencias suponen las primeras acciones para empezar a restar utilidad a la violencia, pero no son suficientes. Las creencias que justifican la violencia deberán trabajarse específicamente a través de la reestructuración cognitiva, pues no podemos olvidar que suponen el sustrato a través del cual las personas juzgan la realidad de manera hostil.

Dado que el pensamiento hostil es uno de los componentes fundamentales de la ira, su identificación y cuestionamiento supone ya una primera estrategia de autocontrol, pero muy parcial. El conocimiento concreto de cuándo, cómo y por qué se enfada uno es la única manera para establecer estrategias de control (respiración, distracción, autoinstrucciones, suspensión temporal) adecuadas a cada momento. Sin embargo, este conocimiento de las propias emociones debe verse completado por el conocimiento de las emociones de las otras personas, es decir, por la empatía. Ser conscientes del sufrimiento de los demás y entender los motivos de sus comportamientos es también un importante freno a la agresión.

No obstante, no podemos apostar por el cambio si no dotamos a las personas de las estrategias necesarias para cambiar. Por este motivo, el aprendizaje de formas de afrontamiento adaptadas es otro bloque de contenido imprescindible. En el caso de los padres, lo más importante es el establecimiento de una disciplina positiva en la que, más allá del manejo de contingencias, empiece a tener cabida el razonamiento con el menor, la delegación de res-

pensabilidades, el interés genuino por el otro y, por supuesto, la correcta expresión del cariño. Las estrategias para la comunicación asertiva y para la validación del comportamiento de los hijos, así como la concepción de los problemas desde un punto de vista más racional (menos hostil) son una ayuda fundamental en este sentido, tanto para padres como para hijos.

Pero poco importa que los individuos tengan capacidad para afrontar las situaciones de manera alternativa a la violencia si eso no va acompañado de un rechazo integral de la misma. El abordaje de una nueva identidad sin violencia supone el cierre del tratamiento por separado y el comienzo de la intervención a nivel familiar. La narración de lo que ha supuesto el tratamiento en la familia tiene un carácter reconstructivo; por eso, instaremos a cada miembro a que relate y comparta las pérdidas sufridas con el cambio, la sensación de competencia que ha ido adquiriendo o incluso la manera benevolente con que ahora es capaz de juzgarse a sí mismo y a los demás.

Así, el tratamiento familiar deberá tener como principal objetivo el intercambio positivo entre los miembros de la familia, aun incluso en situaciones conflictivas propuestas por el propio terapeuta. Durante esas interacciones, los miembros de la familia deberán demostrar y demostrarse a sí mismos que son capaces de aplicar las técnicas que han trabajado por separado y que lo hacen en conjunto, por consenso. La anticipación de situaciones conflictivas y de planes específicos de afrontamiento daría lugar a la prevención de recaídas y, con ello, al último bloque de tratamiento.

Sin embargo, no sólo son los pacientes los que deben aprender a vivir sin violencia, sino también los terapeutas. La violencia ascendente no es únicamente un problema de individuos. No es siquiera un problema familiar. Es un problema social, que nos concierne a todos. Más allá de los protocolos concretos o de las técnicas que los componen, deberemos empezar a transmitir la idea de que la violencia es inaceptable. Como profesionales, tenemos un compromiso a ese respecto. Como personas, una obligación moral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agnew, R. y Huguley, S. (1989). Adolescent violence toward parents. *Journal of Marriage and the Family*, 51(3), 699-711.
- Alonso, J. M. y Castellanos, J. L. (2006). Por un enfoque integral de la violencia familiar. *Intervención Psicosocial*, 15(3), 253-274.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Asociación Altea-España (2008). *Violencia Intrafamiliar: Menores que Agreden a sus padres*. Recuperado el 01 de julio de 2011 de: <http://www.altea-europa.org/documentos/PublicacionLibrodaphneII.pdf>.
- Bandura, A. (1987). *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Bertino, L., Calvete, E., Pereira, R., Orue, I. y Montes, Y. (2011). El prisma de la violencia filio-parental: diferentes visiones de un mismo fenómeno. En R. Pereira (ed.), *Entre impotencia, resiliencia y poder: adolescentes en el Siglo XXI* (pp. 361-384). Madrid: Morata.
- Blumer, H. (1971). Social problems as collective behavior. *Social Problems*, 18, 298-306.
- Browne, K. D. y Hamilton, C. E. (1998). Physical violence between young adults and their parents: Associations with a history of child maltreatment. *Journal of Family Violence*, 13(1), 59-79.
- Calvete, E. y Cardenoso, O. (2005). Gender differences in cognitive vulnerability to depression and behavior problems in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(2), 179-192.
- Calvete, E., Orue, I. y Sampedro, R. (2011). Violencia filio-parental en la adolescencia: Características ambientales y personales. *Infancia y Aprendizaje*, 34(3), 349-363.
- Cochran, D., Brown, M. E., Adams, S. L. y Doherty, D. (1994). *Young Adolescent Batterers: A Profile of Restraining Order Defendants in Massachusetts*. Massachusetts Trail Court, Boston. Office of Commissioner of Probation. Recuperado el 21 de febrero de 2010 de: http://eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/13/c1/35.pdf.
- Costa, M. y Morales, J. M. (1998). ¿Por qué hay niños que cuando son jóvenes llegan a comportarse violentamente? Claves para comprender el desarrollo de la violencia. *Anuario de Psicología Jurídica*, 8, 163-179.
- Cottrell, B. (2001). *Parent abuse: The abuse of adults by their teenage children: Overview paper*. Ottawa: Public Health Agency of Canada. Recuperado el 22 de mayo de 2010 de: http://www.canadiancrc.com/PDFs/Parent_Abuse-Abuse_of_Parents_by_Their_Teenage_Children_2001.pdf.
- Cottrell, B. (2004). *When teens abuse their parents*. Nueva Escocia: Fernwood Publishing.
- Cottrell, B. y Monk, P. (2004). Adolescent-to-parent abuse: A qualitative overview of common themes. *Journal of Family Issues*, 25(8), 1072-1095.
- Council of Europe (2005). *Council of Europe. 2005 Activity Report*. Bélgica: Council of Europe Publishing.
- Dodge, K. y Pettit, G. (2003). A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problem in adolescence. *Developmental Psychology*, 39 (2), 349-371.
- Doran, J. E. (2007). *Restorative Justice and Family Violence: Youth-to-Parent Abuse*. Tesis doctoral, Departamento de Educación, Mount Saint Vincent University de Halifax, Nueva Escocia.
- Edenborough, M., Jackson, D., Mannix, J. y Wilkes, L. M. (2008). Living in the red zone: the experience of child-to-mother violence. *Child and Family Social Work*, 13, 464-473.
- Evans, E. D. y Warren-Sohlberg, L. (1988). A pattern analysis of adolescent abusive behaviour towards parents. *Journal of Adolescent Research*, 3 (2), 201-216.
- Eyberg, S. M., Nelson, M. M. y Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behaviour. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 215-237.
- Fiscalía General del Estado (2010a). *Circular 1/2010, Sobre el tratamiento desde el sistema de justicia juvenil de los malos tratos de los menores contra sus ascendientes*. Recuperado el 31 de agosto de 2010 de: http://www.fiscal.es/cs/Satellite?cid=1240559967917&language=es&pagename=PFiscal_por_1002FFPage_por_1002FFGE_buscarorArchivoDocument.
- Fiscalía General del Estado (2010b). *Memoria 2010*. Recuperado el 12 de octubre de 2010 de: http://www.fiscal.es/ficheros/memorias/112/847/vol1_amf_17.pdf.
- Fuentes, M. J., Motrico, E. y Bersabé, R. (2001). Análisis psicométrico de dos escalas para evaluar estilos educativos parentales. *Psicothema*, 13, 676-684.
- Galdames, S. y Arón, A. M. (2007). Elaborations of a Children's Scale that measures beliefs which legitimize violence. *Psykhé*, 16(1), 15-25.
- Gallagher, E. (2004a). Youth Who Victimise Their Parents. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 25(2), 94-105.

- Gallagher, E. (2004b). Parents Victimized by their Children. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 25(1), 1-12.
- Gallagher, E. (2008). *Children's violence to parents: A critical literature review*. Tesis de Maestría, Monash University, Australia.
- Gámez-Guadix, M., Jaureguizar, J., Almendros, C. y Carroles, J. A. (en prensa). Estilos de socialización familiar y violencia de hijos a padres en población española. *Psicología Conductual*.
- Gelles, R. J. y Straus, M. A. (1979). *Determinants of Violence in the Family; Toward a Theoretical Integration*. En W. R. Burr, R. Hill, I. Nye e I. L. Reiss (eds.), *Contemporary theories about the family* (vol. 1). New York: Free Press.
- Gesteira, C., González-Álvarez, M., Fernández-Arias, I. y García-Vera, M. P. (2009). Menores que agreden a sus padres: Fundamentación teórica de criterios para la creación y aplicación de tratamientos psicológicos específicos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 9, 99-147.
- Griffin, K. W., Botvin, G. J., Scheier, L. M., Diaz, T. y Miller, N. L. (2000). Parenting practices as predictors of substance use, delinquency, and aggression among urban minority youth: Moderating effects of family structure and gender. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(2), 174-184.
- Harbin, H. y Madden, D. (1979). Battered parents: A new syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 136, 1.288-1.291.
- Haw, A. (2010). *Parenting Over Violence. Understanding and Empowering Mothers Affected by Adolescent Violence in the Home*. Government of Western Australia. Department for Communities. Women's Interests. Recuperado el 02 de julio de 2011 de: [http://saferfamilies.org.au/POV por 10020EXEC por 10020SUMMARY.pdf](http://saferfamilies.org.au/POV%20por%20EXEC%20por%20SUMMARY.pdf).
- Howard, J. (2011). Adolescent violence in the home. The missing link in family violence. Prevention and response. *Australian Domestic and Family Violence Clearinghouse*, 11, 1-17.
- Ibabe, I. (2007). *Perfil de los hijos adolescentes que agreden a sus padres*. Recuperado el 14 de febrero de 2010 de: www.avpap.org/documentos/alava2007/violenciafilio-parental.pdf.
- Ibabe, I. y Jaureguizar, J. (2011). ¿Hasta qué punto la violencia filio-parental es bidireccional? *Anales de Psicología*, 27(2), 265-277.
- Kazdin, A. E., Siegel, T. C. y Bass, D. (1992). Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5), 733-747.
- Kratcoski, P. C. (1985). Youth violence directed toward significant others. *Journal of Adolescence*, 8(2), 145-157.
- Laurent, A. y Derry, A. (1999). Violence of french adolescents towards their parents: characteristics and contexts. *Journal of adolescent health*, 25, 21-26.
- Loeber, R. y Dishion, T. J. (1984). Boys Who Fight at Home and School: Family Conditions Influencing Cross-Setting Consistency. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(5), 759-768.
- Mahoney, A., Donnelly, W. O., Boxer, P. y Lewis, T. (2003). Marital and severe parent-to adolescent physical aggression in clinic-referred families: Co-occurrence and links to child externalizing behavior problems. *Journal of Family Psychology*, 17, 3-19.
- Malone, J., Tyree, A. y O'Leary, K. D. (1989). Generalization and containment: different effects of past aggression for wives and husbands. *Journal of Marriage and Family*, 51, 687-697.
- McCloskey, L. A. y Lichter, E. (2003). Childhood exposure to marital violence and adolescent aggression: Psychological mediators in the cycle of violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(4), 390-412.
- Mestre, M., Samper, P. y Frias, M. (2002). Procesos cognitivos y emocionales predictores de la conducta prosocial y agresiva: La empatía como factor modulador. *Psicothema*, 14(2), 227-232.
- Moreno, F. X. *Una violencia emergente: los menores que agreden a sus padres*. Recuperado el 11 de febrero de 2010 de: <http://personal.telefonica.terra.es/web/fxmoro/documento/hijosagresores.pdf>.
- NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence (2007). *Parent-Training/Education Programmes in the Management of Children with Conduct Disorders*. Recuperado el 17 de julio de 2009 de <http://www.guidance.nice.org.uk>.
- Nock, M. K. (2003). Progress review of the psychosocial treatment of child conduct problems. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 1-28.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Recuperado el 29 de marzo de 2010 de: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9275324220_spa.pdf.
- Ortiz, M.J., Apodaka, I., Etxeberria, A., Ezeiza, M. J. y López, F. (1993). Algunos predictores de la conducta prosocial-altruista en la infancia: empatía, toma de perspectiva, apego, modelos parentales, disciplina familiar e imagen del ser humano. *Revista de Psicología Social*, 8, 83-98.
- Pagani, L., Larocque, D., Vitaro, F. y Tremblay, R. E. (2003). Verbal and Physical Abuse Toward Mothers:

- The Role of Family Configuration, Environment and Coping Strategies. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(3), 215-222.
- Pagani, L. S., Tremblay, R. E., Nagin, D., Zoccolillo, M., Vitaro, F. y McDuff, P. (2004). Risk factors models for adolescent verbal and physical aggression toward mothers. *International Journal of Behavioral Development*, 28(6), 528-537.
- Pagani, L., Tremblay, R. E., Nagin, D., Zoccolillo, M., Vitaro, F. y McDuff, P. (2009). Risk models for adolescent verbal and physical aggression toward fathers. *Journal of Family Violence*, 24, 173-182.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercitive family process*. Oregon: Castalia.
- Patterson, G. R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist*, 41, 432-444.
- Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D. y Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behaviour. *American Psychologist*, 44, 329-335.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., Jones, R. R. y Conger, R. E. (1975). *A social Learning Approach to Family Intervention: Families with Aggressive Children (Vol. 1)*. Eugene, OR: Castalia.
- Peek, C. W., Fischer, J. L. y Kidwell, J. S. (1985). Teenage violence toward parents: A neglected dimension of family violence. *Journal of Marriage and Family*, 47(4), 1051-1058.
- Pereira, R. (2006). Violencia filio-parental, un fenómeno emergente. *Revista Mosaico*, 36, 7-8.
- Pereira, R. (2011). *Psicoterapia de la violencia filio-parental. Entre el secreto y la vergüenza*. Madrid: Morata.
- Perera, H. (2006). Parent battering and the psychiatric and family correlates in children and adolescents. *Sri Lanka Journal of Child Health*, 35(1), 128-132.
- Rechea, C. y Cuervo, A. L. (2010). *Menores agresores en el ámbito familiar. Centro de investigación en criminología*. Universidad de Castilla La Mancha. Recuperado el 10 de septiembre de 2011 en: <http://www.uclm.es/criminologia/pdf/18-2010.pdf>.
- Robinson, P. W., Davidson L. J. y Drobot, M. E. (2004). Parent abuse on the rise: A historical review. *American of Behavioral Social Science Online Journal*, 58-67.
- Romero, F., Melero, A., Cánovas, C. y Antolín, M. (2005). *La violencia de los jóvenes en la familia: una aproximación a los menores denunciados por sus padres*. Recuperado el día 10 de junio de 2010 en: http://www.gencat.net/justicia/doc/doc_28636973_1.pdf.
- Rollnick, S. y Miller, W. (2009). *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- Rouff, G. y Anderson, L. (2011). Adolescent aggression. Adolescent violence towards parents. *Journal of Aggression Maltreatment and Trauma*, 20(1), 1-19.
- Sears, R. R., Maccoby, E. E. y Levin, H. (1957). *Patterns of Child Rearing*. California: Stanford University Press.
- Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactics (CT) scales. *Journal of Marriage and Family*, 41, 75-88.
- Straus, M. A., Gelles, R. J. y Steinmetz, S. (1980). *Behind Closed Doors. Violence in the American Family*. Garden City, NY: Doubleday/Anchor.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S. y Sugarman, D. B. (1996). The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17, 283-316.
- Toldos, M. P. (2002). *Adolescencia, violencia y género*. Tesis doctoral, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Ulman, A. y Straus, M. A. (2003). Violence by children against mothers in relation to violence between parents and corporal punishment by parents. *Journal of Comparative Family Studies*, 34, 41-60.
- Van Langenhove, K. (2005). *Intrafamiliaal geweld bij jongeren: onderzoek naar voorkomen en kenmerken van oudermishandeling bij TSO- en BSO-leerlingen*. Tesis doctoral, Facultad de Psicología, Universidad Libre de Bruselas.
- Walsh, J. A. y Krienert, J. L. (2007). Child-parent violence: An empirical analysis of offender, victim, and event characteristics in a national sample of reported incidents. *Journal Family Violence*, 22, 563-574.
- Walsh, J. A. y Krienert, J. L. (2009). A decade of child-initiated family violence. Comparative analysis of child-parent violence and parricide examining offender, victim, and event characteristics in a national sample of reported incidents, 1995-2005. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 1450-1477.
- Yodanis, C., Hill, K. y Straus, M. A. (1997). *Tabular Summary of Methodological Characteristics of Research Using the Conflict Tactics Scales*. Durham: Family Research Laboratory, University of NewHampshire.
- Zelli, A., Dodge, K., Lochman, J. E. y Robert D. L. (1999). The Distinction Between Beliefs Legitimizing Aggression and Deviant Processing of Social Cues: Testing Measurement Validity and the Hypothesis That Biased Processing Mediates the Effects of Beliefs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77 (1), 150-166.

Separación y divorcio

11

JOSÉ CÁCERES

En este capítulo se revisa la evolución de las separaciones/divorcios en nuestro país durante los últimos años. Se repasan, asimismo, algunas de las reacciones, especialmente en el ámbito emocional y comportamental, de las personas implicadas, en especial de los miembros de la pareja y sus hijos. Se ponen de relieve algunas de las variables que aumentan tales reacciones y se propone una línea de actuación para el futuro, tanto en el ámbito sociolegal como en el individual/personal, así como posibles actuaciones clínicas paliativas.

11.1. INTRODUCCIÓN

La figura 11.1 refleja la evolución del número de separaciones y divorcios en España. Puede observarse un incremento gradual de las separaciones y divorcios, modificándose esta tendencia en el año 2005, en el que aumentan los divorcios y disminuyen drásticamente las separaciones. Ello es debido, fundamentalmente, a las modificaciones de la *Ley 15/2005, de 8 de julio, por la que se modifican el Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de separación y divorcio*, por las que ya no es necesario estar separados para poder divorciarse, y el reconocimiento de procedimientos de divorcio sin culpable. Este incremento gradual parece haberse visto ligeramente frenado en los últimos años, algo que los medios de comunicación tienden a interpretar como un subproducto de la crisis: no existe dinero para mantener dos casas separadas y la antigua pareja prefiere convivir «como compañeros de piso...»,

si bien no tienen en cuenta que el número de formalizaciones del matrimonios, ya religioso ya judicial, parece haber disminuido en la medida que ha aumentado el número de parejas de hecho, cuya disolución no necesita aparecer en ninguna estadística.

La tasa de divorcios en España, en el año 2009, fue de un 2,1 por mil habitantes. Si la comparamos con la del resto de la Unión Europea (véase tabla 11.1), observamos que, en los últimos años, ha evolucionado, pasando de ser una de las más bajas a ocupar una posición intermedia. La duración media de estos matrimonios, antes de la separación, fue de 15,6 años.

Este incremento ha venido siendo atribuido por foros diversos, la mayoría de las veces con opiniones interesadas, a muy diversas razones, como son:

- a) Una supuesta pérdida de «valores».
- b) La disminución de la presión para matrimoniar.
- c) La facilidad para obtener el divorcio.
- d) La falta de aguante y paciencia de los miembros de la pareja.

Desde un punto de vista empírico, Gottman (1994), en un libro con un título revelador, *¿Qué predice el divorcio?*, presenta de manera convincente datos que avalan su «modelo cascada», que se podría resumir de la manera siguiente: la disminución de la satisfacción marital conduce a un incremento de los pensamientos relacionados con la separación o el divorcio, que, a su vez, conduce a la separación y, finalmente, al divorcio (pp. 88-108).

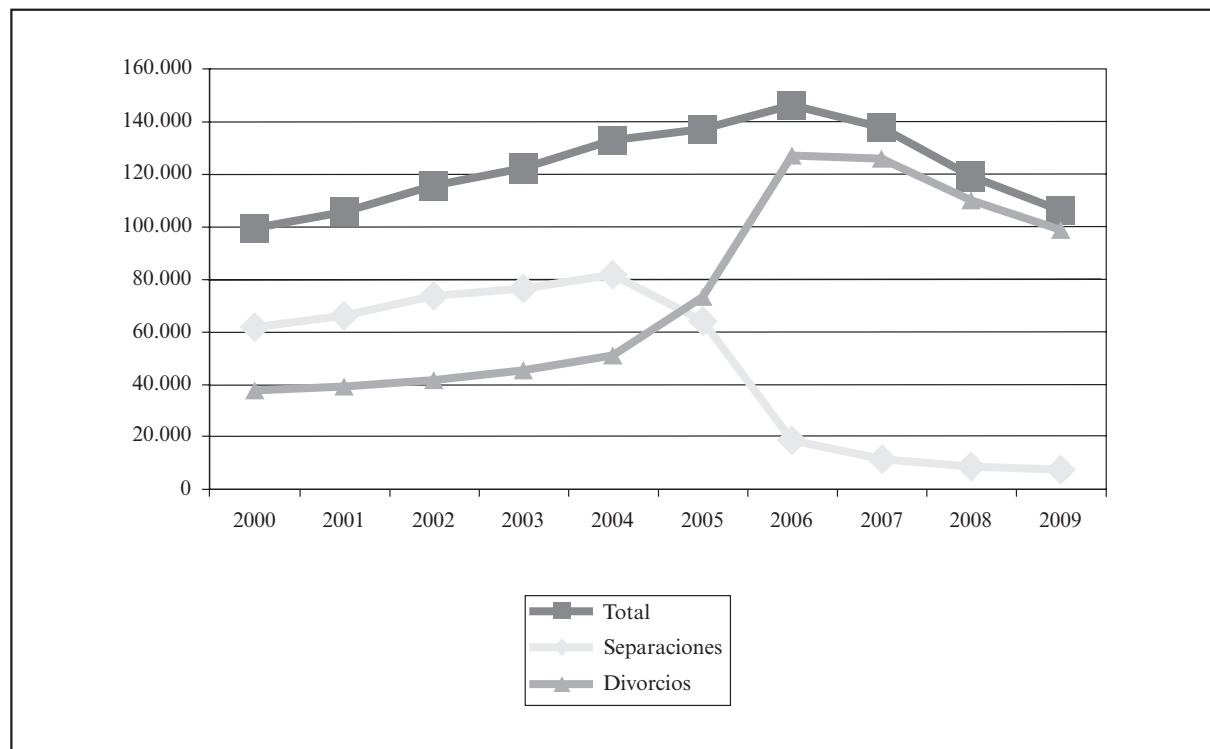


Figura 11.1.—Disoluciones matrimoniales 2000-2009 (Instituto Nacional Estadística).

TABLA 11.1

Evolución de los divorcios en el ámbito europeo 2000-2009 (Fuente: Eurostat)

Ámbito geográfico/año	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Alemania	2,4	2,4	2,5	2,6	2,6	2,4	2,3	2,3	2,3	2,3
Austria	2,4	2,6	2,5	2,3	2,4	2,4	2,5	2,5	2,4	2,2
Bélgica	2,6	2,8	3	3	3	2,9	2,8	2,8	3,3	3
Bulgaria	1,3	1,3	1,3	1,5	1,9	1,9	1,9	2,1	1,9	1,5
Chipre	1,7	1,7	1,9	2	2,2	2	2,3	2,1	2,1	2,2
Croacia	1	1,1	1	1,1	1,1	1,1	1	1,1	1,1	1,1
Dinamarca	2,7	2,7	2,8	2,9	2,9	2,8	2,6	2,6	2,7	2,7
Eslovaquia	1,7	1,8	2	2	2	2,1	2,4	2,3	2,3	2,3

TABLA 11.1 (continuación)

Ámbito geográfico/año	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Eslovenia	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,3	1,2	1,3	1,1	1,1
España	0,9	1	1	1,1	1,2	1,7	:	2,8	2,4	2,1
Estonia	3,1	3,2	3	2,9	3,1	3	2,8	2,8	2,6	2,4
Euro área (16 países)	1,7	1,7	1,8	1,8	1,9	2	:	2	:	:
Euro área (17 países)	1,7	1,7	1,8	1,8	1,9	2	:	2	:	:
Finlandia	2,7	2,6	2,6	2,6	2,5	2,6	2,5	2,5	2,5	2,5
Francia	1,9	1,9	1,9	2,1	2,2	2,5	2,2	2,1	2,1	:
Grecia	1	1	1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	:
Holanda	2,2	2,3	2,1	1,9	1,9	2	1,9	2	2	1,9
Hungría	2,3	2,4	2,5	2,5	2,4	2,5	2,5	2,5	2,5	2,4
Irlanda	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,9	0,8	:	:
Islandia	1,9	1,9	1,8	1,8	1,9	1,9	1,6	1,7	1,7	1,7
Italia	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	:
Letonia	2,6	2,4	2,5	2,1	2,3	2,8	3,2	3,3	2,7	2,3
Liechtenstein	3,9	2,5	2,9	2,5	2,9	2,7	2,3	2,8	2,8	2,7
Lituania	3,1	3,2	3	3,1	3,2	3,3	3,3	3,4	3,1	2,8
Luxemburgo	2,4	2,3	2,4	2,3	2,3	2,2	2,5	2,3	2	2,1
Macedonia	0,7	0,7	0,6	0,7	0,8	0,8	0,7	0,7	0,6	0,6
Malta	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Noruega	2,2	2,3	2,3	2,4	2,4	2,4	2,3	2,2	2,1	2,1
Polonia	1,1	1,2	1,2	1,3	1,5	1,8	1,9	1,7	1,7	1,7
Portugal	1,9	1,8	2,7	2,2	2,2	2,2	2,3	2,4	:	2,5
Reino Unido	2,6	2,7	2,7	2,8	2,8	2,6	2,4	2,4	2,2	:
República Checa	2,9	3,1	3,1	3,8	3,2	3,1	3,1	3	3	2,8
Rumania	1,4	1,4	1,5	1,5	1,6	1,5	1,5	1,7	1,7	1,5
Suecia	2,4	2,4	2,4	2,4	2,2	2,2	2,2	2,3	2,3	2,4
Suiza	1,5	2,2	2,2	2,3	2,4	2,9	2,8	2,6	2,6	2,5
Unión Europea (27 países)	1,8	1,9	1,9	2	2	2,1	:	2,1	:	:

La erosión del valor gratificador del otro, producida bien por habituación, saciación, cambios personales o por un cúmulo de tensiones y conflictos no adecuadamente resueltos, puede ser mutua y producirse de manera paralela. Ambos miembros de la pareja, de mutuo acuerdo, terminan deseando la separación y completando los pasos legales de manera conjunta. Sin embargo, lo más frecuente suele ser que estos procesos no sean coincidentes y que termine ocurriendo que uno de los dos sea el impulsor e inicie la tramitación, y al otro no le quede más remedio que seguirlo a regañadientes. Pero no siempre inicia el proceso quien más lo desea. No es infrecuente que la persona más descontenta no esté dispuesta a cargar con la responsabilidad de convertirse en inductora directa del proceso de separación, y opte por iniciar un cambio en su propio comportamiento, de manera que éste resulte cada vez menos gratificador para la otra parte, o incluso aversivo, «forzando» así al miembro inicialmente reticente a iniciar la tramitación.

Sea como fuere, el divorcio seguramente refleje la percepción de uno o ambos miembros de la pareja de que tal relación no permite/posibilita la realización personal ambicionada, o que otra pareja o, quizá, estilo de vida, podría facilitarnos mejor tal autorrealización. En este contexto, ha aumentado notablemente el número de unidades monoparentales, los llamados «singles», «únicos», bien por vocación, o de rebote tras uno o varios intentos de relación de pareja previos que han terminado en fracaso.

Quizá podría pensarse que tanto la separación como el divorcio constituyen un simple dato socio-demográfico más. Ello podría ser así, si no fuera por las repercusiones tan importantes en el ámbito social, educativo o personal, incluyendo repercusiones clínicas.

11.2. ALGUNAS REPERCUSIONES

11.2.1. En los miembros de la expareja

Las personas separadas/divorciadas tienen un índice de mortalidad más alto que las que viven en

pareja (Dupre, Beck y Meadows, 2009). Se especula si ello se debe a que vivir en pareja tenga efectos protectores para la salud o, por el contrario, que las personas separadas/divorciadas emprenden un tipo de vida que conlleva más riesgos.

Un segundo aspecto a señalar es que diversos autores (Bartfeld, 2000) consideran la separación como uno de los mejores indicadores de pobreza, especialmente en el caso de las mujeres (Hoffman, 1977; Teachman y Paasch, 1994).

Otro aspecto a resaltar, por lo que a violencia se refiere, es que diversos estudios (por ejemplo, Cáceres, 2004) ponen de manifiesto que existe un mayor grado de violencia, tanto física como psicológica, en personas separadas/divorciadas que en las que conviven de manera armoniosa. Esta violencia se produce en momentos diferentes según características de la persona violenta: los «pitbulls» tienden a agresiones próximas al momento de separación, mientras que los «cobras» pueden dilatar y posponer mucho más tiempo su agresión (Jacobson y Gottman, 1998; Cáceres, 1999).

Frente a la sensación de «liberación» inicial, cabría apuntar que, a la larga, la aceptación del proceso de separación marital implica el reconocimiento de que una relación que un día resultó importante y en la que se invirtió un gran número de ilusiones y esperanza para el futuro, se ha terminado definitivamente.

Sin ánimo de ser exhaustivos en el repaso, la mayoría de las personas experimentan, en mayor o menor grado, algunas de las reacciones expuestas a continuación (Cáceres, 2003).

11.2.1.1. Shock e incredulidad

La primera reacción suele ser de sorpresa y de shock para la parte que no toma la iniciativa. Es frecuente que uno de los dos piense que se trata solamente de una fase más de los bajones dentro de la evolución normal de la relación y espera que las dificultades terminen por resolverse. Es también corriente albergar sentimientos de incredulidad. Para la persona que descubre que el/la otro/a se ha marchado, el shock puede ser repentino, agudo y precipitar una fuerte crisis.

En tales ocasiones es frecuente que sea necesario buscar y obtener apoyo y ayuda, llegando a ser muy frecuente no estar en condiciones de asumir una actividad laboral normal. Es imposible que en esos momentos podamos pensar y razonar de manera clara, y, por ende, que seamos capaces de tomar ninguna decisión racional y acertada en tal estado.

11.2.1.2. *Malestar*

Una vez que se ha pasado la primera reacción de incredulidad y de shock, la mayoría de las personas que se separan experimenta reacciones de ira y estrés. Ello puede achacarse a múltiples razones, tales como:

- a) Constatación de que la relación no funcionó.
- b) Constatación de que se ha perdido a la otra persona para siempre.
- c) Constatación de que vamos a necesitar grandes cambios y reajustes en nuestra vida cotidiana.

A veces se producen, también, serios cambios de humor, episodios de llanto, nudo en el estómago, incapacidad para comer, pérdida de peso, o episodios de insomnio de iniciación y de mantenimiento (no conseguir conciliar el sueño o despertarse muchas veces a lo largo de una noche, tras quedarnos dormidos). Estas reacciones pueden alternarse con períodos de gran esperanza.

Si la relación marital, antes de la separación, estaba plagada de violencia y discusiones, la primera reacción tras la separación quizá sea de alivio, pero no es infrecuente sentirse también tristes y estresados a continuación.

11.2.1.3. *Miedos*

Las personas que han pasado por un proceso de separación nos cuentan a menudo que han llegado a sentir miedo, incluso, de la intensidad de sus propias reacciones emocionales, y que han temido que sus sentimientos se les fueran de las manos y que terminarían por derrumbarse o volverse locos/as. A esta sensación pueden contribuir varias circunstancias:

- a) Que el cambio que les produce en sus vidas les haga incapaces para manejarse. Cualquier persona que se separe se dará cuenta que, de ahora en adelante, habrá de realizar no solamente las tareas y funciones habituales, sino que, además, habrá de realizar toda una serie de tareas y responsabilidades de las que, habitualmente, se encargaba la otra persona.
- b) Muchas mujeres se derrumban ante la perspectiva de tener que ganarse la vida y, a la vez, hacer que la casa y la familia sigan funcionando sin apoyo.
- c) Muchos hombres se ven abrumados por tener que adoptar el papel de padre y madre, y tener que cuidarse a sí mismo y a los hijos.
- d) Ambos, padre y madre, podrían temer la pérdida de su familia y especialmente la pérdida del afecto de sus hijos, debido al régimen de visita y al sistema de custodia que se establezca para el futuro.
- e) Para muchos adultos, la separación implica tener que vivir solos, quizá por primera vez en su vida. La soledad, en sí misma, especialmente si implica encontrarse solos en estos momentos tan especiales, de cambios emocionales importantes, puede llegar a resultarles agobiante.

11.2.1.4. *Temor al fracaso*

A menudo, cuando se termina una relación, se llega a sentir una gran sensación de fracaso. Ello puede deberse a la sensación de sentirse culpable y responsable por haber terminado con la relación o por haber fracasado como pareja, como padre/madre, dado que se puede llegar a pensar que no se ha conseguido hacer que la relación funcione, y, sobregeneralizando, que esa es la mejor prueba de que, si no se sirve para vivir en pareja, algo que se sigue considerando deseable, es porque «no se sirve para nada». En los grupos de autoayuda que llevamos a cabo en nuestro Centro, los asistentes han bautizado estos temores como el «síndrome de la cucaracha». Es su forma de describir cómo se sienten. Los sentimientos de fracaso son especialmente fuertes si la

ex pareja no deja de hacer acusaciones de que hemos sido responsables de la ruptura o si uno mismo/a se siente culpable acerca de su comportamiento durante la última fase de la relación.

Por otra parte, la sensación de fracaso puede ser todavía mayor si la persona se encuentra muy identificada con un grupo religioso que no aprueba la separación o el divorcio, o si teme que sus actos vayan a ir en detrimento de su familia, amigos o comunidad.

11.2.1.5. *Rabia*

No es infrecuente, tampoco, que una persona que se encuentra inmersa en un proceso de separación sienta ataques de ira y de rabia. Este sentimiento de ira puede tener varias causas:

- a) Se puede sentir ira y enfado contra la pareja por no haber sido suficientemente sensible a nuestras necesidades, o por abandonar la relación y no intentar hacer que ésta funcione con el ahínco suficiente.
- b) Otros se sienten defraudados y maltratados por los que nos rodean y, en general, por la vida. Todo lo que tanto tiempo y esfuerzo les costó construir, se desmorona a su alrededor a pesar de sus esfuerzos.
- c) Podría ser que esa sensación de rabia fuese general por lo injusto de toda la situación «¿por qué tuvo que pasarme a mí, si otra gente sigue su relación sin problemas o se separa sin conflictos?, ¿por qué he de pasar todas estas experiencias tan desagradables?, se preguntan muchos/as.

Esto es más probable que ocurra si ya se han tenido experiencias traumáticas semejantes con anterioridad. Mucha gente se sorprende por lo intenso de su reacción. A veces, esto les sirve para la función de evitar tener que embarcarse en el análisis profundo de sus propias limitaciones, de su propia contribución al origen y desarrollo de los problemas de relación y sólo se fijan en la contribución de la otra persona. Si la reacción de ira se les llega a ir de las manos y empiezan a alimentar sentimientos de ven-

ganza contra la otra persona o incluso contra uno mismo, sería una clara indicación de la gravedad y de que debieran consultar con algún profesional, para que les ayude a entender y clarificar tales sentimientos.

11.2.1.6. *Culpa*

Junto a la reacción de ira, no es infrecuente que, algo más tarde, aparezcan sentimientos de culpa acerca del propio comportamiento y sus efectos, tanto en la pareja como en los niños, si los hubiere, especialmente cuando han sido ellos/as quienes han iniciado los trámites de separación. A veces dicho sentimiento se ven incrementados si se tienen fuertes convicciones religiosas y morales acerca del matrimonio.

11.2.1.7. *Pena*

La separación implica la pérdida de una relación importante y de una vida familiar que, seguramente, haya constituido uno de los objetivos más importantes para la persona. Ello podría suponer tener que abandonar lo que hasta ahora ha sido un hogar, una pareja o unos hijos hacia los que todavía se mantiene apego. Esto se suele vivir como una gran pérdida que, a veces, afecta a la propia autoestima, sentido de identidad, su rol como padre/madre o, incluso, su papel en la sociedad. La situación no es muy diferente de cuando esta pérdida se produce por la muerte de la pareja, en lo que a la intensidad de sentimientos se refiere. Sin embargo, contrariamente a lo que pasa tras la muerte de un/a esposo/a, la sociedad no ha desarrollado ritual alguno de duelo que ayude a las personas en la superación de tal pérdida, tras la ruptura de la relación.

11.2.1.8. *Soledad*

Pero el sentimiento más ampliamente compartido, independientemente de en qué fase se encuentre la persona, en relación con el proceso de asunción de la separación, es el sentimiento de soledad. No importa las personas que se tenga alrededor, o incluso lo significativa que sea la nueva relación si se

hubiera iniciado alguna. Ellos y ellas admiten con mucha frecuencia pasar por períodos en los que les embarga la sensación de soledad. Es como si, con las fotos desaparecidas en el reparto, se hubieran esfumado los recuerdos más entrañables y significativos.

11.2.1.9. *Aceptación*

Llegar a término y aceptar la separación solamente se produce tras haber pasado, en mayor o menor grado, por los sentimientos que se han descrito más arriba, y cuando se empieza una nueva vida. La aceptación se habrá completado cuando encontrarse con la anterior pareja no suponga remover un torbellino emocional, y esto sólo ocurre cuando se puede pensar en la relación anterior como algo del pasado. En definitiva, cuando se es capaz de iniciar una nueva vida, quizá con otra nueva persona, y encarar el futuro con confianza.

La mayoría de los profesionales que trabajan con personas que se separan/divorcian señalan que todas ellas, a lo largo del proceso, pasan por etapas muy parecidas y, generalmente, en la misma secuencia (Haynes, 1981): a la fase de deliberación/decisión sigue la etapa de los litigios, que requiere la realización de una serie de transiciones que terminen por facilitar el reajuste final.

Un factor que complica mucho las cosas es que ambos miembros de la pareja pasan estas etapas en momentos diferentes y en secuencias diferentes. Así, por ejemplo, uno de los miembros de la pareja podría estar en el período de la ira y de las acusaciones, y el otro en el de la culpa y distrés.

Cuando esto ocurre, es muy difícil que ambos miembros de la pareja sean capaces de iniciar un diálogo constructivo. Es por ello que muchos terminan creyendo que nunca llegarán a ser capaces de relacionarse con la otra persona de una manera sensata y razonable.

No son pocos los que se embarcan en una nueva relación inmediatamente después de la separación. Ello puede ayudarles a ahorrarse, inicialmente, algunas de las emociones descritas. Pero eso no quiere decir que la separación esté superada. Podría ser que sea más tarde, quizá cuando se produzca la pri-

mera crisis en la nueva relación, cuando se experimenten las otras emociones negativas no superadas de la separación. Hay quienes se asustan de algunas de sus reacciones ante los pequeños problemas de la nueva relación, apenas iniciada, y lo desproporcionadas de las mismas. Esta es la mejor prueba de que todavía están bajo los efectos de una separación no resuelta y que siguen inmersos en un fuerte torbellino emocional ante la misma.

11.2.2. *En los hijos*

La mayoría de los hijos manifiestan, inicialmente, su oposición, cuando los padres les comunican sus planes de separación. Mucho más si, por la razón que fuere, ellos mismos se sienten culpables de tal separación. Es muy posible que nunca lleguen a entender las razones adultas, por mucho que sus padres se esfuercen en decírselas. Palabras tales como «somos infelices» o «tenemos discusiones» no suelen tener el mismo sentido para ellos que para los adultos.

La pareja que se separa no debe esperar que entiendan por qué lo hacen, ni que lleguen a hablar de sus sentimientos de la misma forma que lo haría un adulto. Lo cual, dicho sea de paso, a los padres les serviría de tranquilidad, puesto que les revelaría lo que llevan por dentro, sus preocupaciones y, por ende, posibles soluciones.

11.2.2.1. *Formas de manifestar su reacción*

Cuando analizamos las descripciones que hacen los padres del comportamiento de sus hijos tras la separación, aparecen dos patrones generales:

1. Los externalizadores, que desarrollan **problemas de conducta** caracterizados por su propensión a violar las reglas parentales y sociales mediante un comportamiento agresivo. Este comportamiento agresivo se ve especialmente reforzado si ha visto ejemplos de violencia en casa o si, tras la separación, el padre y la madre se embarcan en un complejo proceso de confrontación.

2. Los internalizadores, que suelen desarrollar **problemas de dependencia**, consistentes en la evitación generalizada por parte del niño de cualquier contacto social, bien manteniendo una dependencia del padre custodio, bien demostrando una aparente falta de interés por las demás personas. Generalmente demuestran su reacción mediante su comportamiento, el cual puede llegar a cambiar de manera notable, tanto en casa como en la escuela y en la calle, durante los meses que siguen a la separación. Pero también nos hacen saber, a su manera, su grado de malestar por lo que cuentan o dejan de contar, el estado emocional interno que a veces nos dejan apenas entrever, y otras veces nos hacen, a su manera, descaradamente patente.

Veamos a continuación algunas de las señales que tendríamos que observar en cada uno de estos cuatro niveles: lo que nos dicen, su comportamiento, sus emociones y sus reacciones somáticas y fisiológicas.

11.2.2.1.1. Lo que nos dicen

Cuando les preguntamos a los niños lo que sienten ante los conflictos de los adultos, a menudo nos cuentan que están enfadados y tristes. Los más jóvenes describen también reacciones de miedo.

Los niños distinguen con claridad y discriminan el enfado entre los adultos de otras emociones. Algunos niños también hablan de sentimientos de culpa, vergüenza o pena, especialmente cuando los conflictos entre los padres han coincidido con etapas de mal comportamiento por su parte. Creen que pueda existir una relación causa-efecto y que su mal comportamiento haya tenido que ver con la ruptura. Los/as niños/as son capaces de expresar emociones negativas incluso desde los 4 años de edad. Si los más pequeños no lo hacen, es porque expresar sentimientos con la palabra es tremendamente complejo, y muchos de ellos todavía no han desarrollado plenamente esta capacidad. Pero que no sean capaces de expresarlos no quiere decir que no puedan experimentarlos.

11.2.2.1.2. Comportamiento

Los/as niños/as reaccionan típicamente con signos de malestar y alteraciones más o menos profundas en su comportamiento. Pueden producirse períodos de llanto silencioso, aislamiento voluntario, negativas a hablar, caras compungidas, períodos de tensión, distrés general, etc.

11.2.2.1.3. Emocional

El estado emocional que experimentan suele ser también negativo. Se han documentado cambios en el eje neuroendocrino de jóvenes adolescentes con padres separados, comparados con homólogos de padres no separados (Gerra et al., 1993). Las reacciones emocionales más comunes comportan hostilidad, ansiedad o depresión. Bengoechea (1992) apunta reacciones de sumisión, timidez, inhibición social, sentimientos de dependencia, inseguridad y culpabilidad.

Las reacciones de estrés pueden producirse desde etapas bien tempranas en la infancia y, desde luego, pueden ser más marcadas en la adolescencia. En los bebés y en la etapa preescolar, en ocasiones, también se dan este tipo de reacciones.

La ansiedad exhibida por los niños parece estar relacionada con las siguientes variables: el conflicto interparental, las relaciones parentales después del divorcio y la frecuencia de visitas del padre que no posee la custodia del niño (Pons-Salvador y Del Barrio, 1995).

Habría que resaltar, sin embargo, como Gould et al. (1998) ponen de manifiesto, que la separación y el divorcio no parecen ser los responsables del incremento de suicidios producido entre los niños y adolescentes en la década anterior.

A veces, parecen querer hacerse los fuertes y actúan como si no les pasase nada: pero, casi siempre, la procesión va por dentro. Esta reacción de negación es el equivalente al «no me ha dolido», si en una ocasión pasada han recibido un cachete como castigo.

11.2.2.1.4. Somatizaciones

Para entender mejor la reacción de los niños, hemos de observar también, con detenimiento, sus reac-

ciones somáticas. Éstas constituyen una vía de manifestación muy importante de sus vivencias emocionales (por ejemplo ansiedad) ante el conflicto parental. Diversos estudios demuestran cambios fisiológicos (por ejemplo tensión muscular, opresión en el pecho, dificultad para respirar, mareos, aceleración cardíaca...) muy marcados en los niños cuando les toca presenciar el conflicto y las discusiones parentales. Esta mayor activación fisiológica puede evidenciarse, ya lo hemos dicho, mediante tics faciales o corporales, aceleración general, dolores de cabeza o de tripa... Algunos niños experimentan involuciones a etapas de desarrollo anteriores: así, no es extraño que algunos vuelvan a hacerse pis en la cama con alguna frecuencia, aunque ya hubieran adquirido control sobre los esfínteres o estuvieran a punto de conseguirlo.

Todos estos canales de expresión no suelen ser estancos, y algunos niños, especialmente cuando están muy afectados y la intensidad de su reacción es elevada, rebosan manifestaciones por los cuatro costados.

Por lo que al **ajuste a largo plazo** se refiere, Amato (1994) pone de relieve que los adultos que siendo niños sufrieron un divorcio parental, comparados con los que se criaron en un entorno familiar intacto, pasados los años tienden a puntuar más bajo en varios indicadores de bienestar psicológico, interpersonal y económico. Su ajuste final depende de varios factores, tales como cantidad y calidad del contacto con el padre no custodio, ajuste psicológico del padre custodio, grado de conflicto interparental que precede y sigue al divorcio, habilidades para cumplir la función de padres, dificultades económicas a las que se ven expuestos, así como al número de acontecimientos vitales estresantes que se producen durante y después del divorcio.

11.2.3. Posibles mecanismos explicativos

Entre los mecanismos mediadores que aparecen en la literatura sobre este tema para explicar la conexión entre los problemas infantiles y las dificultades o conflictividad de la relación de sus padres, podemos destacar, de forma sintética, los siguientes (Markman y Leonard, 1985; Cummings y Davies,

1994, especialmente por las claves preventivas que implican:

- a) El enfrentamiento o conflicto entre los padres lleva a alterar sus prácticas de disciplina, lo cual tiene como consecuencia que se generen problemas de conducta en los hijos. Tal alteración en las prácticas de disciplina puede consistir tanto en la inconsistencia o incoherencia entre marido y mujer, así como en cambios en la intensidad o frecuencia de la disciplina.
- b) El conflicto entre los padres interfiere en la normal imitación que los hijos hacen del padre de su mismo sexo. En este sentido, puede hipotetizarse que el hijo rechace el modelo paterno, o bien que se vea confundido en su conducta ante la falta de modelos no conflictivos en su familia, o incluso que el hijo imite las conductas hostiles o agresivas de sus padres.
- c) Los padres en conflicto tienen un menor nivel de disponibilidad emocional o afectiva para con sus hijos, lo cual podría identificarse como una carencia importante para el desarrollo y adaptación de los hijos. Esto puede hacer que los padres incrementen las conductas de desaprobación y disminuyan las conductas de aprobación hacia los hijos.
- d) El conflicto entre los padres puede generar un estado emocional negativo en los mismos que les haga estar especialmente atentos a las conductas negativas de los hijos, reaccionando negativamente a dichas conductas y dejando pasar por alto las conductas positivas o deseables, generando así una potencial escalada de intercambios negativos entre padres e hijos.
- e) La disfuncionalidad de la relación de pareja puede tener un efecto negativo en la calidad de la relación entre hermanos, generando más rivalidad y conflictividad entre hermanos y creando así un mayor riesgo de conductas problemáticas.
- f) Algunos autores sostienen la idea de que los hijos reorientan o contienen el conflicto

existente entre sus padres mediante el desarrollo de conductas problemáticas que fuerzan a los padres a ocuparse de ellos, desviando de esta forma el conflicto matrimonial¹. En este sentido, no se interpreta la conducta de los hijos como intencional y consciente de su objetivo, sino que lo que se ofrece es una interpretación clínica que sirva para entender la función que los problemas de los hijos tienen en la contención o mantenimiento de un conflicto de pareja.

Sea como fuere, qué es lo que va a quedar de estos efectos y cuál vaya a ser la relación con los padres a largo plazo parece depender de dos factores importantes (Fine, Moreland y Schwebel, 1983): la implicación continuada del padre y las cargas añadidas que suponga para la madre el divorcio. Estos efectos se ven matizados por el grado de ajuste del niño y sus recuerdos de familia bien avenida antes del divorcio, y, especialmente, la calidad de la relación de los padres entre sí tras la separación.

Por lo que a los padres respecta, estos mecanismos, al margen de otros procesos más complejos, parecen consistir en:

- a) Frustración: se invierte a la separación con la fantasía de que supondrá el fin de una larga etapa de problemas, pero la realidad impone todo lo contrario: es cuando se consuma la separación cuando surge con mayor virulencia una lista más larga y de difícil solución, debido a su importancia (priman temas económicos, custodia y relación con los hijos...) y a que la capacidad para llegar a acuerdos asumibles por ambas partes o no ha existido nunca, o se ha viciado en las últimas etapas de la convivencia.
- b) Pérdida de lo que se había convertido en una de las principales fuentes de gratificación.

- c) Generación de nuevas tensiones, conflictos y situaciones vitales estresantes, originadas precisamente por parte de quienes cabría esperar únicamente apoyo y confianza.

11.2.4. Empezar de nuevo

En el año 2008, de los 194.022 esposos que contrajeron matrimonio, 22.076 eran previamente divorciados. Un porcentaje alto de todos los que se separan, tanto de hombres como mujeres, termina emparejándose o creando algún tipo de vinculación con otra persona, en un plazo más o menos breve de tiempo, independientemente de que algún día llegasen a jurar «que no volverían a tropezar dos veces en la misma piedra».

La mayoría de los que se vuelven a casar siguen un camino parecido a la hora de entablar nuevas relaciones y establecer nuevos vínculos afectivos. Los pasos suelen ser los siguientes: se empieza saliendo con alguien, muy gradualmente se pasa a estar viviendo juntos y, posteriormente, algunos/as, que no todos, llegan a casarse de nuevo. Hay quienes andan todo el camino seguido o quienes se mueven dando un paso u otro, para terminar volviendo a reiniciar el trayecto y, a lo mejor, empezarlo de nuevo más de una vez, con la misma o con otra persona.

En los primeros momentos la vinculación es mínima: no existe compromiso alguno por parte de nadie. La regla básica que se asume, aunque no siempre de manera explícita, es permitir un máximo de independencia, tanto en lo afectivo como en otras cuestiones... Cada uno de ellos seguirá viviendo su vida de forma independiente y autónoma y será responsable del mantenimiento de su estilo de vida, de sus finanzas y del manejo y buen funcionamiento de su propia casa. Las razones por las que este tipo de funcionamiento suele ser suficiente, a estas alturas, para muchos hombres y mujeres, suelen ser muy variadas.

¹ Una niña de padres separados que atendimos no hace mucho en consulta desarrolló una pérdida de memoria (histérica) que le fue funcional, en su proceso de recuperación,

para juntar a la mesa en celebración a toda la familia paterna y materna, enfrentadas durante largo tiempo.

- a) Puede que les resulte atractiva la ausencia de lazos y compromisos. Que ella le invite a cenar un día no quiere decir que tenga por qué tener en cuenta sus gustos y preferencias cuando vayan de compras. Este nivel de decisiones le sigue perteneciendo en exclusiva. Forma parte de su reconquista personal.
- b) No existen obligaciones ni deberes del uno hacia al otro. No se «dan por hecho».
- c) Lo que cada uno hace por el/la otro/a constituye un regalo que se le hace, como muestra de aprecio y valoración: ella puede expresar su afecto por él, invitándole a cenar o a entrar en su cama; el hará pequeños arreglos en la casa, le hará regalos...
- d) Sea lo que fuere que cada uno hace por el otro, lo hace como simples muestras de afecto libres y gratuitas. Es lo que más se acerca a la idea que tenemos del «amor desinteresado».
- e) Este tipo de relación puede servir como mecanismos de defensa a la hora de tener que invertir «fe» y «confianza» en una nueva relación más comprometida y profunda, que implique ajustarse al estilo de vida del otro y producir cambios en la propia vida.

El único riesgo que supone para algunos/as es que mantener este tipo de relación puede suponer una amenaza a la hora de conservar la propia respetabilidad de cara a vecinos, parientes, conocidos... Ello sigue siendo especialmente cierto (¡todavía!), para ellas.

Algunas **ventajas** son, sin embargo, que, al no compartir rutinas ni convivencia continuada, no hay choques ni fricciones. Hay pocos riesgos de discusiones acerca de cómo compartir responsabilidades con los hijos, manejo de la casa, mantenimiento de la economía doméstica y distribución del presupuesto, o cómo se distribuyen las tareas domésticas... Pero este tipo de vinculación también tiene sus **inconvenientes**, si se continúa mucho tiempo. Muy pronto uno de los dos, generalmente él, si ella tiene hijos, pasará más tiempo en casa de ella que en la propia. Será y se sentirá como «un huésped» y no

podrá llevar amigos, no tendrá su propio espacio vital, no podrá exigir silencio o ejercer influencia alguna sobre el comportamiento del resto de los habitantes de la casa, por muy molesto que le resulte, etc. Además de la convivencia, ambos miembros de la pareja se enfrentan a otros retos: compartir la responsabilidad del mantenimiento de la casa, tareas domésticas, compartir gastos formalmente y, sobre todo, que los hijos de ambos «accepten» a la otra persona, tanto si forman parte de la estructura familiar de forma continua, como si sólo están de paso los fines de semana.

Pasado un tiempo, uno de los dos, o los dos, empezarán a notar toda una serie de presiones externas para «matrimoniar». Y ello no sólo por parte de los más cercanos, vecinos, familiares o amigos, sino también por los más lejanos (pensiones, Seguridad Social, hoteles, bancos, iglesia...). Si hubiese un embarazo y naciese un nuevo hijo de la nueva relación, uno de los dos podría empezar a pensar en la conveniencia de casarse de nuevo.

Los jóvenes que se casan por primera vez aseguran que casarse no es diferente de vivir juntos, excepto que han formalizado la relación, pasando por la iglesia o el juzgado. Aquellos que se recasan, tras otras experiencias maritales, piensan de manera diferente. El matrimonio les cambia la vida en un gran número de cosas: el hombre se convierte en marido y la mujer en esposa, con toda la carga social que ello conlleva. Los estereotipos sociales, que no influyeron con anterioridad, empiezan a hacerlo ahora, palpándose implicaciones de permanencia, perpetuidad y obligatoriedad que antes no existían.

11.3. LÍNEAS DE ACTUACIÓN

11.3.1. Cambios sociolegales

Se ha señalado ya que cuantos menos conflictos y menos situaciones vitales estresantes haya de afrontar la pareja que se divorcia, mejor y más rápida será su integración y adaptación posterior (Amato, 1994). Es por ello que debieran potenciarse todos aquellos cambios en el entramado legal y social, sobre todo en la aplicación de las leyes, que

minimicen situaciones de conflicto y enfrentamiento posterior al divorcio.

La ley 15/2005, al posibilitar el divorcio sin necesidad de que haya un «culpable» y sin que sea necesario un período de separación previo, parece un buen paso en esta dirección, pero, desafortunadamente, nos parece todavía que queda un largo camino por recorrer para minimizar las percepciones de desigualdad y desventaja entre los hombres y mujeres que se separan. Y es que la posición de la mujer ante el divorcio sigue siendo diferente de la de los hombres (Carbone, 1994): la mujer suele quejarse de que, aunque se ha producido un notable incremento en su participación en el mundo laboral, tal incremento no se ha visto acompañado por un incremento paralelo de parte del hombre a asumir responsabilidades en el área doméstica y la crianza de los hijos, que continúa recayendo en gran medida sobre la mujer. Debido a esta desigualdad, argumentan, a la mujer que se divorcia le espera un futuro económico más inseguro y una mayor implicación emocional con los hijos. Los padres, por su parte, se quejan de que la mayoría de las veces se les impone un estatus de «padre visitante», lo que reduce sus posibilidades para asumir el rol de figura parental y potenciar su implicación en el desarrollo emocional de los hijos (Pruett y Pruett, 1998).

Procesos que potencien «custodias compartidas» y procedimientos mediacionales (Delaney, 1995; Cáceres, 2008), así como una mejor percepción de la necesidad de los niños de ser escuchados y sus opiniones tenidas en cuenta durante el tiempo que dura el divorcio (Pruett y Pruett, 1999), debieran ser la norma y no la excepción. El ordenamiento jurídico español determina que en la guarda y custodia de los menores cuyos padres se encuentran inmersos en un proceso de separación o divorcio debe prevalecer el «mejor interés del menor». Pero este principio no siempre parece estar bien resuelto ni motivado. Un análisis de contenido sistemático de 782 sentencias de divorcio (Arce, Fariña y Seijo, 2005) mostró que el 57,3 por 100 no estaban motivadas en criterio alguno, los criterios de motivación no siempre eran válidos, los criterios de decisión no eran consistentes intergénero del padre custodio, la custodia asignada al padre se derivaba, en buena medida, de un criterio

de exclusión de la madre y no se seguía un proceso de verificación de la decisión inicial, etc.

11.3.2. Cambios individuales

Estos cambios sociolegales debieran ir acompañados de otros cambios en el ámbito individual, aplicables a varios niveles de comportamiento y destinados a conseguir que la expresión «...*el bien del menor*» deje de ser una frase hecha. Entre ellos cabría mencionar:

- a) **Comunicación parental mínima:** Es prioritario que los padres aprendan a separar sus problemas entre ellos de los hijos (Folberg y Milnne, 1988) y asuman lo que tantas veces repiten los profesionales: «...aunque se haya dejado de ser pareja, se sigue siendo padre y madre de los hijos...». Un requisito mínimo sería que se continuase un nivel de comunicación básico, bien por teléfono o mediante papel que, al menos, contuviese los contenidos mínimos reflejados en la ficha de la figura 11.2.
- b) **Alienación parental:** Erradicación de aquellos comportamientos de padres y madres que producen lo que se ha dado en llamar «alienación parental», entendiéndolo por tal cualquier comportamiento de ellos y ellas que complica o termina por romper la relación del hijo con el otro. Este estado, aunque no constituya ninguna categoría nosológica y sea difícil evidenciar y evaluar en los propios niños, es fácilmente observable en los mismos padres y madres que se separan o divorcian, aunque la mayoría de las veces ellos no parezcan ser conscientes de los mismos, ni los admitan como tales, o incluso se empeñen en negarles tal entidad (Häkkinen-Nyholm, 2010).
- c) **Implicación de padres:** Ya ha quedado reseñado que una de las variables que parece minimizar muchas de las consecuencias negativas del divorcio es, como regla general, una implicación continuada del padre en la vida del niño (Jacobs, 1982; Pruett y Pruett, 1998;

Nombres:		Fecha nacimiento:
Escuela:	Curso:	Teléfono:
Profesor:	Director:	Tutor:
Actividades extraescolares:		
Horario:		
Pediatra:	Teléfono:	
Alergias:	Enfermedades:	
Medicación:		
Tarjeta médica:		
Horario de cama:	Horario de ducha:	
Comidas favoritas:	Colores preferidos:	
Tamaño de ropa:		
Zapatos:	Camisa:	Pantalones:
Faldas:	Ropa interior:	Abrigo:
Amigos:	Teléfono:	
Nombre de los padres:		

Figura 11.2.—Ficha de la «comunicación parental mínima».

Thompson, 1994). Además de cambios legales, se nos antoja mandatorio el desarrollo de cambios individuales que conciencie y eduque a los implicados en tal empeño².

se pueda hacer cuando uno de los dos miembros de la expareja, o los dos, se «han jurado venganza» o se han propuesto «hundir al otro», palabras que escuchamos con demasiada frecuencia en nuestras consultas.

11.3.3. Actuaciones clínicas

Desafortunadamente, existen pruebas de que algunas parejas no son buenas candidatas para embarcarse en procesos mediacionales (Cáceres, 2008). Muchos profesionales —jueces de familia incluidos— parecen estar convencidos que hay poco que

11.3.3.1. Evaluación

En el terreno terapéutico, antes de implementar cualquier tipo de actuación es importante evaluar de manera comprensiva y en diversos ámbitos los efectos concretos experimentados por la persona que consulta. Se puede complementar la informa-

² En nuestros Grupos de Separados encontramos con alguna frecuencia el caso de padres ¡que exploran la forma legal para «dejar de ser padres»!

ción obtenida en entrevistas con los implicados mediante diversos cuestionarios que se han ido desarrollando y que se han probado eficaces en tal empeño. Se presentan, a continuación, de manera resumida, algunos de los que hemos encontrado más útiles en la práctica asistencial, especialmente por las áreas a explorar que marcan.

a) Adaptación familiar y ajuste de los hijos ante la separación

Consta de 42 ítems que se contestan en forma de escala Likert («Total acuerdo»... «Desacuerdo total»), y que evalúa cinco dimensiones (conflicto y disfunción familiar; condiciones favorables y capacidad de protección de los hijos; condiciones favorables para superar la separación; sistema de apoyo externo, y condiciones favorables en los diversos pasos transicionales).

La adaptación española, la forma de cuantificar las diversas dimensiones y el significado de las mismas puede encontrarse en Cáceres (2003).

b) Cuestionario de relación paterno-filial (Fine, Moreland et al., 1983)

Este cuestionario analiza, mediante 24 ítems, las siguientes variables: vinculación paternofilial, confianza de los hijos en los padres, claridad de percepción del papel que los padres juegan en la vida del hijo, percepción de los hijos respecto a los padres, comunicación entre padres e hijos, respeto de parte de los hijos hacia los padres, e influencia de los padres en la vida de los hijos.

c) Cuestionario «Áreas problema de familias reconstituidas»

Consta de 52 ítems que se contestan en forma de escala Likert («Nada» ... «Mucho») que evalúa cuatro dimensiones importantes: clima social y familiar; rol de esposo/a; rol de padre/madre; rol de padrastro/madrastra. Su adaptación española y forma de cuantificar cada una de estas dimensiones puede verse en Cáceres (2003).

11.3.3.2. Terapia separados

Llevamos a cabo este programa en la Red de Salud Mental de Navarra, mediante reuniones grupales autoayuda (Caceres, 2008), tras las experiencias descritas por Weiss (1975).

Los grupos son mixtos, suelen estar constituidos por unas 10-12 personas, y uno de los requisitos exigidos es que no asistan ambos miembros de lo que en su día fue una pareja. Si ambos estuviesen interesados, cada uno de ellos participará en un grupo diferente. En total, habrán participado en este programa, a lo largo de los años de duración, unas 400 personas, en reuniones quincenales de, aproximadamente, 90 minutos de duración. Últimamente también empiezan a integrarse hombres y mujeres que han roto una relación homosexual.

Entre los principales objetivos se encuentran:

- a) Ofrecer un espacio catártico a las personas separadas.
- b) Aprendizaje vicario de empatía, hacia posiciones de los/las «ex», al escuchar que otros participantes del grupo, con los que suelen establecer buena relación, exponen situaciones parecidas a las que propone su «ex».
- c) Potenciar aprendizaje de habilidades sociales «olvidadas» o largo tiempo abandonadas (conocer a nuevas personas, abrirse, «ligar», establecer relación de confianza...).
- d) Potenciar/crear una nueva red de apoyo social, mediante el desarrollo de nuevas relaciones significativas basadas en la confianza.
- e) Búsqueda compartida de soluciones a problemas comunes (educación de hijos, manipulaciones de hijos, manipulaciones de «ex»...).
- f) Manejo emocional en situaciones difíciles.
- g) Manejo y prevención de situaciones de violencia, sabiendo detectarlas y anticipando reacciones y poniendo en práctica medidas protectoras.

11.3.3.3. *Terapia hijos de separados*

Se han descrito varios programas de prevención de los efectos del divorcio que se han mostrado eficaces en otros lares, generalmente llevados a cabo desde el ámbito escolar. Un buen ejemplo es el programa presentado por Pedro-Carroll y Cowen (1985).

Fuera del ámbito escolar, Farmer y Galaris (1993) describen, otra vez fuera de nuestras fronteras, programas comunitarios eficaces. Ellos también organizan grupos quincenales de 90 minutos, durante alrededor de 4 meses, en los que participan niños y niñas de edades heterogéneas, y cuyos objetivos fundamentales son incrementar la autoestima, desarrollar estrategias de afrontamiento de dificultades derivadas de la separación/divorcio de los padres, mejorando procesos de comunicación y solución de problemas, y mediante la validación de experiencias afectivas, potenciando la escucha empática, mediante *role play* y otras técnicas. Comentan que la mayoría de los participantes raramente hablan del tema de la separación o divorcio con sus padres y que muestran dificultades para articular las emociones y sentimientos derivados de tales experiencias.

Justifican la heterogeneidad de las edades y género, argumentando que las crisis experimentadas en las diversas fases evolutivas pueden haber dejado cicatrices y los chicos/as mayores pueden incrementar su propia autoestima ayudando a los más pequeños en las discusiones y demás actividades grupales. Entre los temas y temores que aparecen con mayor frecuencia se encuentran:

- a) El temor a que el padre custodio les abandone también.
- b) Temor a la reacción del padre no custodio si expresan sus emociones, especialmente enfado.
- c) Deseo de recibir premio o castigo en función de que su comportamiento sea bueno o malo, y no tanto en función de que represente una expresión emocional, como por ejemplo enfado.
- d) Intentos de los hijos por ayudar a los padres en su crisis personal.
- e) Formas de manejar la disminución de cantidad y calidad de atención recibida por los niños durante el proceso de asunción de la separación por parte de los padres.

Estos programas se llevan a cabo, también, sobre la base del papel potenciador del ajuste, durante el proceso de separación, de la mejora de la red de apoyo social (Kurdek, 1988).

No nos cabe ninguna duda que, también en nuestro país, en la medida en que termine de cambiar «la cultura del divorcio», los legisladores desarrollen nuevas leyes, los jueces las apliquen de manera adecuada, los investigadores descubran nuevas claves, los clínicos aplicados desarrollen nuevos programas y los afectados aprendan nuevos recursos, cambie totalmente la situación y las páginas anteriores hayan de ser reescritas. Pero nos tememos que eso habrá de esperar al menos a otra edición de este manual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amato, P. R. (1994). Life-span adjustment of children to their parents' divorce. *Future of Children*, 4(1), 143-164.
- Arce, R., Fariña, F. y Seijo, D. (2005). Razonamientos judiciales en procesos de separación. *Psicothema* 2005, vol. 17, n.º 1, 17(1), 57-63.
- Bartfeld, J. (2000). Child support and the postdivorce economic well-being of mothers, fathers, and children. *Demography*, 37(2), 203-213.
- Bengoechea Garin, P. (1992). Un análisis exploratorio de los posibles efectos del divorcio en los hijos. *Psicothema*, 4(2), 491-511.
- Cáceres, J. (1999). Discusiones de pareja, violencia y activación cardiovascular. *Análisis y modificación de conducta*, 25(104), 909-938.
- Cáceres, J. (2003). *Repartirse el desamor: Guía psicológica en la separación*. Madrid: Minerva.

- Cáceres, J. (2004). Violencia física, psicológica y sexual en el ámbito de la pareja: papel del contexto. *Clinica y Salud, 15*(1), 33-54.
- Cáceres, J. (2008). Mediación familiar en contextos clínicos. En J. L. Graña Gómez, M. E. Peña Fernández y J. M. Andreu Rodríguez (ed.), *Manual docente de Psicología Clínica, Legal y Forense*. Madrid: Servicio de Publicaciones de la Universidad Complutense de Madrid.
- Cáceres, J. (2009). Trabajo grupal con personas separadas. En A. Martínez-Pampliega (ed.), *Divorcio y monoparentalidad*. Bilbao: Publicaciones Universidad de Deusto.
- Carbone, J. R. (1994). A feminist perspective on divorce. *Future of Children, 4*(1), 183-209.
- Cummings, E. M. y Davies, P. T. (1994). *Children and marital conflict: The impact of family dispute and resolution*. Nueva York: Guilford Press.
- Delaney, S. E. (1995). Divorce mediation and children's adjustment to parental divorce. *Pediatric Nursing, 21*(5), 434-437.
- Dupre, M. E., Beck, A. N. y Meadows, S. O. (2009). Marital Trajectories and Mortality Among US Adults. *American Journal of Epidemiology, 170*(5), 546-555.
- Eurostat:<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00013&plugin=1>. Recuperado el 23 de febrero de 2011.
- Farmer, S. y Galaris, D. (1993). Support groups for children of divorce. *The American Journal of Family Therapy, 21*(1), 40-50.
- Fine, M. A., Moreland, J. R. y Schwebel, A. I. (1983). Long-Term Effects of Divorce on Parent-Child Relationships. *Developmental Psychology, 19*(5), 703-713.
- Folberg, J. y Milnne, A. E. (1988). *Divorce Mediation: Theory and Practice*. Nueva York: Guilford.
- Gerra, G., Caccavari, R., Delsignore, R., Passeri, M., Fertonani, G., Maestri, D., Monica, C. y Brambilla, F. (1993). Parental divorce and neuroendocrine changes in adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 87*(1), 350-354.
- Gottman, J. M. (1994). *What predicts Divorce?: The Relationship between marital processes and marital outcomes*. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Ass.
- Gould, M. S., Shaffer, D., Fisher, P. y Garfinkel, R. (1998). Separation/Divorce and Child and Adolescent Completed Suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*(2), 155-162.
- Häkkinen-Nyholm, H. (2010). Alienation of a child from one parent in divorce situation. *Duodecim, 126*(5), 499-505.
- Haynes, J. M. (1981). *Divorce Mediation: A practical guide for therapists and counselors*. Nueva York: Springer.
- Hoffman, S. (1977). Marital instability and the economic status of women. *Demography, 14*(1), 67-76.
- Jacobs, J. W. (1982). The effect of divorce on fathers: an overview of the literature. *American Journal of Psychiatry, 139*(10), 1235-1241.
- Jacobson, N. y Gottman, J. M. (1998). *When Men Batter Women: New Insights into Ending Abusive Relationships*. Nueva York: Simon y Schuster.
- Kurdek, L. A. (1988). Social support of divorced single mothers and their children. *Journal of Divorce, 11*, 167-187.
- Markman, H. J. y Leonard, D. J. (1985). Marital discord and children at risk. Implications for research and prevention. En W. K. Frankenburg (ed.), *Early identification of children at risk* (pp. 49-57). Nueva York: Plenum Press.
- Pedro-Carroll, J. L. y Cowen, E. L. (1985). The children of Divorce Intervention Program: An Investigation of the Efficacy of a School-Based Prevention Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3*(5), 603-611.
- Pons-Salvador, G. y Barrio, V. (1995). El efecto del divorcio sobre la ansiedad de los hijos. *Psicothema, 7*(3), 489-497.
- Pruett, K. D. y Pruett, M. K. (1999). «Only God Decides»: Young Children's Perceptions of Divorce and the Legal System. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*(12), 1544-1550.
- Pruett, M. K. y Pruett, K. D. (1998). Fathers, divorce and their children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 7*(2), 389-407.
- Teachman, J. D. y Paasch, K. M. (1994). Financial impact of divorce on children and their families. *Future of Children, 4*(1), 63-83.
- Thompson, R. A. (1994). The role of the father after divorce. *Future of Children, 4*(1), 210-235.
- Weiss, R. (1975). *Marital Separation*. Nueva York: Basic Books.

Violencia de pareja

12

FRANCISCO JAVIER LABRADOR
PAULINA PAZ RINCÓN
EDURNE ALONSO
ROCÍO FERNÁNDEZ-VELASCO

12.1. INTRODUCCIÓN: VIOLENCIA DOMÉSTICA Y VIOLENCIA DE PAREJA

12.1.1. Introducción

La violencia doméstica es un grave problema social y de salud pública que afecta a las personas, con independencia de edad, raza, cultura, nivel social y económico. Su incidencia y sus consecuencias, tanto físicas como psicológicas, hace que constituya una grave violación a los derechos humanos de las personas que la sufren. Sin embargo, este tipo de violencia ha sido ignorada o incluso aceptada como algo «normal», debido a creencias irracionales como considerar que se restringe a un campo privado y que entrometerse atentaría contra la intimidad familiar, o aceptar una desigualdad en deberes y derechos entre las distintas personas de la familia. Afortunadamente, en los últimos años la situación está cambiando: la violencia doméstica es uno de los temas que mayor alarma social provoca, pasando a considerarse un problema público (no privado) y dejando de ser una cuestión marginal para estar en el punto de mira de las instituciones nacionales e internacionales. La dedicación prioritaria que psicólogos, otros profesionales de la salud, organizaciones humanitarias, dirigentes políticos y medios de comunicación prestan a esta realidad ha comenzado a facilitar un cambio, primero sensibilizando a la opinión pública al respecto, y después provocando cambios en las creencias y en los comportamientos relacionados. Pero el camino es largo y el recorrido realizado aún insuficiente.

12.1.2. Definición de términos

La violencia doméstica es un fenómeno complejo, por lo que resulta difícil su delimitación y definición. Para referirse a este fenómeno, en la literatura científica se han utilizado distintos términos. Así, en las publicaciones científicas en inglés se han utilizado términos como: *domestic violence*, *violence against women*, *intimate partner violence*, *marital violence*, *battered women*, *family violence*, *wife assault* o *wife abuse*. También en español se han utilizado términos muy variados, con frecuencia de forma indistinta, para referirse a la misma realidad, entre ellos: *violencia familiar o intrafamiliar*, *violencia doméstica*, *violencia conyugal*, *violencia de pareja*, *violencia de género o mujeres maltratadas*. Sin embargo, cada uno de estos términos sugiere una idea diferente sobre el problema, causas y posibles soluciones (Medina, 2002), por lo que parece adecuado precisarlos.

Un punto de partida puede ser la definición de **violencia familiar o intrafamiliar**, que abarca todo tipo de agresión o maltrato en el contexto de las relaciones familiares, entre ellas el maltrato de padres a hijos y viceversa, entre ambos miembros de la pareja, entre hermanos, etc. Los niños, personas mayores y mujeres son los más vulnerables a esta violencia, siendo mayoritariamente del sexo femenino (parejas, niñas y ancianas) quien lo sufre, pero no exclusivamente.

Sin embargo, la definición de violencia intrafamiliar supone la existencia de relaciones familiares, y el concepto de violencia doméstica y/o de pareja que se quiere abordar en este capítulo es más amplio que eso; por tanto, se debe considerar que la

violencia doméstica hace referencia a todo tipo de agresión o maltrato entre personas en el espacio *privado e íntimo* del hogar, estén unidas o no por una relación de parentesco. Habitualmente se entiende por espacio doméstico al delimitado por las interacciones en contextos privados, sean o no en el hogar. La definición del Instituto de la Mujer resulta precisa al respecto: «*Aquel tipo de violencia, ya sea física, sexual y/o psicológica —en este último caso se debe producir de manera reiterada—, ejercida sobre la/el cónyuge o persona ligada al agresor por una relación de afectividad, o sobre aquellos miembros de la familia que forman parte del núcleo de convivencia*» (Instituto de la Mujer, 2002, p. 12).

El término de **violencia de pareja** hace referencia a todo tipo de agresión o maltrato entre personas que comparten una relación sentimental, independientemente del grado de compromiso contraído y de la existencia o no de convivencia. Incluye también el maltrato perpetrado por exparejas.

Otro término a considerar es el de **violencia de género**, planteado por Naciones Unidas, en el entendido que la gran mayoría de víctimas de violencia doméstica son mujeres: «*...todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico de las mujeres, incluidas las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o privada*» (Declaración 48/104; Naciones Unidas, 1994). Es decir, todas las formas de maltrato físico, psicológico y sexual que sufren las mujeres en cualquier contexto, a manos de una figura masculina. Obviamente abarca una realidad mucho más amplia del objetivo de un libro centrado en la familia como éste.

El presente capítulo se centra en el estudio de la **violencia de pareja (VP)**, entendiendo por tal *cualquier tipo de violencia (física, psicológica o sexual), cometida por uno de los miembros de una pareja, que comparte o ha compartido una relación afectiva, contra el otro, con independencia del nivel de compromiso público contraído (novios, cónyuges, pareja de hechos, exparejas), o de la orientación sexual de sus miembros (heterosexual u homosexual)*.

12.2. TIPOS DE VIOLENCIA DE PAREJA

Se consideran tres tipos fundamentales de VP: física, psicológica y sexual.

12.2.1. Violencia física

Cualquier conducta, por parte del maltratador, que implique el uso de la fuerza física y/o algún instrumento para agredir intencionalmente a su pareja, exponiéndole a un riesgo de lesión física, enfermedad, daño o dolor, con independencia de los resultados de tal conducta (Labrador, Rincón, De Luis y Fernández-Velasco, 2004). Deben considerarse tanto conductas «activas», por ejemplo abofetear, empujar, golpear, dar puñetazos, patadas, estrangular, utilizar objetos, armas o sustancias con el fin de causar una lesión, etc., como conductas «pasivas», entre ellas privar a la víctima de los cuidados médicos pertinentes durante una enfermedad o lesión (incluidas las lesiones causadas por los malos tratos), o el no aviso intencionado de situaciones de evidente riesgo físico (fallo en los frenos del coche, escape de gas, etc.). Este tipo de maltrato es el más evidente y el más fácil de identificar; por eso suele ser al que se le da más importancia, tanto en el ámbito personal como en el social y en el legal (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2002; Labrador y cols., 2004; 2009). No obstante, suele verse precedido y acompañado por el maltrato psicológico, y no siempre es el que tiene consecuencias más negativas para la víctima (O'Leary, 1999).

12.2.2. Violencia psicológica

Cualquier conducta, física o verbal, activa o pasiva, que atenta contra la integridad emocional de la víctima, en un intento de producir intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento (Labrador y cols., 2004). Ejemplo de este maltrato pueden ser: humillaciones, descalificaciones o ridiculizaciones, tanto en público como en privado, aislamiento social y económico, amenazas de maltrato, daño físico o tortura a la víctima o a

sus seres queridos, daño a propiedades valoradas por la víctima (objetos o animales), amenazas repetidas de divorcio o abandono, etc. También negación del maltrato, o culpabilización y atribución de responsabilidad absoluta a la víctima de los episodios de maltrato. Este tipo de violencia es más difícil de identificar, en especial si se disfraza de «atención» o «preocupación» por la víctima, o se consigue convencerla de que ella es la responsable del comportamiento del agresor. Quizá por eso se le da menos relevancia, en especial desde el punto de vista social, pero no es menos importante y sí es el que más frecuentemente aparece. La tabla 12.1 describe distintas formas de maltrato psicológico.

12.2.3. Violencia sexual

Es cualquier conducta dirigida a forzar un acto de intimidad sexual en la pareja, ya sea con amenazas, intimidación, coacción o por llevarse a cabo en estado de inconsciencia o indefensión de la mujer. Incluye todo tipo de conducta de carácter sexual, no sólo la penetración vaginal o anal (Labrador y cols., 2004; McAllister, 2000). Aunque esta categoría implica maltrato físico y psicológico, se la considera de forma diferenciada por sus especiales connotaciones y suponer mayor intimidad. Dado que muchas personas, hombres y mujeres, consideran que es un *deber* u *obligación* acceder a las demandas sexuales en una relación de pareja, a veces ni víctimas ni agresores identifican como violencia el forzar a tener relaciones sexuales a la propia pareja.

Estos tres tipos de VP no son realidades independientes; por el contrario, lo habitual es que aparezcan de forma conjunta. Así, prácticamente todas las conductas de violencia física o sexual implican violencia psicológica. La violencia psicológica es la única que puede presentarse de manera aislada y, por ello, se insiste en su especificidad. La VP suele tener un objetivo: *controlar a la víctima, imponerse*. Por eso la mejor explicación de la presencia de estas formas de violencia es su eficacia para conseguir este objetivo. Utilizando violencia se consigue el poder, el control.

TABLA 12.1

*Distintas formas de maltrato psicológico
(Labrador y cols., 2004)*

Abuso económico
<ul style="list-style-type: none"> — Hacer preguntas constantes sobre el dinero. — Controlar el dinero del otro. — Coger el sueldo del otro. — No permitir el acceso al dinero familiar. — Impedir que consiga o conserve un trabajo.
Aislamiento
<ul style="list-style-type: none"> — Controlar lo que hace el otro, a quién mira y habla, qué lee, dónde va, etc. — Limitar los compromisos del otro fuera de casa o de la relación de pareja. — Usar los celos para justificar las acciones.
Intimidación
<ul style="list-style-type: none"> — Infundir miedo usando miradas, acciones o gestos. — Romper cosas. — Destruir la propiedad del otro. — Mostrar armas.
Negación, minimización y culpabilización
<ul style="list-style-type: none"> — Afirmar que el abuso no está ocurriendo. — Reconocer el abuso y no preocuparse por la seriedad del mismo. — Responsabilizar al otro por lo ocurrido.
Uso de amenazas
<ul style="list-style-type: none"> — Hacer amenazas de infligir lesiones o daño físico. — Amenazar con la realización de un acto suicida. — Amenazar con abandonar o tener una aventura con otra persona. — Amenazar con echar al otro de casa.
Uso de los niños
<ul style="list-style-type: none"> — Amenazar con quitar la custodia de los niños en caso de que la víctima denuncie. — Amenazar con maltratar a los niños en caso de denuncia por parte de la víctima. — Usar a los niños para enviar mensajes. — Usar las visitas (en caso de divorcio o separación) para acosar u hostigar al otro. — Tratar de llevarse a los niños cuando no está pactado.

12.2.4. Otros tipos de VP

Se han propuesto otras categorías en la VP, como: *maltrato económico o financiero* (control de los recursos económicos de la víctima, llegando incluso a la privación completa de éstos), *maltrato estructural* (relaciones de poder, imposiciones y toma de decisiones que generan y legitiman la desigualdad), *maltrato espiritual* (destrucción de las creencias culturales o religiosas de la víctima, u obligarla a aceptar otras ajenas a sus convicciones), o *maltrato social* (aislamiento de la víctima, privación de sus relaciones sociales y humillación en éstas). Estas conductas ya están incluidas dentro de la violencia psicológica, por lo que parece más adecuado no multiplicar realidades, y considerarlas como subcategorías del maltrato psicológico.

12.3. DESARROLLO DE LAS CONDUCTAS DE VIOLENCIA DE PAREJA

12.3.1. Dirección de la VP

La violencia en las relaciones de pareja es un fenómeno frecuente, pero sólo en épocas recientes se ha prestado atención al estudio de la violencia en relaciones de noviazgo, en parejas casadas o en convivencia (Capaldi, Shortt y Kimm, 2005; Muñoz-Rivas, Graña, O'Leary y González, 2007a).

En general, se considera que la VP puede ser utilizada y sufrida por ambos miembros de una pareja, sin que puedan identificarse apenas diferencias en función del sexo. No obstante, el metaanálisis de Archer (2000) concluye que se observa una mayor proporción de mujeres ejerciendo este tipo de violencia en muestras compuestas por personas más jóvenes, que mantienen una relación de noviazgo y en muestras de estudiantes. En muestras adultas y en relaciones de convivencia, la mayoría de las encuestas nacionales e internacionales señalan el mayor uso de ésta por el hombre.

- a) Violencia física: diversos trabajos constatan la presencia de tasas similares de violencia física ejercida en hombres y mujeres pertenecientes a muestras comunitarias (Archer, 2000; Hines y Saudino, 2003; Riggs, 1993; Straus y Gelles, 1990), y porcentajes similares en victimización (Corral y Calvete, 2006) en muestras de estudiantes.

- b) Violencia psicológica: en multitud de estudios internacionales se señala que las mujeres emplean este tipo de violencia igual o más frecuentemente que los hombres, tratándose del tipo de violencia más prevalente de todos (Harned, 2001; Hines y Saudino, 2003; Riggs y O'Leary, 1996; Straus, Hamby, Boney-McCoy y Sugarman, 1996), o en muestras españolas (Corral y Calvete, 2006; Muñoz-Rivas y cols., 2007a; Muñoz-Rivas y cols., 2007b).
- c) Violencia sexual: aparecen mayores tasas de ejecución de este tipo de agresión en hombres, así como mayor proporción de mujeres como víctimas de la misma (Corral y Calvete, 2006; Harned, 2001; Hettrich y O'Leary, 2007; Hines y Saudino, 2003; Katz, Carino y Milton, 2002).

Parece importante la edad de las personas estudiadas, pues aparece una disminución de la prevalencia de la violencia en la pareja a medida que la edad aumenta (O'Leary, 1999; Riggs, Caulfield y Street, 2000; Straus y Gelles, 1990; Timmons y O'Leary, 2004).

Como resumen de esta panorámica, pueden verse en la tabla 12.2 los resultados del trabajo de Graña, Rodríguez y Peña (2009), con una muestra de 1.908 adultos de ambos sexos, con edades entre los 18 y los 80 años de edad y pertenecientes a una población comunitaria de Madrid.

Los datos parecen señalar que el uso de la violencia en el seno de la pareja es frecuente y no muy distinto en función del sexo del que la ejerce o recibe. No obstante, la alarma social se ha dirigido sobre todo a los casos en los que la víctima es la mujer, al considerar que es la que la sufre con mayor frecuencia y con consecuencias más graves. Así, la mayor parte de la investigación y programas de intervención psicológica se dirige a esta realidad, que será la principalmente considerada en el presente capítulo.

TABLA 12.2
Prevalencia de las agresiones en pareja (Graña y cols., 2009)

	Hombres Perpetración (N = 928)	Hombres Victimización (N = 928)	Mujeres Perpetración (N = 969)	Mujeres Victimización (N = 969)
Agresión psicológica menor	67,2	65,9	69,9	65,6
Agresión psicológica grave	18,4	21,2	22,0	19,7
Agresión física menor	14,2	14,2	11,8	11,5
Agresión física grave	3,4	4,8	3,5	2,5
Agresión sexual menor	21,4	12,5	11,6	17,0
Agresión sexual grave	2,6	2,0	1,5	2,1

12.3.2. El ciclo de violencia

La aparición de la VP suele ser episódica, siendo más probable que primero aparezca la violencia psicológica. Habitualmente, la víctima (y probablemente el agresor) consideran esta conducta como algo aislado, azaroso o producto de una situación externa a la relación de pareja (*había bebido mucho, estaba muy nervioso, tenía problemas en el trabajo*), por lo que suele tratarse de minimizar bien la gravedad de la situación, bien la responsabilidad del agresor, en un intento de preservar la pareja. Pero la realidad es que, una vez que la VP aparece, lo más probable es que vuelva a repetirse. Además, esta presencia repetida de la VP parece seguir un patrón relativamente fijo, descrito por Walker (1989) en su «Teoría del ciclo de la violencia». Según Walker, la violencia de pareja se desarrolla siguiendo un ciclo de tres fases: *Fase de acumulación de tensión*, *Fase de explosión o agresión* y *Fase de arrepentimiento, reconciliación o luna de miel*. En cada una de estas fases puede variar la duración o la intensidad de las conductas emitidas, aunque se repiten de forma secuencial hasta completar el ciclo (véase figura 12.1).

- a) *Fase de acumulación de tensión*. En toda relación de pareja suelen surgir tensiones. Si

la pareja dispone de habilidades para hacerles frente, éstas acaban por reducirse o eliminarse. En caso contrario, las tensiones se acumulan y acaban provocando la aparición de comportamientos inadecuados. Esta fase se caracteriza por agresiones psicológicas, cambios repentinos e imprevistos en el estado de ánimo e incidentes «menores» de malos tratos (pequeños golpes, empujones) hacia la pareja. Ésta, en un intento por congraciarse con la persona que agrede, con frecuencia tiende a ignorar o minimizar estas conductas agresivas (insultos, descalificaciones, etc.), o incluso intenta negarlos o justificarlos (*fue un mal momento, mi pareja es buena persona*). Quizá piensa que si no da importancia a estas conductas, si sabe aguantar, las cosas cambiarán y mejorará el trato de su pareja. Pero la situación no mejora, sino que por el contrario empeora, y las tensiones se mantienen y aumentan, siendo habitual que se produzca una escalada en las conductas de maltrato. De hecho, si al inicio de esta fase la víctima percibe cierto control sobre la situación, conforme aumenta la tensión va identificando que no tiene ningún control. Por su

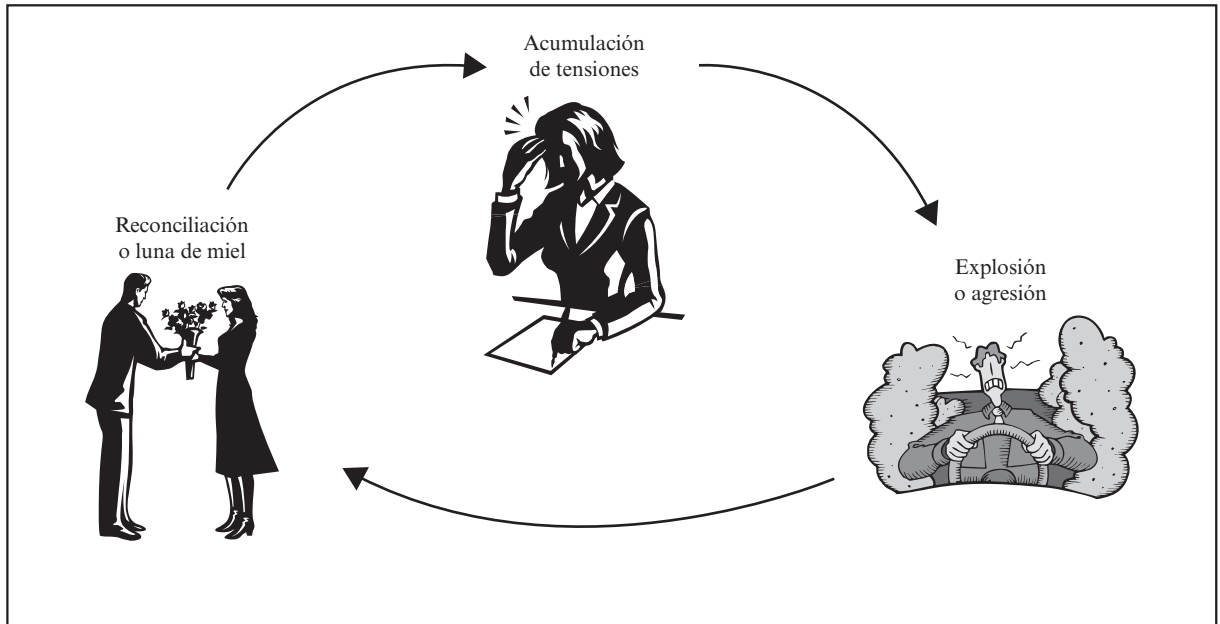


Figura 12.1.—Ciclo de violencia (Labrador y cols., 2004).

parte, el maltratador suele constatar que la violencia es eficaz para conseguir imponerse, por lo que reitera su uso.

- b) *Fase de explosión o agresión.* Cuando la tensión supera unos límites, se produce la descarga de la misma a través de las conductas de violencia psicológica, física o sexual, de una intensidad relativamente grave. La agresión empieza en un intento de darle una lección a la pareja, de imponerle sus puntos de vista, y finaliza cuando el agresor considera que ha aprendido la lección. Pueden ser conductas muy violentas que produzcan efectos graves en la víctima, la cual además constata que no tiene ningún control sobre la situación. Es más, es probable que también el agresor pierda el control de sus actos. Finalizado el episodio de violencia, el agresor suele reconocer que su actuación ha sido desmedida, pero el daño ya está hecho. En esta fase se producen los mayores daños físicos en la víctima, que en algunos casos

pueden llegar a la muerte. Aunque muchas mujeres, después de esta fase, requieren asistencia médica, se estima que algo menos del 50 por 100 la buscan, quizá debido a razones como la vergüenza social o nuevas amenazas del agresor para evitar ser puesto en evidencia. Esta fase suele ser la más breve, pues usualmente dura entre 2 y 24 horas, si bien muchas víctimas han informado haberla vivido durante una semana o más. Cuando acaba, suele verse seguida de un estado inicial de choque, negación e incredulidad sobre lo sucedido.

- c) *Fase de arrepentimiento, reconciliación o luna de miel.* Tras la fase anterior la tensión parece desaparecer, al menos momentáneamente, y no hay agresiones. Con frecuencia el agresor se arrepiente y pide perdón a la víctima, prometiendo que no volverá a suceder. Incluso es habitual que se comporte de manera encantadora y cariñosa. Está convencido de que nunca volverá a hacerle

daño a la persona que ama y que será capaz de controlarse. Cierto es que también está convencido de que ella *ya ha aprendido su lección*, por lo que no volverá a comportarse de manera *inadecuada* y no se verá *obligado* a maltratarla. La pareja le cree, e incluso trata de considerar el episodio de violencia como producto de una *pérdida de control momentánea* que no volverá a repetirse. Las conductas tan positivas que en este momento manifiesta el agresor le sirven para convencer a su pareja de que en realidad es una *buena persona*, que ella podrá cambiarle y que las cosas serán mejores en el futuro. Este momento es especial para la víctima, pues, además de una mayor tranquilidad, es cuando tiene más contacto con personas que pueden ayudarla, al disponer de más libertad para salir de casa y mantener relaciones sociales. Por eso le resulta difícil tomar medidas eficaces para que la situación no vuelva a repetirse. La duración de esta fase no es precisa, pero parece ser más larga que la segunda pero más corta que la primera. No obstante, en algunos casos se reduce a breves momentos o ni siquiera llega a aparecer el arrepentimiento y sólo consiste en un período de menor tensión.

Lamentablemente, si siguen sin haberse desarrollado habilidades para controlar las tensiones en el

seno de la pareja, éstas volverán a acumularse y a desarrollarse de nuevo el ciclo de violencia descrito. De hecho, más que un ciclo se convierte en una espiral, pues cada vez las fases se hacen más cortas, llegando a momentos en que se pasa de una breve fase de acumulación de la tensión a la fase de explosión sin que medie la fase de arrepentimiento, que acaba por desaparecer. Cuando esta espiral ya está muy avanzada es cuando las víctimas suelen reconocer que están ante un grave problema para el que necesitan apoyo y piden ayuda, más allá de la atención médica inmediata.

Un problema importante es que, habitualmente, la víctima no es capaz de identificar este ciclo; por el contrario, responde a las conductas violentas y amorosas como eventos que ocurren de manera aleatoria en su relación con el agresor, lo que la hace más indefensa en estas situaciones.

12.3.3. La escalada de la violencia

El hecho de que las conductas violentas con frecuencia producen la sumisión en la víctima, refuerza estos comportamientos del agresor, facilitando el desarrollo de una espiral de violencia, pues se va incrementando de forma progresiva la gravedad de estas conductas. Esto es lo que se ha denominado *escalada de la violencia*; los episodios de maltrato son cada vez más intensos y peligrosos. Si inicialmente las conductas consistían en críticas o leves

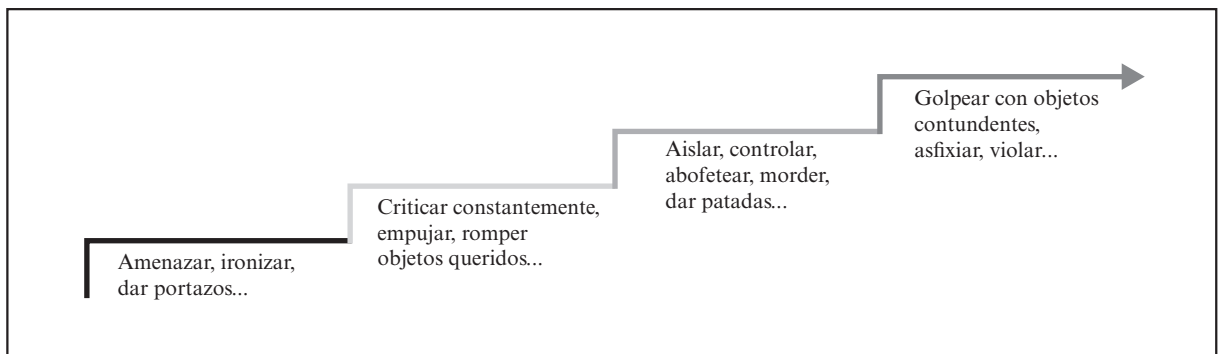


Figura 12.2.—La escalada de la violencia de pareja (Labrador y cols., 2004).

empujones, con el tiempo pasan a ser verdaderas palizas, golpes con objetos contundentes o incluso uso de armas, por lo que cada vez corre más peligro la vida de la víctima (véase figura 12.2).

12.3.4. Mantenimiento de la VP

Por parte del agresor, hasta cierto punto es lógico su mantenimiento, pues su situación de dominio le permite disfrutar de importantes prebendas a bajo costo, según su punto de vista. Pero es menos entendible por qué una víctima se mantiene en esa situación. Evidentemente, al final se mantendrá porque considera que las consecuencias, caso de no hacerlo, serán peores. Múltiples aspectos pueden estar implicados en esta compleja realidad y deben ser considerados para poder entenderla; algunos de ellos se señalan a continuación.

- a) Diferentes tipos de dependencia (económica, afectiva, estructural, social, etc.), real o percibida por la víctima, pueden hacerla considerar que si su situación es claramente negativa, y que abandonar su relación de pareja puede ser peor aún. En algunos casos esta dependencia es más fácil de observar (las mujeres dependientes económicamente tienen mayor probabilidad de mantener una relación violenta durante un largo tiempo; Torres y Espada, 1996). La dependencia emocional también es muy importante; aunque quizá sea menos traducible a estadísticas, muchas víctimas consideran que perder a la persona más próxima supondrá un desvalimiento o falta de atención cotidiana. Otras veces, simplemente siguen queriendo al agresor.
 - b) El miedo por la pérdida, en especial de los hijos, y más si éstos son pequeños (o estimar que separarse sería dejar a los hijos sin un padre), el miedo a perder el hogar y tener que abandonar el entorno habitual, así como a perder a los amigos o el estatus social.
 - c) Aspectos familiares, sociales y culturales, como el temor a la desaprobación e incom-
- d) Directrices o creencias religiosas que defienden que la unión de una pareja debe ser *eterna e indisoluble*, pase lo que pase en el seno de ésta, incluso que lo que sucede no debe airearse fuera de la propia pareja. Así, en el estudio a nivel mundial de la OMS, un 70 por 100 de las mujeres maltratadas refirió no haber comentado su condición de víctimas a otras personas (Krug y cols., 2002).
 - e) Para Alonso (2007), los condicionantes *psicológicos* serían los más relevantes para que la víctima continuara su convivencia con el agresor; entre ellos: la minimización del problema, la vergüenza por sufrir una situación tan degradante y que pueda conocerse, el atribuirse al menos parte de la culpa de las agresiones, la sensación de fracaso personal si se destruye la pareja, el temor a la soledad, el deterioro en su nivel de autoestima, un bajo estado de ánimo y un estado permanente de indefensión y desesperanza, generada por la falta de control de la situación y por el bloqueo para afrontar nuevos problemas o para tomar decisiones, etc.
 - f) El miedo a las represalias del agresor si se le abandona, con frecuencia manifestadas de forma explícita. Así, alrededor del momento de abandono la VP suele presentar las cotas más elevadas y con consecuencias más extremas, como lesiones graves o incluso la muerte de la víctima.
 - g) La intensidad de la violencia, pues si ésta es moderada la pareja suele aguantar más en convivencia (Rhatigan, Street y Axsom, 2006).
 - h) Finalmente, el desconocimiento de los recursos comunitarios o la falta de acceso a los mismos.

Sin embargo, a pesar de todos estos aspectos, muchas víctimas finalmente deciden abandonar al

agresor. Dos aspectos parecen determinantes en esta decisión: *a*) que la víctima finalmente perciba de manera realista la gravedad de la situación y su incapacidad de controlarla, y *b*) que la violencia comience a afectar a los hijos de forma más directa (Krug y cols., 2002; Labrador y cols., 2004).

El abandono del agresor no suele ser un acto aislado o repentino, sino el final de un proceso que incluye períodos de negación, culpa, sufrimiento y dudas (son frecuentes los episodios de separación y reconciliación). Finalmente, es más probable que se dé el paso si la víctima cuenta con el apoyo emocional y logístico de la familia, amigos o recursos sociales (Krug y cols., 2002).

Desgraciadamente, el abandono del agresor no garantiza el cese de la violencia de pareja. Es frecuente que, a pesar de la separación, y en especial en los primeros momentos tras ésta, el agresor siga amenazando y maltratando a la víctima. Esto supone una situación de especial gravedad, al constatar que ni separándose del agresor es posible escapar a esa realidad. Si en la víctima persiste el miedo a nuevas agresiones, es muy difícil superar las repercusiones psicológicas tan negativas producidas por el maltrato (Echeburúa, 2004).

12.4. EPIDEMIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA DE PAREJA

Es difícil establecer la prevalencia de este problema, en parte porque en muchos casos ni agresores ni víctimas reconocen o identifican que se está dando, y en otros casos por la ocultación voluntaria de éste. En consecuencia, las cifras presentadas hacen referencia a «estimaciones» al respecto, sin poder precisar hasta qué punto dichas estimaciones reflejan la realidad. La forma de obtener esta información, dada la limitación obvia de la observación directa, está basada habitualmente en encuestas, telefónicas o en directo. Las limitaciones son evidentes, pues a las dificultades en identificar la VP señaladas se une la dificultad de que una persona facilite información que supone íntima, a alguien desconocido que le asalta por la calle o por teléfono. Índices alternativos, como el número de

denuncias o muerte por VP, tampoco parecen precisos.

12.4.1. Estimación de la prevalencia mundial

Según el Informe sobre Población Mundial 2000 de Naciones Unidas, una de cada tres mujeres en el mundo ha padecido malos tratos o abusos (Varela, 2002). La APA estima la prevalencia de la VP en un 22 por 100 (American Psychological Association, 1999), y la Asociación Médica Americana (EEUU) la estima en el 25 por 100. En el estudio de la OMS sobre 48 encuestas de población de distintos países, realizadas entre 1982 y 1999, informan haber sido físicamente agredidas por su pareja en algún momento de sus vidas entre el 10 y el 69 por 100 de las mujeres (Krug y cols., 2002).

En un estudio más reciente de la OMS (2005), realizado con 24.000 mujeres de diez países, como promedio una de cada seis mujeres reconocía haber sido víctima de VP. La prevalencia vital con respecto al maltrato físico oscilaba entre el 13 y el 61 por 100; con respecto a la violencia sexual, entre 6 y 59 por 100; y con respecto a la violencia psicológica, entre 20 y 75 por 100. La variación de los datos por países es importante.

En la *Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres* (NVAW), realizada por Tjaden y Thoennes (2002), con entrevista telefónica a 8.000 mujeres y 8.000 hombres, un 22,1 por 100 de las mujeres reconoció haber sido agredida físicamente y un 7,7 por 100 haber sido víctima de una agresión sexual en algún momento de su vida. El 72 por 100 de las mujeres agredidas físicamente y el 62 por 100 de las agredidas sexualmente señaló que el agresor fue su compañero o ex compañero íntimo.

En la Unión Europea, el estudio de la OMS (Krug y cols., 2002) señala una prevalencia de la violencia doméstica de entre el 14 y el 58 por 100, aunque sólo se considera violencia física y sexual.

Otra forma de reflejar esta realidad hace referencia al número de personas muertas como consecuencia de la violencia de pareja. Aunque es difícil poder comparar los datos por países, la tabla 12.3 puede ser orientativa al respecto.

TABLA 12.3

Mujeres muertas por sus parejas o ex parejas en países de Europa (Lignon, 2009)

País	Población (millón)	Mujeres muertas	Ratio/1 Million/H	Año
Inglaterra	49	118	2,1	2004
Dinamarca	5,6	25	5,3	2002
España	44	69	1,5	2004
Francia	60	162	2,7	2004
Italia	59	100	1,7	2004
Noruega	4,6	30	6,5	2002
Países Bajos	16	150	9,3	2005
Suecia	9	40	4,5	2002

Alternativamente, el III Informe Internacional del Centro Reina Sofía (2006) recoge, entre otras, la

tasa de mujeres muertas por la pareja. En la tabla 12.4 se recogen los asesinatos cometidos en 2006, tanto en cifras absolutas (incidencia) como en cifras relativas (prevalencia por millón de mujeres mayores de 14 años). La media de mujeres muertas por la pareja es de 5,04 por millón de mujeres mayores de 14 años.

España, con una prevalencia de 2,81 mujeres asesinadas por su pareja por cada millón de mujeres mayores de 14 años, se sitúa por debajo de la media europea.

12.4.2. Estimación de la prevalencia en España

Se estima que la VP afecta a cerca del 20 por 100 de las mujeres (Fontanil y cols., 2005; Labrador, Fernández-Velasco y Rincón, 2006), aunque son de especial relevancia para estimar su prevalencia los datos de las tres macroencuestas nacionales realizadas por el Instituto de la Mujer, publicados en los años 2000, 2003 y 2007.

TABLA 12.4

Mujeres muertas por violencia de pareja (Centro Reina Sofía, 2006)

Fuente	País	Incidencia	Prevalencia (por millón)
América			
Homicide Survey. Canadian Centre for Justice Statistics. Statistics Canada.	Canadá	67	4,89
Instituto Nacional Medicina Legal y Ciencias Forenses; Observatorio de Convivencia y Seguridad Ciudadana.	Colombia	101	6,52
Sección de Estadística. Poder Judicial de Costa Rica.	Costa Rica	13	7,91
Bureau of Justice Statistics. U.S. Department of Justice.	EEUU	1.010	8,36
Centro de Derechos de Mujeres.	Honduras	19	9,14
Comisaría de la mujer. Policía Nacional.	Nicaragua	11	6,39
Policía Técnica Judicial Panamá.	Panamá	9	7,87
Departamento de Estadística de Policía Técnica Judicial.	Paraguay	13	8,20
Policía de Puerto Rico. Unidades Especializadas de Violencia Doméstica, Delitos Sexuales y Maltrato a Menores.	Puerto Rico	23	14,10

TABLA 12.4 (continuación)

Europa			
Policia d'Andorra.	Andorra	0	0
Federal Ministry Interior. Criminal Intelligence Service.	Austria	34	9,40
National Police Service Directorate.	Bulgaria	1	0,29
Cyprus Police Headquarters.	Chipre	4	12,37
NCB Interpol Zagreb. International Police. Ministry of Interior.	Croacia	14	7,14
Communities and Justice Directorate. Scottish Government.	Escocia	6	2,69
Prezídium Policajného Zboru.	Eslovaquia	6	2,56
Policija.	Eslovenia	3	3,39
Secretaría Estado de Seguridad. Ministerio del Interior.	España	54	2,81
Criminal Policy Department. Ministry of Justice.	Estonia	4	6,38
National Research Institute Legal Policy. Ministry of Justice.	Finlandia	21	9,35
Ministère de l'Intérieur.	Francia	135	5,22
Centraal Bureau voor de Statistiek.	Holanda	11	1,62
Ministry of Justice and Law Enforcement.	Hungría	27	5,95
Home Office Statistics.	Inglaterra y Gales	87	4,20
Department of Justice, Equality & Law Reform.	Irlanda	10	0,59
Ríkislógreglustjórnin.	Islandia	0	0
Ministero Dell'Interno. Segreteria del Dipartimento della Pubblica Sicurezza. Ufficio Relazioni Esterne e Ceremoniale.	Italia	95	3,66
Landespolizei.	Liechtenstein	0	0
Police Grand-Duché de Luxembourg.	Luxemburgo	1	5,09
Malta Police General Headquarters.	Malta	0	0
Centre de Presse. Ministère d'État.	Mónaco	0	0
National Criminal Investigation Service. Politiet.	Noruega	7	3,67
Agregado del Interior de la Embajada de España en Praga.	R. Checa	37	8,15
Oceanía			
Australian Institute of Criminology.	Australia	21	2,58
Police National Headquarters.	Nueva Zelanda	10	5,87

TABLA 12.5

Indicadores de las macroencuestas de VP (Instituto de la Mujer, 2000, 2003, 2007)

1. Le impide ver a su familia o tener relaciones con amigos, vecinos, etc.
2. Le quita el dinero que usted gana o no le da lo suficiente que necesita para mantenerse.
3. Hace oídos sordos a lo que usted le dice (no tiene en cuenta su oposición, no escucha sus peticiones).
4. Le insulta o amenaza.
5. No le deja trabajar o estudiar.
6. Decide las cosas que usted puede o no puede hacer.
7. Insiste en tener relaciones sexuales aunque sepa que usted no tiene ganas.
8. No tiene en cuenta las necesidades de usted (le deja el peor sitio de la casa, la peor comida).
9. En ciertas ocasiones le produce miedo.
10. No respeta sus objetos personales (regalos de otras personas, recuerdos familiares).
11. Le dice que coquetea continuamente o, por el contrario, que no se cuida nunca, que tiene mal aspecto.
12. Cuando se enfada llega a empujar o golpear.
13. Se enfada sin que se sepa la razón.
14. Le dice que a dónde va a ir sin él (que no es capaz de hacer nada por sí sola).
15. Le dice que todas las cosas que hace están mal, que es torpe.
16. Cuando se enfada la toma con los animales o las cosas que usted aprecia.
17. Le hace sentir culpable, porque no le entiende/atiende como es debido.
18. Se enfada si sus cosas no están hechas (comida, ropa, etc.).
19. Le controla los horarios.
20. Le dice que no debería estar en esa casa y que se busque la suya.
21. Le reprocha que viva de su dinero.
22. Ironiza o no valora sus creencias (ir a la iglesia, votar a algún partido político, pertenecer a alguna organización).
23. No valora el trabajo que realiza.
24. Le hace responsable de las tareas del hogar.

SÓLO PARA LAS QUE TIENEN HIJOS

25. Delante de sus hijos dice cosas para no dejarla a usted en buen lugar.
26. Desprecia y da voces a sus hijos.

Por medio de encuestas telefónicas, con amplias muestras de mujeres mayores de 18 años (20.552 en 2000; 20.652 en 2003 y 32.426 en 2007), se pretende evaluar la presencia de VP a través de 26 indicadores (véase tabla 12.5).

Los resultados de estas tres encuestas, referidos exclusivamente al maltrato por sus parejas o exparejas, aparecen en el gráfico 12.1. Es importante señalar la discrepancia entre maltrato declarado (la mujer reconoce haber sufrido maltrato) y maltrato técnico (la mujer no reconoce ser víctima de malos tratos, pero al menos responde afirmativamente a uno de los trece indicadores considerados graves —1, 2, 4, 6, 8, 9, 12, 14, 15, 21, 22, 23, 25—). Asimismo, es

destacable que los porcentajes incluso del maltrato técnico son bastante inferiores a los de otras estimaciones. Además, parece haberse reducido el maltrato técnico, en especial en la encuesta de 2007. No hay diferencias entre las encuestas en la cronicidad del problema; en más del 70 por 100 de los casos los actos violentos se dan desde hace más de 5 años.

Otras formas de estimar la prevalencia es a través de las denuncias presentadas, aunque se estima que en nuestro país sólo se denuncian un 10 por 100 de las agresiones por VP (Echeburúa y Corral, 1998; Dutton, 1993). En la tabla 12.6 se incluye el número de denuncias presentadas en los Cuerpos de Seguridad del Estado desde el año 2000 al año 2010.

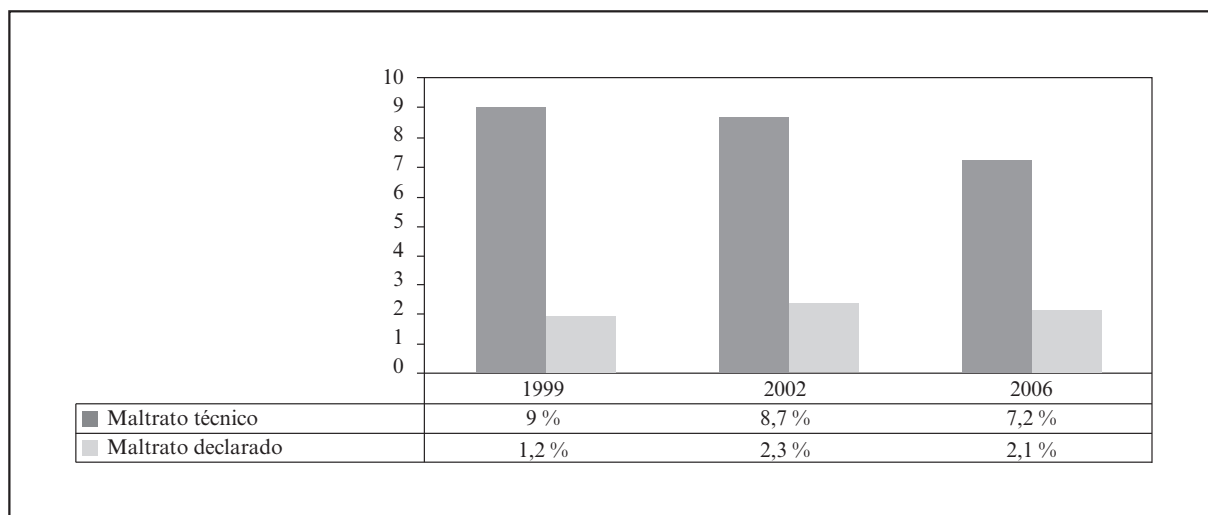


Gráfico 12.1.—Resultados de las encuestas realizadas por el Instituto de la Mujer (2000, 2003, 2007).

TABLA 12.6

Número de denuncias anual por VP en España

Año	Denuncias
2000	22.397
2001	24.158
2002	47.165
2003	56.484
2004	67.171
2005	72.098
2006	80.751
2007	126.293
2008	142.125
2009	135.540
2010	101.004

Hay que señalar que hasta 2002 sólo se recogían los casos de denuncias contra el cónyuge o análogo

legal, y que partir de esa fecha se incluyen también los casos en que las agresiones se han llevado a cabo por el ex cónyuge, compañero o ex compañero sentimental y novio o ex novio de la víctima. El incremento progresivo hasta 2008 en el número de denuncias quizá refleje, más que un incremento en la VP, la mayor concienciación del problema, la mayor facilidad para denunciar y una mayor seguridad para las víctimas que denuncian.

Otro índice de estimación es el número de mujeres muertas a causa de la VP. Aunque hay controversia sobre este número de víctimas, los datos siempre serán una infrarrepresentación, pues sólo se consideran aquellos casos en los que está comprobado que la muerte ha sido a consecuencia de la agresión de la pareja, no aquellos casos sub iúdice, los no comprobados o los casos de suicidio facilitado o provocado por esta situación. Según Lorente (2001), entre un 20 y un 40 por 100 de las mujeres que se suicidan cada año ha sufrido VP. La tabla 12.7 presenta las cifras de mujeres muertas a consecuencia de violencia doméstica en España; los datos del año 2000 a 2002 son del Instituto de la Mujer, y los de los años 2003 a 2010 de Delegación de Gobierno para la Violencia de Género.

TABLA 12.7
Número de mujeres muertas
a consecuencia de la VP

Año	Muertes
2000	63
2001	50
2002	54
2003	71
2004	72
2005	57
2006	69
2007	71
2008	76
2009	56
2010	73

La heterogenidad y previsible disparidad de criterios a lo largo del tiempo de los sistemas de recogida de información, así como la limitada significación de las cifras de crímenes por violencia de género/pareja, obligan a utilizar con prudencia los datos aquí presentados.

12.5. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE PAREJA

12.5.1. Consideraciones generales

Se considera que la VP es la principal causa de reducción en la calidad de vida, daño y muerte para la mujer y tiene serios efectos secundarios para la familia, la comunidad y la economía (American Psychological Association, 1999; Hughes y Jones, 2000; Resnick, Acierno, Holmes, Dammeyer y Kilpatrick, 2000). Como resumen, se incluye lo señalado por Krug y cols. (2002), que recogen las principales consecuencias que, según la OMS, produce la violencia de género en sus víctimas (véase tabla 12.8).

Como consideraciones adicionales para completar esta visión general, se debe señalar que:

- Las consecuencias físicas son las más evidentes, pero probablemente las psicológicas sean más intensas, duraderas e incapacitantes.
- Se hace hincapié sobre las consecuencias inmediatas, pero los efectos de la VP pueden prolongarse o aparecer a medio y largo plazo, incluso aunque el maltrato haya cesado.
- Las consecuencias directamente asociadas al maltrato son más evidentes (traumas físicos o trastornos de ansiedad) que las indirectas (por ejemplo, consumo de fármacos o drogas como estrategia para soportar la situación de VP).
- El impacto de los diferentes tipos de maltrato y de los múltiples episodios de violencia parece ser acumulativo.

12.5.2. Consecuencias físicas

Aunque se destacan los efectos inmediatos, como las lesiones o traumatismos, éstos no son el problema más grave ni más frecuente. Los efectos a medio y largo plazo consecuencia del estado de miedo, tensión e hiperactivación constante a lo largo de meses y años, se traducen en los denominados *trastornos funcionales*, como colon irritable, fibromialgia, trastornos gastrointestinales y síndromes de dolor crónico (Krug y cols., 2002). A estos problemas se añaden los daños corporales, temporales y permanentes, pérdidas sensoriales (audición y visión), disfunciones sexuales y, en algunos casos, la muerte (Resnick y cols., 2000). Las víctimas de VP muestran menos salud general que la población general, presentando un mayor número de síntomas físicos y mayor asistencia a servicios de urgencia (McCauley y cols., 1995).

12.5.3. Consecuencias en la salud mental

Las consecuencias de la VP sobre la salud mental pueden ser muy graves. Los síntomas que presentan con mayor frecuencia son ansiedad extrema,

TABLA 12.8
Consecuencias de la VP en la salud (Krug y cols., 2002)

Consecuencias físicas	Consecuencias psicológicas y conductuales
Daño abdominal/torácico. Hematomas y contusiones. Síndromes de dolor crónico. Discapacidad. Fibromialgia. Fracturas. Trastornos gastrointestinales. Colon irritable. Laceraciones y abrasiones. Daño ocular. Reducción en el funcionamiento físico.	Abuso de alcohol y drogas. Depresión y ansiedad. Trastornos alimentarios y del sueño. Sentimientos de vergüenza y culpa. Fobias y trastorno de pánico. Inactividad física. Baja autoestima. Trastorno de estrés postraumático. Trastornos psicósomáticos. Tabaquismo. Conducta suicida y autodestructiva. Conducta sexual insegura.
Consecuencias sexuales y reproductivas	Consecuencias fatales
Trastornos ginecológicos. Infertilidad. Inflamación de la pelvis. Complicaciones en el embarazo/aborto. Disfunción sexual. Enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA. Aborto inseguro. Embarazo no deseado.	Mortalidad relacionada con el SIDA. Mortalidad maternal. Homicidio. Suicidio.

tristeza, hiperactivación, cansancio crónico, baja autoestima, embotamiento emocional, insomnio y disfunciones sexuales. Si en lugar de síntomas se consideran los cuadros psicopatológicos o trastornos psicológicos, los principales y también los más frecuentes son el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la depresión (Labrador y cols., 2004). También es frecuente la presencia de otros problemas psicopatológicos, como los trastornos de ansiedad, trastornos disociativos, intentos de suicidio, trastornos de la alimentación, problemas de autoestima y de inadaptación a la vida diaria e interferencia grave en el funcionamiento cotidiano.

12.5.3.1. TEPT

Es el tipo de diagnóstico que más frecuentemente aparece asociado a la VP y también el que mejor caracteriza las consecuencias psicopatológicas que

afectan a las víctimas de ésta. Según el metaanálisis de Golding (1999), la prevalencia de este trastorno oscila entre el 31 y el 84,4 por 100 de las víctimas, con una media ponderada de 63,8 por 100. Tasas próximas señalan Rincón, Labrador, Arinero y Crespo (2004), así como Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua (2002). Pero si en lugar del diagnóstico completo de TEPT se considera la presencia de síntomas postraumáticos (hiperactivación y reexperimentación en especial), es probable que casi todas las víctimas de VP presenten algunos de estos síntomas, si bien en un estudio más reciente (Labrador, Fernández-Velasco y Rincón, 2010), con 212 mujeres, el TEPT afecta al 37,3 por 100 de la muestra evaluada.

Tanto la violencia física como la psicológica o sexual constituyen una amenaza a la vida y al bienestar de la víctima, y es vivida con miedo, horror o indefensión, por lo que es esperable el desarrollo de

TEPT. El metaanálisis de Brewin, Andrews y Valentine (2000) señala como predictores principales del desarrollo del TEPT la falta de apoyo social y el nivel de estrés después del trauma, así como la intensidad de éste. El metaanálisis de Ozer, Best, Lipsey y Weiss (2003) señala como mejores predictores del riesgo de padecer TEPT la amenaza para la vida durante el trauma, la escasez de apoyo social percibido y, sobre todo, la presencia de disociación durante el trauma. Es evidente que estos factores están con frecuencia presentes en la VP. Por ello, un punto fundamental para la recuperación de las víctimas de la VP es la superación del TEPT o la sintomatología postraumática subclínica, por el efecto tan desorganizador sobre la vida de éstas. Una vez superado el TEPT podrán abordarse con eficacia los otros problemas.

12.5.3.2. Depresión

Se señalan tasas de prevalencia variadas, entre el 15 y el 83 por 100, aunque suele afectar a alrededor del 50 por 100 de las víctimas de VP (Golding, 1999; Riggs, Caulfield y Street, 2000; Rincón y cols., 2004; Arinero, 2006). En el estudio de Labrador y cols. (2010), la depresión es el trastorno más frecuente en estas mujeres (69,9 por 100 de la muestra). La percepción de una situación amenazante, junto con el aprendizaje de no disponer de recursos de afrontamiento para controlar la VP (indefensión aprendida), así como una visión negativa del futuro, pueden facilitar el desarrollo de trastornos depresivos, baja autoestima, apatía y déficit en la solución de problemas (Campbell, Kub y Rose, 1996; Clements y Sawhney, 2000). También la VP, al implicar la pérdida de una relación afectiva importante, y con frecuencia situaciones de aislamiento, colabora al desarrollo de la depresión por la reducción de importantes reforzadores.

12.5.3.3. Trastornos de ansiedad

Aunque también se consideran muy frecuentes entre las víctimas de VP, es difícil aportar datos precisos, dada la variedad de posibles diagnósticos. McCauley y cols. (1995) señalan que las víctimas de VP

presentan más trastornos de ansiedad que la población general. Como referencia, en muestras españolas pueden señalarse el 29 por 100 de prevalencia indicado en el trabajo de Rincón y cols. (2004) y el 38,7 por 100 en Labrador y cols. (2010).

12.5.3.4. Otros problemas psicológicos

- Prácticamente todas las mujeres víctimas de VP presentan problemas de autoestima (Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua y Zubizarreta, 1997a; Rincón y cols., 2004; Labrador y cols., 2010), en algunos casos con puntuaciones extremadamente bajas. Las constantes críticas y descalificaciones del agresor, el frecuente aislamiento social que impide otras opiniones y la atribución de culpa facilitan este problema.
- Cogniciones postraumáticas: la VP es una experiencia incompatible con los «esquemas personales» con que una persona se enfrenta a su medio («*El mundo es un lugar agradable, la familia es algo muy bueno, mi pareja es una persona amable y en quien confiar, mi hogar es mi sitio de seguridad...*»). La ruptura de estos esquemas hace que la víctima se sienta desorientada e indefensa, y considere que no hay alternativas de solución a su situación.
- Déficit en solución de problemas, consecuencia en muchos casos de la devalorización y castigo por parte del agresor en los intentos previos. También las intensas respuestas emocionales debidas a la VP pueden colaborar a bloquear estas habilidades.
- Abuso o dependencia de sustancias, en especial alcohol y ansiolíticos, utilizadas en algunos casos como conductas de afrontamiento (inadecuadas) para poder soportar o hacer frente a la situación de maltrato o bloquear los síntomas derivados de las distintas psicopatologías indicadas.
- Ideación suicida y/o suicidio, considerado en algunos casos como la única alternativa para poner fin a la situación de VP. A modo ilustrativo, en el estudio de Labrador y cols. (2010), un 44 por 100 de la muestra presentaba ideación o intentos autolíticos.

- Problemas de adaptación, tanto personal como social, debido a la alteración en las relaciones familiares y con los amigos, al progresivo aislamiento, la reducción en las actividades lúdicas y de ocio y la inadaptación laboral. El estudio de Rincón y cols. (2004) pone de manifiesto problemas de adaptación de estas víctimas en todos los ámbitos considerados: laboral, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar. Datos similares aparecen en el estudio de Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta (1996) y en el de Labrador y cols. (2010).

12.6. CARACTERÍSTICAS DE LA VP Y DE LAS VÍCTIMAS DE VP

El objetivo de este apartado es intentar caracterizar la VP, y también a las víctimas de ésta. De especial relevancia para ello son los datos aportados por las encuestas realizadas por el Instituto de la Mujer, descritas en el apartado referido a epidemiología, y que se consideran a continuación.

Edad: aunque la VP puede darse a cualquier edad, según los datos del Instituto de la Mujer son las mujeres de entre 31 y 40 años las que más denuncian su condición de víctimas (el 35 por 100 de las denuncias), seguidas por las mujeres de entre 21 y 30 años y las de entre 41 y 50 años.

Estado civil: el mayor porcentaje de mujeres «técnicamente» maltratadas se da entre las separadas o divorciadas (14,9 por 100), frente al 11,3 por 100 de las casadas y 8,6 por 100 de las solteras. Lo mismo sucede al considerar el maltrato declarado: separadas o divorciadas, 16,6 por 100; casadas, 3,2 por 100, y solteras, 3,3 por 100 (Instituto de la Mujer, 2007).

Nivel educativo: Aunque se distribuye por todos los niveles educativos, en el informe del año 2000 (Instituto de la Mujer, 2000), en el grupo de mujeres «técnicamente» maltratadas aparecen los porcentajes más elevados de mujeres sin estudios o con estudios primarios incompletos (47 por 100), mientras que las mujeres con estudios universitarios represen-

TABLA 12.9

Características sociodemográficas de una muestra de 212 mujeres víctimas de VP (Labrador, Fernández-Velasco y Rincón, 2010)

Variables	N = 212
Edad media (DT)	36,27 (10,34)
Estado civil	
Soltera.	16,5%
Casada.	13,2%
Pareja hecho/ conviviente.	24,1%
Trámites separación/ separada/ divorciada.	46,2%
Nivel educativo	
Primarios incompletos.	43,4%
Primarios completos.	17,9%
Secundarios.	18,9%
Universitarios.	19,8%
Clase social subjetiva	
Baja.	16,5%
Media-baja.	36,8%
Media.	38,2%
Media-alta.	7,5%
Alta.	1%
Ocupación actual	
Sector servicios.	15,6%
Sector administrativo.	4,2%
No cualificado.	23,0%
Ama de casa.	22,3%
Desempleada.	19,3%
Profesional/ Técnica.	9,9%
Directiva.	1,5%
Estudiante.	4,2%
Convive con agresor.	34%
Dependencia económica del agresor.	38,2%
Número de hijos.	1,69 (1,14)

taban el 12 por 100, frente al 13,9 por 100 de la población general (Instituto Nacional de Estadística, 2001).

Actividad laboral: el 27,5 por 100 de las mujeres «técnicamente» maltratadas trabajaba fuera de casa

frente al 30,8 por 100 de la población general de mujeres (Instituto de la Mujer, 2000).

Lugar de residencia: aparece una correlación positiva entre tamaño del municipio y presencia del maltrato, al considerar como índice de éste las denuncias presentadas, en especial entre las mujeres con maltrato declarado (Instituto de la Mujer, 2000). Esto quizá refleje una mayor conciencia social y un mayor número de dispositivos de ayuda para mujeres en las grandes poblaciones.

Como alternativa, pueden señalarse los datos del estudio de Labrador y cols. (2010) en una muestra clínica, que pedía ayuda por VP, caracterizada por ser mujeres jóvenes, con escasos recursos laborales y económicos, y que ni conviven ni dependen económicamente del agresor (véase tabla 12.9)

Las características de la VP sufrida aparecen en la tabla 12.10.

12.7. EVALUACIÓN EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA

12.7.1. Objetivo general de la evaluación en víctimas de VP

El principal objetivo es acoger y atender a la mujer que demanda ayuda, e identificar su situación actual para ver si procede una actuación de urgencia. En caso contrario, continuar con una evaluación más completa de los problemas derivados de su experiencia de maltrato, de sus posibles recursos y limitaciones, de forma que permita precisar su situación personal y poder llevar a cabo una intervención rápida, específica y eficaz.

12.7.2. Consideraciones al proceso de evaluación

Antes de comenzar el proceso de evaluación hay que tener en cuenta que:

- El primer momento estará dedicado a acoger a la mujer y que pueda sentirse segura, escuchada y entendida.

TABLA 12.10

Caracterización de violencia una muestra de 212 mujeres víctimas de VP (Labrador, Fernández-Velasco y Rincón, 2010)

Variables	N = 212
Tipo de maltrato	
Psicológico.	29,8%
Físico (y psicológico).	54,4%
Físico y/o psicológico y sexual.	19,8%
Duración del maltrato en años.	6,8 (8,1)
Frecuencia del maltrato en el último mes	
A diario.	18,4%
1 a 3 veces por semana.	34,4%
1 a 3 veces al mes.	21,2%
Menos de 1 al mes.	14,7%
Episodios aislados.	11,3%
Han denunciado el maltrato.	67,5%
Número de denuncias interpuestas.	1,68 (2,9)
Número de denuncias retiradas.	0,35 (1,79)
Han abandonado alguna vez el hogar.	55%
Número veces.	2,03 (4,28)
Asistencia médica por lesiones.	43%
Número de asistencias.	0,97 (2,26)
Asistencia psicológica y/o psiquiátrica.	38%
Antecedentes psicológicos y/o psiquiátricos.	35,4%
Maltrato de pareja previo.	16%
Maltrato previo en la familia de origen.	28%
Maltrato a los hijos.	58,5%
Tipo de maltrato	70%
Presenciado.	14,5%
Psicológico.	18,5%
Físico.	
Apoyo social.	70%
Apoyo familiar.	39%
Apoyo legal.	66%

- Ha de detectarse de forma inmediata la peligrosidad de la situación, identificando posibles riesgos físicos para ella o sus hijos por

- parte del agresor, o riesgo de suicidio. Si es necesario, actuar en consecuencia.
- La víctima suele vivir en unas condiciones «especiales» (momento álgido del problema), por lo que suele resultarle difícil comunicar o expresar su problema, teniendo sentimientos de vergüenza y culpa con respecto a su situación.
 - Hay que evitar o reducir la victimización secundaria (hacerla culpable o responsable, parcial o totalmente, de la situación, por no haber actuado de otra manera).
 - Hay que dar apoyo personal y profesional, para que no se sienta sola y confirmar que no es culpable y tiene razón en sus quejas.
 - Debe funcionar como un filtro o proceso de toma de decisiones para establecer el tipo de intervención específica a desarrollar con cada víctima.
 - Seguramente la mujer tiene dificultad para concentrarse o poner atención, pasando por su cabeza de manera reiterada imágenes o pensamientos de lo vivido; además, puede

TABLA 12.11

Propuesta de programa de evaluación

Sesión	Aspecto a evaluar	Material necesario
Primera	— Antecedentes sociodemográficos.	— <i>Ficha de antecedentes personales.</i>
	— Historia de violencia de pareja.	— <i>Pauta de entrevista para víctimas de maltrato doméstico</i> (Labrador y Rincón, 2002).
	— Valoración de peligrosidad.	— <i>Pauta de entrevista para valoración de peligrosidad</i> (De Luis, 2001).
	— Valoración apoyo social.	— <i>Cuestionario de apoyo social de Saranson</i> (Saranson y cols., 1999).
	— Valoración de conductas de afrontamiento.	— <i>COPE abreviado</i> (Carver, 1997).
Segunda	— Trastorno de estrés postraumático.	— <i>Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático</i> (Echeburúa y cols., 1997b).
	— Depresión.	— <i>Inventario de Depresión de Beck (BDI)</i> (Beck y cols., 1961, versión española de Vázquez y Sanz, 1997, 1999).
	— Ansiedad.	— <i>Cuestionario de Salud General (GHQ-28)</i> (Goldberg y Hillier, 1979).
	— Autoestima.	— <i>Escala de Autoestima de Rosenberg</i> (Rosenberg, 1965).
	— Adaptación.	— <i>Escala de Inadaptación</i> (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000).
	— Cogniciones postraumáticas. — Problemas de salud física y calidad de vida.	— <i>Inventario de Cogniciones Postraumáticas (PTCI)</i> (Foa y cols., 1999). — <i>Cuestionario de Salud General (GHQ-28)</i> (Goldberg y Hillier, 1979). — <i>Si hay indicios de consumo de alcohol en COPE abreviado (ítem 11) y entrevista (ítem 24), CAGE</i> (Hayfield, McLeod y Hall, 1974; Ewing, 1984).

estar durmiendo muy mal. Todo ello puede dificultar que comprenda las instrucciones o indicaciones que se le dan, por lo que el profesional debe cerciorarse de que ella ha comprendido los pasos a seguir (preguntar y que ella resuma lo que ha entendido).

12.7.3. El proceso de evaluación

Incluye tres partes fundamentales:

- a) Acogida y evaluación de la situación actual. Los objetivos son acoger a la víctima y hacerla sentir apoyada y comprendida. Después, identificar de forma inmediata y fiable el grado de peligrosidad de la situación actual para ella o familiares próximos (hijos e hijas). Debe hacerse especial hincapié en identificar la peligrosidad del agresor y el riesgo de suicidio.
- b) Evaluación de la violencia de pareja. El objetivo es identificar las características específicas de la situación de maltrato sufrida, considerando tanto la historia de maltrato como, en especial, las características del maltrato en el momento actual. También identificar las estrategias de afrontamiento y recursos personales y sociales, así como las personas o redes de apoyo con las que puede contar. Finalmente habrá que abordar su situación vital actual (familiar, económica, laboral, ocio, etc.).
- c) Evaluación de las consecuencias psicológicas de la VP. El objetivo es identificar los problemas psicológicos desarrollados como consecuencia del maltrato. En aras de la precisión y la brevedad, se incide fundamentalmente en los problemas que se consideran más habituales e importantes: TEPT, depresión, ansiedad, autoestima, adaptación personal y social, cogniciones postraumáticas, abuso y dependencia de sustancias, problemas de sueño, etc.

De acuerdo con estas consideraciones se hace una propuesta de evaluación, basada en las presen-

tadas por Labrador y cols. (2004; 2009), a realizar en dos sesiones (véase tabla 12.11).

12.8. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

12.8.1. Consideraciones generales

Aunque se da mucha publicidad al problema de la VP y se ha logrado una importante sensibilización social respecto a él, se ha avanzado menos en el desarrollo de los tratamientos de las víctimas. Parece como si el esfuerzo se hubiera concentrado en condenar la violencia y al maltratador, dando menos importancia a atender a las víctimas.

Son escasos los programas de tratamiento psicológico para estas víctimas, y menos aún los que han mostrado de forma empírica su eficacia, lo que se traduce también en una gran diversidad de propuestas de actuación. Durante mucho tiempo, y lamentablemente en muchas instituciones incluso en la actualidad, los programas de tratamiento se han centrado en abordar aspectos que más bien pueden incidir en que una mujer «accepte» una relación violenta, como son la baja autoestima, escasas habilidades comunicacionales generales, escasa asertividad e ideas erróneas acerca de los roles de género, y que, por tanto, son más bien elementos que deben ser parte de programas de prevención de la VP más que de tratamiento. En estos últimos, el énfasis debe estar puesto en las devastadoras consecuencias que genera la situación de violencia en las víctimas donde el TEPT, como ya se ha comentado, es central, así como otra sintomatología, entre la que se incluye la baja autoestima, pero no de manera nuclear. Por otra parte, en muchas instituciones hasta el día de hoy se plantea el problema de la VP como un problema de un sistema familiar que falla, y se intenta dar solución al mismo a través de programas de tratamientos de corte familiar o sistémico en que víctima y victimario acuden a sesiones conjuntas (y en ocasiones por separado) para mejorar los problemas que les llevan a ambos a esta dinámica disfuncional de relación. Como se explicitó al inicio de este capítulo, la VP es un grave problema de salud pública, un atentado contra los derechos humanos y

un delito, y no debe tratarse a la víctima y al delincuente como una pareja que tiene problemas comunicacionales.

A todo ello hay que agregar que las diferencias en la realidad vital de estas mujeres, así como en la sintomatología que presentan, también hace difícil establecer programas de intervención únicos, pues han de dar solución a demandas muy diversas. En algunos casos las mujeres están tan preocupadas por su seguridad o la de sus hijos, viviendo en condiciones difíciles tanto desde el punto de vista económico como personal y familiar, y viéndose desbordadas por tareas que exigen una rápida adaptación a nuevas condiciones de vida (casa, trabajo, amistades, ambiente físico y social...), que difícilmente pueden disponer de tiempo para seguir un programa de tratamiento. En otros casos buscan ayuda para algunos síntomas específicos producto de la situación de violencia, como síntomas depresivos, problemas de ansiedad o estrés, lo que suele llevar a tratamientos paliativos que no consideran aspectos tan importantes como la reexperimentación, la hiperactivación mantenida o la pérdida de esquemas personales. Además, ya se ha visto cómo muchas de las víctimas tienen dificultad para reconocer que sus problemas se deben a la VP o que son víctimas de ésta. Finalmente, la convivencia con el agresor suele ser una situación especialmente problemática en esta tarea de intervención psicológica. Fruto de esta realidad ha sido tanto el escaso número de protocolos de intervención desarrollados como la escasa contrastación empírica de éstos.

Con todo, en una revisión exhaustiva de los tratamientos aplicados, labor realizada con anterioridad (Labrador y cols., 2009), analizando tanto los trabajos que sólo incluían directrices generales como los que presentaban programas específicos de tratamiento, se llega a las siguientes conclusiones de cara a la elaboración de un protocolo de tratamiento psicológico:

- a) Necesidad de poner fin a la situación de violencia y garantizar la seguridad de la víctima.
- b) Evitar la revictimización.
- c) Hacer ver a la víctima que sus síntomas no son anormales, dadas las condiciones a las

que se ha visto sometida (normalizar la experiencia de la víctima).

- d) Modificar las creencias erróneas respecto a la violencia y sus posibilidades de acción.
- e) Dedicar una atención especial, o mejor central, a controlar la sintomatología postraumática.
- f) Atender también a otras sintomatologías que suelen aparecer asociadas, como depresión, ansiedad, problemas de autoestima, sentimientos de culpa, problemas de adaptación personal y social, etc.
- g) Utilizar programas multicomponentes que incluyan diferentes técnicas dirigidas a superar los distintos problemas y sintomatologías presentes en estas víctimas.
- h) Establecer un protocolo de tratamiento articulado y flexible, que pueda adaptarse a cada persona y situación, dadas las diferentes situaciones y demandas.
- i) Utilizar en estos programas de tratamiento sólo técnicas que hayan demostrado empíricamente su eficacia en el tratamiento de estos problemas (entre las técnicas que se han mostrado eficaces, destacan Psicoeducación, Reorganización cognitiva, Solución de problemas, Entrenamiento en control de la activación, Exposición o Entrenamiento en asertividad).
- j) Llevar a cabo programas de tratamiento breves (alrededor de 10 sesiones) y específicos para los problemas fundamentales en estas víctimas.
- k) Llevar a cabo programas con periodicidad máxima de una o dos veces por semana, dadas las condiciones en que suelen estar las víctimas, en especial la necesidad de reorganizar toda su vida y lograr una nueva adaptación.
- l) Llevar a cabo en lo posible programas grupales, que parecen reunir más ventajas para estas víctimas, si bien en algunos casos será necesaria una atención individual.
- m) Aunque el objetivo inmediato es el alivio del sufrimiento y la mejora de las condiciones de vida de las víctimas, el objetivo final ha

de ser conseguir una nueva adaptación de éstas a sus condiciones de vida habituales, y una buena calidad de vida para ellas y sus familias.

12.8.2. Propuesta de tratamiento

La propuesta de tratamiento psicológico presentada está basada en los trabajos anteriores realizados por nuestro equipo de investigación, en especial en el de Labrador y cols. (2004; 2009).

12.8.2.1. Componentes del programa

Se debe recordar que el trastorno de estrés post-traumático es desarrollado por alrededor de un 64 por 100 de las víctimas de VP, si bien la inmensa mayoría presenta síntomas de reexperimentación e hiperactivación. Por eso, el tratamiento psicológico debe, en primer lugar, eliminar los síntomas de TEPT que resultan incapacitantes y generadores de malestar permanente, bloqueando los recursos personales de las víctimas para afrontar la situación en que se encuentran, en especial, como se ha señalado, los de reexperimentación e hiperactivación. También ha de modificarse, en la mayoría de los casos, la conceptualización de las víctimas sobre su problema de maltrato y sobre sus posibilidades de superarlo o rehacer la vida. Además, el tratamiento debe atender otros posibles trastornos producidos por el maltrato, como las alteraciones del estado de ánimo y, en algunos casos, de la autoestima. Finalmente, debe potenciarse el desarrollo de habilidades para enfrentarse a la vida cotidiana, pues el punto de llegada final es conseguir una nueva y mejor adaptación de la mujer a su ambiente.

12.8.2.2. Formato del tratamiento

- a) **Tratamiento en grupo:** es especialmente adecuado el tratamiento en grupo (4-6 personas), pues ayuda a descubrir a la víctima, al constatar su presencia en otras mujeres, que la anomalía no está en ella sino en la situación de maltrato, lo cual le exige el uso de

habilidades sociales que con frecuencia ha dejado de utilizar debido a situaciones de aislamiento y también le facilita una nueva red social.

- b) **Terapeuta mujer:** la mayoría de los expertos señalan la conveniencia de que el terapeuta, al menos en los primeros momentos, sea una mujer, considerando que puede facilitar una mayor sensación de empatía y confianza, así como reducir posibles ansiedades asociadas a los hombres. Posteriormente no sería inadecuado incluir un terapeuta varón, lo que ayudaría a discriminar y reducir las respuestas emocionales ante cualquier hombre.
- c) **Tratamiento breve y flexible:** breve, dado que las víctimas han de readaptarse de manera urgente a una nueva forma de vida y no dispondrán de mucho tiempo; y flexible, porque la problemática de cada una puede ser muy diversa. Es recomendable la aplicación de un programa modular, de forma que a cada víctima pueda aplicársele, de forma específica, solamente los componentes que necesite y en el momento propicio.

12.8.2.3. Programa de tratamiento

De acuerdo con estas consideraciones, se propone un programa de tratamiento modular que consta de un máximo de 15 sesiones, en grupo, con sesiones de 90 minutos y periodicidad semanal. Es un programa articulado y flexible, del que en cada caso ha de aplicarse sólo aquellos módulos adecuados a los problemas que presenta cada víctima. Es evidente que, en la mayoría de los casos, su duración será inferior a estas 15 sesiones, aproximándose más bien a 8 o 9.

Los componentes fundamentales son: psicoeducación, entrenamiento en control de la activación, control de contingencias y autocontrol, terapia cognitiva (solución de problemas, reestructuración cognitiva y detención del pensamiento) y terapia de exposición. El programa está estructurado en ocho módulos, cada uno dirigido a atender algunos de los problemas más importantes en estas víctimas (véase tabla 12.12).

TABLA 12.12

Programa de tratamiento (Labrador y cols., 2009)

Programa de tratamiento a mujeres víctimas de violencia de género: módulos de intervención
1. Psicoeducación-control de activación (1 sesión).
2. Autoestima (2 sesiones).
3. Estado de ánimo (2 sesiones).
4. Exposición (3 sesiones).
5. Reevaluación cognitiva (2 sesiones).
6. Solución de problemas (2 sesiones).
7. Dependencia emocional (2 sesiones).
8. Estrategias de afrontamiento de situaciones problema específicas (1 sesión).

La primera sesión siempre debe ser la del módulo de Psicoeducación. El resto de las sesiones pueden aplicarse o no, según los problemas detectados en cada persona. El psicólogo o psicóloga debe decidir qué módulos deben aplicarse, así como el orden de aplicación de los módulos en función de cada persona. A modo de ejemplo, en el caso de mujeres que hayan desarrollado TEPT o que tengan considerables síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación, aunque no lleguen a cumplir criterios para el diagnóstico de TEPT, se recomienda la utilización de los siguientes módulos y en el siguiente orden: *a)* Reevaluación cognitiva; *b)* Autoestima; *c)* Solución de problemas; *d)* Exposición, y *e)* Dependencia emocional (sólo si aún existe ésta). En aquellos casos en que los síntomas sean más bien de baja autoestima y bajo estado de ánimo, se recomiendan los módulos de: *a)* Estado de ánimo; *b)* Autoestima, *c)* Solución de problemas, y *d)* Dependencia emocional (sólo si aún existe ésta). En los casos en que los principales problemas tengan que ver con sentimientos de culpa, desorganización y dificultades de readaptación social, se recomiendan los siguientes módulos: *a)* Autoestima; *b)* Solución de problemas y *c)* Reevaluación cognitiva.

El módulo de Estrategias de afrontamiento se utilizará dependiendo de si hay alguna de esas situaciones problema específica para la que deban desarrollarse nuevas estrategias de afrontamiento, y su momento de aplicación vendrá indicado también

por el momento de la demanda, aunque el más adecuado sería después del módulo de solución de problemas.

Todas las sesiones, salvo la primera, comienzan con el análisis de las tareas realizadas en el medio habitual durante la semana, luego se procede a realizar los ejercicios específicos del módulo, acabándose la sesión con la técnica de control de la respiración y con la asignación de tareas para la semana.

Módulos

Módulo Psicoeducación. Está dedicado a que las víctimas tengan una visión más adecuada sobre su problema y situación, así como a controlar la hiperactivación. Tareas específicas:

- a)* Presentación de las participantes y de la terapeuta y normas de trabajo.
- b)* Explicación del problema.
- c)* Explicación de los objetivos del tratamiento.
- d)* Explicación de los conceptos de violencia de pareja, ciclo y escalada de violencia.
- e)* Entrenamiento en control de la respiración.
- f)* Asignación de tareas.

Módulo de Autoestima (2 sesiones). Tareas específicas:

- a)* Psicoeducación sobre autoestima.
- b)* Características positivas y negativas propias. Análisis y reevaluación de las ideas erróneas.
- c)* Lectura de material de autoestima.
- d)* Identificación de cualidades positivas (diario de sí mismo).
- e)* Registro diario de diez cualidades positivas propias.
- f)* Cada una debe añadir una cualidad positiva a la percepción de las otras.
- g)* Identificar cualidades positivas en otras personas y ver hasta qué punto ella tiene esas cualidades.
- h)* Frase diaria con tres cualidades positivas propias.

Módulo de Estado de ánimo (2 sesiones). Tareas específicas:

- a) Psicoeducación estado de ánimo: la importancia de hacer cosas y obtener recompensas.
- b) Programa de actividades agradables.
- c) Expresión de sentimientos, positivos y negativos.
- d) Registrar actividades realizadas (obligatorias y gratificantes) y pensamientos asociados a la ejecución de dichas actividades.
- e) Lista de actividades agradables pasadas/ presentes/ futuras.
- f) Evaluación de las actividades realizadas (dificultad percibida versus satisfacción) y cambios de humor asociados.
- g) Jerarquización de actividades y planificación de su realización.
- h) Revisión de pensamientos distorsionados.
- i) Asignación de actividades diarias.

Módulo Exposición (3 sesiones). Tareas específicas:

- a) Psicoeducación.
- b) Autoexposición en imaginación a situaciones recordadas (grabación de los relatos).
- c) Autoexposición diaria al relato en su medio ambiente.
- d) Autorregistro de situaciones evitadas.
- e) Autoexposición en vivo a situaciones evitadas.
- f) Autoexposición a situaciones traumáticas, con inclusión de significado personal y creencias sobre sí misma y los demás.

Módulo Reevaluación cognitiva (2 sesiones). Tareas específicas:

- a) Psicoeducación.
- b) Detención de pensamiento.
- c) Registros A-B-C (Acontecimientos, Pensamientos, Emociones).
- d) Reevaluación cognitiva.
- e) Registros A-B-C-D (Acontecimientos-Pensamientos-Emociones-Cambio de pensamientos).

Modulo Solución de problemas (2 sesiones). Tareas específicas:

- a) Psicoeducación.
- b) Solución de problemas. Pasos 1, 2 y 3 (1. Orientación general hacia el problema 2. Definición y formulación del problema; 3. Generación de soluciones alternativas).
- c) Identificar y registrar situaciones problemáticas, definiéndolas adecuadamente.
- d) Solución de problemas. Pasos 4 y 5 (4. Toma de decisiones; 5. Puesta en práctica y verificación de la solución).

Módulo Dependencia emocional (2 sesiones). Tareas específicas:

- a) Psicoeducación.
- b) Reevaluación cognitiva.
- c) Programa de actividades independientes.
- d) Registrar actividades independientes realizadas y pensamientos asociados.
- e) Identificar y registrar actividades independientes pasadas/presentes/futuras.
- f) Habilidades de comunicación.
- g) Realización de actividades independientes.

Módulo de Estrategias de afrontamiento de situaciones problema específicas (1 sesión). La sesión se dedica a abordar los problemas más habituales que ha de afrontar una víctima de VP.

En cada caso (grupal o individual) se abordarán los problemas relevantes. Podría incluirse alguno adicional.

- a) Preparación al juicio (Psicoeducación y Juego de roles).
- b) Preparación a la separación (Psicoeducación y Juego de roles).
- c) Preparación a críticas y comentarios adversos (Psicoeducación y Juego de roles).
- d) Lista de preocupaciones e inquietudes sobre el juicio y la separación; posibles soluciones.
- e) Lista de posibles situaciones problema y soluciones.

Sesión final: Evaluación de la eficacia del tratamiento. Tras la aplicación de los módulos pertinentes se procederá a evaluar la eficacia del tratamiento utilizando dos modalidades:

- a) Evaluación cualitativa: a través de la puesta en común de lo vivido a lo largo de las se-

siones y la eficacia percibida por las víctimas.

- b) Evaluación cuantitativa, aplicando los cuestionarios utilizados antes del inicio de la terapia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, E. (2007). *Mujeres víctimas de violencia doméstica con trastorno de estrés postraumático: validación empírica de un programa de tratamiento*. Madrid: Universidad Complutense.
- Alonso, E. y Labrador, F. J. (2008). Características socio-demográficas y de la violencia de pareja en mujeres maltratadas con trastorno de estrés postraumático: un estudio comparativo de víctimas de diferente nacionalidad. *Revista Mexicana de Psicología*, 25, 271-282.
- American Psychological Association (1999). *Resolution on Male Violence Against Women*. Disponible en <http://www.apa.org/pi/wpo/maleviol.html>.
- American Psychological Association (2002). *Violence and the Family: Report of the APA Presential Task Force on Violence and the Family — Executive Summary*. Disponible en <http://www.apa.org/pi/piilviol&fam.html>.
- Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2001). Perfil psicopatológico diferencial en víctimas de maltrato doméstico y de agresiones sexuales. *Análisis y modificación de conducta*, 27, 605-629.
- Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(2), 227-246.
- Archer, J. (2000). Sex differences in Aggression Between Heterosexual Partners: A meta-analytic review. *Psychol. Bull.*, 126(5), 651-680.
- Arinero, M. (2006). *Tratamiento de mujeres víctimas de violencia doméstica*. Madrid, Universidad Complutense. Documento no publicado.
- Arinero, M. y Crespo, M. (2004). Evaluación de la eficacia de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para mujeres víctimas de maltrato doméstico: Un estudio piloto. *Psicología Conductual*, 12, 233-249.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. E. y Erbaugh, T. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Brewin, C., Andrews, B. y Valentine, J. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.
- Campbell, J., Kub, J. y Rose, L. (1996). Depression in battered women. *Journal of American Medical Women's Association*, 51(3), 106-110.
- Capaldi, D. M., Shortt, J. W. y Kim, H. K. (2005). A life span developmental systems perspective on aggression toward a partner. En W. Pinsof y J. Lebow (eds.), *Family Psychology: The Art of the Science*. Oxford, United Kingdom: Oxford Press
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Centro Reina Sofía (2006). *III Informe Internacional: Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Estadísticas y Legislación*. Valencia, Serie de Documentos 16. Informe elaborado por José Sanmartín, Isabel Iborra, Yolanda García y Pilar Martínez.
- Clements, C. y Sawhney, D. (2000). Coping with domestic violence: Control attributions, dysphoria and hopelessness. *Journal of Traumatic Stress*, 13(2), 219-240.
- Corral, S. y Calvete, E. (2006). Evaluación de la violencia en las relaciones de pareja mediante las Escalas de Tácticas para Conflictos: Estructura factorial y diferencias de género en jóvenes. *Psicología Conductual*, 2, 215-234.
- Delegación de Gobierno para la Violencia de Género. II Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. En http://www.migualdad.es/ss/Satellite?c=MIGU_Multimedia_FPycid=1193049886848ylanguage=cas_ESypageid=1193049890202ypagename=MinisterioIgualdad por 1002FMIGU_Mul

- timedia_FP por 1002FMIGU_listadoSubcategoria (consultado 11 de febrero de 2011).
- De Luis, P. (2001). *Entrevista de valoración de la peligrosidad*. Manuscrito no publicado. Citado en Labrador, Rincón, De Luis y Fernández (2004). Mujeres víctimas de violencia doméstica. Madrid: Pirámide.
- Dutton, M. A. (1993). Understanding women's responses to domestic violence: A redefinition of battered woman syndrome. *Hofstra Law Review*, 21(4), 1.191-1.242.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de delitos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: siglo XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24(96), 527-555.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1997a). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: Un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(1), 7-19.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997b). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: Propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(90), 503-526.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26(107), 325-340.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1996). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 627-654.
- Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA* 252 (14), 1.905-1.907
- Fernández-Velasco, R. y Labrador, F. J. (2007) Características sociodemográficas del maltrato y consecuencias psicopatológicas en una muestra de mujeres víctimas de violencia doméstica. Comunicación presentada en el V World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies. Barcelona, 11-14 de julio.
- Foa, E., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F. y Orsillo, S. M. (1999). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11(3), 303-314.
- Fontanil, Y., Ezama, E., Fernández, R., Gil, P., Herrero, F. J. y Paz, D. (2005). Prevalencia de maltrato de pareja contra las mujeres. *Psicothema*, 7, 1, 90-95.
- Goldberg, D. y Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Golding, J. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2), 99-132.
- Graña, J. L., Rodríguez, M. J. y Peña, E. (2009). Agresión hacia la pareja en una muestra de la Comunidad de Madrid: análisis por género. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, vol. 9, 2009, pp. 7-28.
- Harned, M. S. (2001). Abused women or abused men? An examination of the context and outcomes of dating violence. *Violence and Victims*, 16(3), 269-285.
- Hayfield, D., McLeod, G. y Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire validation of a new alcoholism screening instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1.121-1.123.
- Hettrich, E. L. y O'Leary, K. D. (2007). Females' reasons for their physical aggression in dating relationships. *Journal of Interpersonal Violence*, 22, 1131-1143.
- Hines, D. A. y Saudino, K. J. (2003). Gender differences in psychological, physical and sexual aggression among college students using the Revised Conflict Tactics Scales. *Violence and victims*, 18.
- Hughes, M. y Jones, L. (2000). Women, domestic violence and posttraumatic stress disorder (PTSD). *Family Therapy*, 27(3), 125-139.
- Instituto Nacional de Estadística (2001). *Anuario estadístico de España 2001*. Disponible en: <http://www.ine.es>.
- Instituto de la Mujer (2000). *La violencia contra las mujeres. Resultados de la macroencuesta*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Instituto de la Mujer (2002). *Estudio sobre las medidas adoptadas, por los Estados miembros de la Unión Europea, para luchar contra la violencia hacia las mujeres*. Disponible en: <http://www.mtas.es/mujer/violpres.htm>.
- Instituto de la Mujer (2003). *La violencia contra las mujeres. Resultados de la macroencuesta. II parte*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Instituto de la Mujer (2007). *III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres*. Disponible en: http://www.mtas.es/mujeres/estud_inves/index.
- Katz, J., Carino, A. y Milton, A. (2002). Perceived verbal conflict behaviours associated with physical aggression and sexual coercion in dating relationships: a gendersensitive analysis. *Violence and victims*, 17, 93-109.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. y Lozano, R. (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.

- Labrador, F. J., Fernández-Velasco, R. y Rincón, P. P. (2006). Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 527-547.
- Labrador, F. J., Fernández-Velasco, R. y Rincón, P. P. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja: de 212 mujeres. *Psicothema*, 22, 99-105-547.
- Labrador, F. J. y Rincón, P. P. (2002). Trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: Evaluación de un programa de intervención. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28(122), 905-932.
- Labrador, F. J., Rincón, P. P., De Luis, P. y Fernández-Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica*. Madrid: Pirámide.
- Labrador, F. J., Rincón, P. P., Estupiñá, F. J., Crespo, M., De Luis, P. y Fernández-Velasco, R. (2009). Protocolos de atención psicológica a mujeres víctimas de violencia de género III: Protocolo de tratamiento. Madrid: Ministerio de Igualdad y COP.
- Lignon, S. (2009). Les violences au sein du couple. Conséquences pour la sante mentale et perspectives thérapeutiques. Tesis Doctoral no publicada. Toulouse, Universidad Le Mirail.
- Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Ares y Mares.
- McAllister, M. (2000). Domestic violence: a life-span approach to assessment and intervention. *Lippincott's Primary Care Practice*, 4(2), 174-189.
- McCaughey, J., Kern, D. E., Kolodner, K., Dil, L., Schroeder, A. F., De Chant, H. K., Ryden, J., Bass, E. B. y Derogatis, L. R. (1995). The «battering syndrome»: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of International Medicine*, 123, 737-746.
- Medina, J. (2002). *Violencia contra la mujer en la pareja. Investigación comparada y situación en España*. Valencia: Tirant Monografías.
- Muñoz-Rivas, M. J., Graña, J. L., O'Leary, K. D. y González, M. P. (2007a). Physical and psychological aggression in dating relationships in Spanish university students. *Psicothema*, 19(1), 102-107.
- Muñoz-Rivas, M. J., Graña, J. L., O'Leary, K. D. y González, M. P. (2007b). Aggression in adolescent dating relationships: Prevalence, justification and health consequences. *Journal of Adolescent Health*, 40, 298-304.
- Naciones Unidas (1994). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. A/RES/48/104. Ginebra: Naciones Unidas.
- O'Leary, K. D. (1999). Psychological abuse: A variable deserving critical attention in domestic violence. *Violence and Victims*, 14(1), 3-23.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica*. Ginebra: OMS.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. y Weiss, D. S. (2003). Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
- Resnick, H., Acierno, R., Holmes, M., Dammeyer, M. y Kilpatrick, D. (2000). Emergency evaluation and intervention with female victims of rape and other violence. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (10), 1.317-1.333.
- Rhatigan, D. L., Street, A. E. y Axson, D. K. (2006). A critical review of theories to explain violent relationship termination: implications for research and intervention. *Clinical Psychology Review*, 26, 321-345.
- Riggs, D. S. (1993). Relationship problems and dating aggression: a potential treatment target. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 18-35.
- Riggs, D. S. y O'Leary, K. D. (1996). Aggression Between Heterosexual Dating Partners. An Examination of a Casual Model of Courtship Aggression. *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 4, 519-540.
- Riggs, D. S., Caulfield, M. y Street, A. (2000). Risk for Domestic Violence: Factors associated with perpetration and victimization. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 10, 1289-1316.
- Rincón, P. P., Labrador, F. J., Arinero, M. y Crespo, M. (2004). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 105-116.
- Rodríguez Franco, L., López, J. y Rodríguez Díaz, F. J. (2009). Violencia doméstica: una revisión bibliográfica y bibliométrica. *Psicothema*, 21, n.º 2, 248-254.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N. y Pierce, G. R. (1987). A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4, 497-510.
- Straus, M. A. y Gelles, R. J. (1990). *Physical violence in American families: risk factors and adaptations to violence in 8,145 families*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishing.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S. y Sugarman, D. B. (1996). The revised conflict tactics scales (CTS2). *Journal of Family Issues*, 17(3), 283-316.

- Timmons, P. A. y O'Leary, K. D. (2004). Physical and Psychological Partner Aggression Across a Decade: A Growth Curve Analysis. *Violence and Victims*, 19(1), February 2004, 3-16.
- Tjaden y Thoennes (2002). *Extent, Nature and Consequences of Intimate Partner Violence: Findings from the National Violence against Women Survey*. Disponible en: <http://www.ojp.usdoj.gov/nij/pubs-sum/181867.htm>.
- Torres, P. y Espada, F. J. (1996). *Violencia en casa*. Madrid: Aguilar.
- Varela, N. (2002). *Íbamos a ser reinas*. Barcelona: Ediciones B, S. A.
- Walker, L. (1989). Psychology and violence against women. *American Psychologist*, 44(4), 695-702.
- Walker, L. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist*, 54(1), 21-29.
-

Las familias reconstituidas: estrategias de intervención y prevención familiar

13

ISABEL ESPINAR
INÉS CARRASCO

13.1. INTRODUCCIÓN

Las familias reconstituidas son estructuras familiares en la que uno o ambos miembros de la pareja ha tenido al menos un hijo/a de una relación previa. Las características de estas familias, cada vez más presentes en la sociedad española, pueden plantear retos a los profesionales que tratan de responder a las distintas demandas y/o dificultades experimentadas en la convivencia diaria.

Cuando se aborda el estudio de las familias reconstituidas se constata que, durante mucho tiempo, éstas se han considerado estructuras familiares deficitarias y/o disfuncionales frente a las familias tradicionales o nucleares, que se mostraban como el modelo de familia funcional. Esta suposición surge al cometer dos errores que han sido muy frecuentes en el ámbito de estudio de las familias:

1. Considerar a las familias nucleares como el modelo de referencia, estableciendo los parámetros de funcionalidad y/o disfuncionalidad basándose en los resultados obtenidos en las múltiples investigaciones realizadas sobre ellas.
2. Estimar que el tipo de modalidad familiar se relaciona de una forma directa con la disfunción familiar, error posiblemente derivado del anterior.

En la actualidad se asume que son las relaciones y las dinámicas familiares las que explican en todas las familias, y con independencia de su estructura,

la satisfacción o insatisfacción de sus miembros, así como la estabilidad o fragilidad del sistema familiar. Indudablemente, el tipo de estructura de la familia contribuye a que algunas situaciones se experimenten con más o menos frecuencia en la convivencia familiar, así como que determinadas circunstancias sean propias de algunas estructuras familiares, mientras que supongan experiencias completamente ajenas para otras. El desconocimiento de las características estructurales de las familias reconstituidas, las dinámicas familiares que de ellas se derivan y el desconcierto ante algunas de las experiencias que suele conllevar la convivencia en este tipo de familias pueden contribuir a que se pongan en marcha estrategias de afrontamiento completamente ineficaces.

Los profesionales que atienden a las familias reconstituidas necesitan conocer el ciclo evolutivo normativo que las caracteriza. Este conocimiento les posibilitará realizar una evaluación familiar eficaz que les permitirá distinguir con precisión qué tipo de factores individuales y/o dinámicas familiares pueden estar explicando la posible disfunción familiar. Sólo entonces les será posible seleccionar las estrategias de intervención más efectivas para resolver las situaciones problemáticas manifestadas, así como establecer medidas de prevención adecuadas a los conflictos familiares.

A la luz de lo expuesto, en este capítulo nos hemos propuesto abordar los siguientes puntos:

1. Describir el ciclo evolutivo normativo de las familias reconstituidas. El conocimiento del

ciclo evolutivo particular de estas estructuras familiares permitirá identificar las transiciones, etapas o experiencias a las que con frecuencia deben hacer frente los miembros de la familia.

2. Identificar los estresores más comunes experimentados en la convivencia diaria y que se derivan del ciclo evolutivo propio de estas familias.
3. Señalar el proceso que debe iniciar un profesional a la hora de identificar, evaluar e intervenir en las diferentes situaciones problemáticas que puedan surgir en la convivencia familiar.
4. Establecer algunas pautas de prevención que pueden ayudar a anticipar algunas situaciones comúnmente experimentadas y adquirir los recursos necesarios para poder afrontarlas.

13.2. EL CICLO EVOLUTIVO FAMILIAR

Todas las familias evolucionan a través de unas fases que se conocen como *ciclo evolutivo familiar*, que incluye las transiciones o acontecimientos vitales por los que pasan la mayoría de las familias a lo largo de su desarrollo, en una secuencia variable aunque bastante predecible (Glick, Berman, Clarkin y Rait, 2001). En cada una de las fases, las familias deben afrontar una serie de *tareas* para restablecer el equilibrio alterado y pasar con éxito a la siguiente fase, manteniéndose así el ajuste individual y familiar. El conocimiento de las distintas etapas por las que pasan las familias es fundamental, tanto para sus miembros como para los investigadores y terapeutas, ya que:

1. Permite delimitar y explicar las dificultades con las que pueden encontrarse, así como las tareas que deben resolverse para permitir la evolución a las siguientes fases.
2. Constituye un mitigador del estrés, ya que permite anticipar los cambios y/o dificultades habituales y afrontar de un modo más eficaz los problemas inherentes al ciclo fa-

miliar en cada momento de su historia y evolución.

Las familias nucleares, por el hecho de constituir la estructura familiar mayoritaria en las sociedades occidentales, disponen de numerosos modelos sociales en su entorno que les permiten conocer, anticipar y normalizar cada etapa y las implicaciones que cada transición familiar conlleva para la unidad familiar, así como para los miembros que la conforman. Además, tienen a su alcance diversos modelos de afrontamiento para manejar cada transición y disponen, generalmente, de tiempo y espacio para planificar y negociar cada acontecimiento. Por otro lado, se cuenta con evidencia científica suficiente que indica, por ejemplo, qué niveles de cohesión y adaptabilidad familiar y qué grado de ajuste o satisfacción marital son los deseables para lograr el ajuste familiar, o cómo deben establecerse las pautas de crianza para garantizar un óptimo ajuste psicológico y emocional de los hijos/as. Es innegable que los resultados y conclusiones de estas investigaciones repercuten positivamente sobre los miembros de estas familias, modelando y ajustando sus expectativas, comportamientos y relaciones familiares.

El progresivo incremento de estructuras familiares diferentes a la familia nuclear, como las familias monoparentales y las familias reconstituidas, ha empezado a exigir a los investigadores y terapeutas de familia el trazado de las fases y tareas evolutivas normativas por las que transcurren estas modalidades alternativas de organización familiar. De hecho, la realidad muestra que la mayor parte de los miembros que pertenecen, o van a pertenecer, a una familia reconstituida, desconocen de qué forma sus características estructurales determinan unas dinámicas y relaciones peculiares, y que muchas de las dificultades que surgen en la convivencia familiar, especialmente en las fases iniciales, son normales en su ciclo evolutivo familiar. El desconocimiento de las fases del ciclo familiar, junto con la ausencia de modelos sociales, favorecen la aparición de expectativas irreales, como la visión tan extendida de que la familia reconstituida funcionará desde el inicio de forma similar a la familia nuclear. La constatación de que las cosas no funcionan «*tal y como deberían*» o

«tal y como se esperaba» impregna a esta estructura familiar de cierta anormalidad o disfuncionalidad, frustrando a sus miembros y dificultando, de entrada, el eficaz afrontamiento de las dificultades.

13.3. EL CICLO EVOLUTIVO NORMATIVO DE LAS FAMILIAS RECONSTITUIDAS Y LAS PRINCIPALES FUENTES DE ESTRÉS ASOCIADAS A CADA ETAPA

A pesar de la diversidad, todas las familias reconstituidas comparten una estructura, evolución y dinámicas que las diferencian de las familias nucleares (Berger, 1998, 2000). Estas diferencias conducen a situaciones que, generalmente, suelen percibirse como problemáticas y disfuncionales, cuando en realidad, como ya se ha señalado, constituyen estresores normativos, es decir, fenómenos normales de su ciclo evolutivo familiar. En este apartado describiremos el ciclo evolutivo familiar más frecuente por el que suelen transcurrir las familias reconstituidas, señalando las diferencias con las familias nucleares, así como algunos de los estresores experimentados por parte de los miembros que las conforman.

Las familias reconstituidas se diferencian de las familias nucleares en su estructura, desarrollo o evolución y en algunas dinámicas familiares:

1. La estructura de las familias reconstituidas es claramente diferente a la de las familias intactas; mientras que una familia intacta supone un hogar común para una pareja y su descendencia, la familia reconstituida implica generalmente dos hogares entre los que se reparten los miembros de una familia originaria, así como la incorporación de un nuevo miembro (padrastra y/o madrastra) con el que no existe una historia familiar compartida.
2. En cuanto a la evolución, la ruptura de un sistema familiar como resultado de un divorcio o la muerte de un cónyuge, la reorganización del sistema familiar en un hogar monoparental, y la transición y reorganiza-

ción que requiere la reconstitución familiar son experiencias ajenas para los miembros de las familias convencionales, constituyendo, a veces, potenciales estresores, por los continuos cambios que suponen para los miembros de la familia reconstituida.

3. Por otro lado, y según algunos autores, las familias reconstituidas son diferentes en algunos parámetros a las familias convencionales, como en el desempeño de los roles familiares, el establecimiento de límites familiares, la integración y relación entre distintos miembros con los que se tiene diferente grado de vinculación, y la creación de una unidad familiar con su historia y costumbres propias.

Cuando una *pareja contrae unas primeras nupcias*, la familia está formada tan sólo por un subsistema marital, situación ideal en la que la ausencia de cargas y responsabilidades familiares permite y facilita la plena consolidación del vínculo marital. En estos momentos iniciales de la relación, la pareja dispone del tiempo y espacio necesario para:

- a) Defender y potenciar su intimidad.
- b) Desarrollar modos de «hacer las cosas», creando rituales y costumbres.
- c) Resolver y negociar sus discrepancias e iniciar un proyecto familiar común.

Una vez que la pareja ha consolidado su relación, en mayor o menor medida, generalmente se toma la decisión de tener hijos, produciéndose una incorporación voluntaria y progresiva de nuevos miembros en la familia, lo que, a su vez, facilita un aumento gradual en el desempeño de los roles parentales y familiares. De nuevo, la pareja dispone, con la incorporación de cada hijo, de espacio y tiempo para asumir y negociar aspectos relacionados con la educación y crianza, así como para redefinir sus límites familiares.

La mayoría de las *parejas que forman familias reconstituidas* no siguen la misma evolución que las parejas que crean por primera vez su propia familia. El punto de partida más común en la constitución

de una familia reconstituida es un subsistema marital ciertamente más frágil e inestable que:

- a) Ha dispuesto de poco tiempo para consolidar su relación.
- b) Parte un vínculo paterno-filial que tiene una duración más larga que la relación marital y con una historia común compartida.
- c) Incluye la interferencia de algunas personas ajenas al núcleo familiar (especialmente el ex cónyuge).

La presencia de los hijos desde el inicio de la relación conlleva que el período de noviazgo suela ser atípico, ya que las parejas no disponen del tiempo, espacio y afecto del que podrían disponer si no existieran cargas familiares. Por otra parte, no olvidemos que parte de los miembros de la familia reconstituida proceden de un hogar monoparental, lo que supone una nueva alteración de la estructura familiar. Durante el tiempo que se ha conformado la estructura familiar monoparental, el vínculo afectivo entre padres e hijos suele intensificarse, mientras que, en ocasiones, y especialmente tras la separación y/o divorcio, el desempeño de la disciplina y/o supervisión parental se debilita. Una vez que se han reorganizado los roles y se ha dado el reajuste a la nueva situación, la entrada de un nuevo miembro a la estructura familiar (padrastra/madrastra) vuelve a desestabilizar el equilibrio familiar.

La entrada en el sistema familiar de una nueva pareja para el padre y/o la madre hace necesaria una *reestructuración familiar* en la que se van a tener que reorganizar los roles y las relaciones familiares. El subsistema marital, la nueva pareja, debe empezar a cobrar cada vez mayor protagonismo, de tal forma que el padrastra y/o la madrastra puedan asentarse como una figura central en la regulación del sistema familiar. Esta circunstancia implica que la relación, presumiblemente estrecha, que mantenían el padre y/o la madre y su hijo pueda verse amenazada por lo que podría considerarse pérdida del estatus y/o del afecto previamente alcanzado en la estructura familiar monoparental. Además, no podemos olvidar que los recursos relacionados con el espacio, tiempo y afecto van a sufrir modificacio-

nes, de forma que estos recursos pueden percibirse por parte de algunos miembros de la familia como escasos, injustos o desequilibrados. Así, por ejemplo, mientras que la pareja puede necesitar espacio y tiempo para seguir consolidando su relación, el hijo, al percibir la amenaza que supone el nuevo miembro, puede demandar más atención de su progenitor. O quizá, mientras que la pareja puede desear fomentar la cohesión familiar mediante la realización de actividades conjuntas, los hijos adolescentes pueden empezar a demandar mayor independencia y libertad.

Las necesidades y las expectativas de los miembros de la pareja con respecto al *proyecto de convivencia en común* también pueden diferir en otros aspectos importantes. Si se trata de una familia reconstituida simple, en la que sólo uno de los dos miembros de la pareja ha formado anteriormente un núcleo familiar propio, las expectativas familiares van a ser generalmente muy diferentes para ambos miembros de la pareja: mientras que el miembro que ya ha formado una familia previa puede haber satisfecho su faceta parental y no querer tener más hijos, el adulto sin hijos puede desear tener por primera vez hijos propios. Por otro lado, las familias reconstituidas complejas —en las que ambos miembros de la pareja han formado una familia previa, cubriendo en mayor o menor medida su faceta parental— se encuentran con un mayor número de miembros, que pueden encontrarse en momentos evolutivos y necesidades muy diferentes.

La ausencia de definición legal en algunas relaciones, especialmente en aquellas en las que está implicado el padrastra y/o madrastra, tiñe de cierta ambigüedad su rol en el sistema familiar. Dada la ausencia de normas claras con respecto al *rol que debe desempeñar el padrastra y/o madrastra*, cada sistema familiar se ve obligado a negociar en qué ámbitos o áreas familiares y de qué modo tiene cabida este nuevo miembro familiar. Las diferentes expectativas que pueden tener los distintos miembros con respecto al rol del padrastra y/o madrastra en la estructura familiar constituye una fuente de discrepancias y conflictos, siendo varios los autores que han señalado cómo las diferencias con respecto a la actuación del padrastra y/o madrastra, especial-

mente en la educación del hijastro, constituyen una fuente importante de estrés familiar (Ihinger-Tallman y Pasley, 1987; Visser y Visser, 1983).

Tampoco han ayudado a definir el desempeño de los roles familiares los *mitos y estereotipos* que, desde el ámbito social, familiar e individual, recaen en torno a los miembros de las familias reconstituidas, y en especial sobre los padrastros y madrastras. Los estereotipos suelen caracterizar a los padrastros y a las madrastras como reservados, crueles y despreocupados, mientras que los hijastros suelen presentarse como seres abandonados, desatendidos y privados de amor y cariño paterno (Ganong y Coleman, 1983). El impacto de algunos mitos recaen especialmente sobre las madrastras, haciéndolas más susceptibles de experimentar mayores niveles de estrés que los padrastros (Fine y Schwebel, 1991). El conocido *mito de la madrastra malvada* probablemente tiene su origen en el *mito de la maternidad*, que ha propiciado la actual idealización de la maternidad y la tan extendida visión social de la mujer y madre como la responsable principal en el mantenimiento de la estabilidad y calidad de la vida familiar, y la persona más capacitada para garantizar el desarrollo y bienestar de los hijos. Este fenómeno ha dado lugar a la coexistencia de dos mitos claramente incompatibles para las madrastras. Por un lado, se espera de ellas que desarrollen unos sentimientos y comportamientos afectuosos hacia sus hijastros cuando, de entrada, la imagen que de ellas se proyecta es la de un individuo cruel y perverso.

La ambigüedad en los *límites familiares* también se asocia generalmente con estas estructuras familiares. Esta circunstancia hace referencia al grado de incertidumbre o discrepancia entre algunos miembros de la familia con respecto a quién pertenece o no a la misma, y qué función o funciones desempeña cada uno de los individuos. La presencia de otro progenitor en un hogar distinto, con el que se comparte la responsabilidad y un vínculo afectivo hacia los hijos en común, puede en ocasiones dificultar el establecimiento de los límites y la cohesión familiar. Sin embargo, todas las familias necesitan establecer y definir con cierta precisión los límites que las delimitan, de tal manera que permitan reforzar una cohesión e identidad familiar co-

mún. En las familias reconstituidas, debido a la permanencia de hijos y padres biológicos en distintos hogares, los límites familiares pueden ser difusos, impidiendo el desarrollo, evolución y consolidación de una identidad familiar propia. Aun así, es deseable que los ex cónyuges sigan manteniendo, en mayor o menor medida, el contacto, puesto que una actitud y relación cooperativa beneficiará a sus hijos. La situación de éstos es especialmente delicada, porque son los que, en mayor medida, permanecen vinculados a dos hogares, coexistiendo numerosas figuras parentales (al menos tres) y relaciones familiares del pasado y presente. Si el padre o la madre que no posee la custodia de sus hijos también ha formalizado una nueva relación, entonces podemos referirnos a cuatro figuras parentales con las que el hijo debe relacionarse y/o convivir períodos más o menos esporádicos.

La presencia de dos figuras parentales del mismo sexo puede ser experimentada, por parte de los hijastros, con cierta ambivalencia, puesto que es frecuente que aparezcan sentimientos de culpa y deslealtad hacia el padre y/o madre biológica, especialmente hacia el no residente, por la relación y afecto que pueda surgir entre el padrastro y/o madrastra y su hijastro.

La ausencia de vínculos biológicos entre algunos individuos implicados, directa o indirectamente, con la familia reconstituida ha sido mencionada como la causa principal de la tensión sexual que se puede originar entre algunos miembros familiares, como entre hermanastros o entre el padrastro y/o madrastra y su hijastro.

Los recursos familiares, en especial los *recursos económicos*, también requieren una redistribución. La existencia de progenitores y ex cónyuges que pertenecen a distintos hogares implica unas obligaciones y responsabilidades económicas, siendo mencionada frecuentemente como una fuente de discrepancias y estrés para los miembros de la familia.

Un resumen de las características principales del ciclo evolutivo familiar de una gran parte de familias reconstituidas se muestra en la tabla 13.1.

Tal y como se ha mencionado anteriormente, todas estas circunstancias son inherentes al ciclo evolutivo normativo de una gran parte de familias

TABLA 13.1

Características principales del ciclo evolutivo normativo de las familias reconstituidas

Ciclo evolutivo familiar	
<i>El punto de origen de la familia reconstituida supone un nuevo cambio.</i>	En la historia pasada de una familia reconstituida existe generalmente una familia nuclear y una familia monoparental, por lo que el establecimiento de la familia reconstituida supone un nuevo cambio al que hacer frente.
<i>Diferencias entre los miembros de la familia en cuanto al momento evolutivo en el que se encuentran.</i>	Es frecuente que uno de los miembros de la pareja se haya casado previamente y accedido a la paternidad/maternidad, mientras que el otro no. En el caso de que ambos hayan tenido hijos, es posible que éstos se encuentren en diferentes momentos del ciclo evolutivo. En algunas ocasiones podemos encontrarnos con una pareja deseosa de afianzar los vínculos entre todos los miembros, mientras que el deseo de los hijos adolescentes es mantenerse cada vez más tiempo fuera del hogar.
<i>Presencia de expectativas y tradiciones familiares anteriores.</i>	Los miembros de la nueva familia han pertenecido previamente a otros hogares, con lo que indudablemente aportan expectativas, tradiciones y formas de hacer las cosas. El hecho de aferrarse a pautas anteriores suele generar conflictos, porque lo que uno considera <i>correcto</i> es valorado como <i>erróneo</i> por el otro.
<i>Diferencias en la consolidación de los subsistemas familiares; la relación paterno-filial es previa a la relación marital.</i>	La relación entre los padres biológicos y sus hijos es más duradera que la relación entre la pareja. En ocasiones la pareja del progenitor puede sentirse como un «extraño» en la convivencia familiar. Es habitual que los progenitores experimenten sentimientos de deslealtad, al tratar de mantener la relación con sus hijos y al mismo tiempo integrar a su nueva pareja en la familia.
<i>Un progenitor reside en otro hogar.</i>	El hecho de que los hijos posean a sus progenitores en dos hogares diferentes también les genera sentimientos de lealtad/deslealtad, muchas veces propiciados por los propios progenitores, que no aceptan el que sus hijos mantengan una estrecha relación con la nueva pareja de su ex cónyuge.
<i>Los hijos suelen formar parte de dos hogares.</i>	De cara a favorecer el ajuste psicológico de los hijos, se recomienda que éstos puedan mantener el contacto con sus dos progenitores. Sin embargo, en algunas ocasiones la conflictiva relación entre los ex cónyuges no favorece el mantenimiento de la relación de los padres con sus hijos.
<i>Escasa definición legal en algunas relaciones.</i>	Especialmente la relación entre los padrastros y las madrastras y sus hijastros se caracteriza por una ambigüedad legal, que puede contribuir en algunas ocasiones a la falta de unas prescripciones claras con respecto al lugar y posición que los primeros adquieren en la convivencia familiar.

reconstituidas; es decir, constituyen particularidades a las que se deben enfrentar y que se derivan de la especificidad de su estructura familiar. Sin embargo, estos acontecimientos, aun siendo normativos, pueden constituir potenciales estresores para los miembros de la familia. La novedad de las situaciones, el desconocimiento y la falta de información existente a nivel social contribuyen a que estos estresores pue-

dan experimentarse con demasiada ansiedad o frustración, lo que dificultaría su adecuado manejo. Un resumen de las principales áreas que han sido identificadas como fuentes de estrés en las familias reconstituidas se muestra en la tabla 13.2.

La mayor parte de los estresores anteriormente mencionados se concentran en dos subsistemas familiares, que adquieren una especial relevancia en la

TABLA 13.2

Principales áreas de estrés en las familias reconstituidas

1. Exposición a rupturas y cambios familiares.
2. Definición, delimitación y desempeño de los roles familiares.
3. Expectativas irreales sobre el funcionamiento familiar.
4. Grado de cohesión y/o estabilidad en algunas relaciones.
5. Establecimiento de los límites familiares.
6. Conflictos de lealtad/deslealtad.
7. Distribución de los bienes materiales.
8. Relación entre los ex cónyuges.

familia reconstituida: el subsistema marital y el subsistema paterno-filial. Con respecto a estos dos subsistemas, es necesario mencionar que la mayoría de los estudios coinciden en señalar que la integración y la satisfacción familiar van a depender especialmente de la creación de una relación marital sólida y satisfactoria, y del establecimiento de una buena relación entre el padrastro y/o madrastra y su hijastro/a. Además, ambos subsistemas tienden a mostrar una estrecha interdependencia, es decir, el adecuado o inadecuado funcionamiento de un subsistema interfiere de forma clara y directa en el otro. La literatura ha señalado que una relación amistosa entre el padrastro/madrastra y su hijastro/a ejerce un efecto importante sobre la calidad marital, además de repercutir de forma positiva en el bienestar de los hijos/as (Pryor, 2008). Del mismo modo, una relación marital satisfactoria facilitará el adecuado manejo de los aspectos relacionados con la crianza de los hijos/as. Aunque estas asociaciones también aparecen en las familias nucleares, parece que la relación es mucho más estrecha en las familias reconstituidas.

Así pues, para poder favorecer un adecuado funcionamiento y ajuste familiar es importante que el proceso de evaluación y la intervención familiar se centren de manera especial en las dinámicas que se establecen en el seno de estos subsistemas familiares.

13.4. EL PROCESO DE INTERVENCIÓN FAMILIAR

El proceso de intervención en la familia se establece en función de la **evaluación** de la demanda familiar y de las dificultades que manifiestan los distintos miembros de la familia. Durante el proceso de evaluación familiar se deberán cubrir los siguientes objetivos:

1. Diferenciar las dificultades y/o problemas que presenta la familia y que son comunes a todas las familias, de las dificultades y/o problemas que son inherentes y habituales en la mayoría de las familias reconstituidas.
2. Identificar la procedencia de la disfunción familiar, es decir, qué miembro/s y/o qué subsistemas familiares constituyen las principales fuentes de conflicto familiar.
3. Determinar con precisión la naturaleza de los problemas que manifiesta cada familia (ya sea a nivel individual y/o relacional) e identificar qué factores están manteniendo dichos problemas.

Con el objetivo de facilitar la identificación y descripción de la naturaleza de los problemas familiares, en la tabla 13.3 se presenta un listado de áreas,

TABLA 13.3

Principales áreas de evaluación en la familia reconstituida

Nivel familiar: subsistema/individuo		Áreas de evaluación
<i>Subsistemas familiares</i>	<i>Subsistema marital</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Espacio y tiempo del que dispone la pareja para potenciar su relación. — Grado de acuerdo/desacuerdo en asuntos relacionados con la convivencia familiar (especialmente temas económicos y la distribución de tareas domésticas). — Grado de acuerdo/desacuerdo en relación al desempeño de los roles parentales. — Diferencias con respecto al tipo y/o cantidad de relación que mantienen los ex cónyuges. — Presencia de mitos y/o creencias irreales con respecto al funcionamiento y convivencia familiar. — Grado de flexibilidad/permeabilidad permitida entre los diferentes hogares. — Habilidades de comunicación y/o resolución de problemas.
	<i>Subsistema paterno-filial</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Establecimiento de normas, límites y supervisión de los comportamientos de los hijos/as (desempeño de la disciplina). — Grado de apertura en las líneas de comunicación. — Manifestaciones de afecto y cariño. — Espacio y tiempo compartidos. — Grado de cordialidad/respeto entre el padrastro/madrastra y su hijastro/a.
<i>Individuo</i>	<i>Padrastro/madrastra</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Grado de claridad/ambigüedad con respecto al rol parental que se desea ejercer. — Grado de integración/aislamiento percibido con respecto al subsistema paterno-filial. — Presencia de mitos y/o creencias irreales con respecto al desempeño del rol parental. — Sentimientos de ambigüedad hacia los hijastros/as.
	<i>Hijos/as</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Presencia de miedo a ser abandonado o a perder el afecto de sus progenitores. — Dolor por la pérdida de la familia original. — Conflictos de lealtad/deslealtad. — Incertidumbre sobre las expectativas en las relaciones familiares. — Grado de aceptación de la nueva pareja del progenitor. — Incertidumbre sobre el futuro familiar. — Exposición a los conflictos parentales. — Cambios en los roles o en el nuevo estatus adquirido. — Sentimientos de intrusión en relación a los hermanastros. — Cambios en las normas y expectativas familiares.

variables y/o procesos familiares que pueden ser los responsables de la disfunción, dado que la literatura los ha señalado como factores que afectan al ajuste familiar en las familias reconstituidas. El análisis de estas áreas permitirá centrar la intervención en aquellos focos del sistema familiar que son claves en la explicación de la disfunción familiar, y además posibilitará la selección de las técnicas o estrategias de intervención más adecuadas para resolver los conflictos familiares.

Los instrumentos más utilizados en la evaluación de las familias reconstituidas son las entrevistas clínicas y la observación de las interacciones familiares en el contexto clínico. También se emplean algunas escalas, cuestionarios e inventarios usados habitualmente con las familias nucleares, debido a la ausencia

de instrumentos de evaluación adaptados. En la tabla 13.4 se recogen algunos de los instrumentos de evaluación más utilizados con las familias reconstituidas.

Aunque los **objetivos** de la intervención se marcan en función de la evaluación realizada, a continuación mostraremos, a modo de ejemplo, el modelo de intervención de Visher y Visher (1996), dos psicólogos clínicos con una larga experiencia en el tratamiento de las familias reconstituidas en contextos clínicos. En este modelo se señalan los objetivos que frecuentemente se necesitan abordar en la intervención con las familias reconstituidas. El resultado final, y objetivo principal del modelo, es lograr que cada familia adquiera una identidad familiar propia. Tal y como se muestra en la tabla 13.5, los objetivos específicos de la intervención se centran en abordar algunos de

TABLA 13.4
Instrumentos de evaluación familiar

Individuo/Subsistema	Instrumentos
<i>Subsistema marital</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Marital Adjustment Scale (MAS; Locke y Wallace, 1959). — Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanier, 1989). — Marital Interaction Coding System (Heyman, Weiss y Eddy, 1995). — Personal Assessment of Intimacy in Relationships (Schaefer y Olson, 1981).
<i>Padrastrólmadrastra</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Stepparent Role Strain Index (Whitsett y Land, 1992). Adaptación española: Espinar, Carrasco, Muñoz y Carrasco (2008). — Stepparent Role Clarity Inventory (Fine, Coleman y Ganong, 1998).
<i>Hijos y subsistema paterno-filial</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach y Edelbrock, 1983). — Behavior Assessment System for Children (BASC; Reynolds y Kamphaus, 1992). — Child Depression Inventory (Kovacs, 1981). — Child Manifest Anxiety Scale-Revised (CMAS; Reynolds y Richmond, 1978). — Parenting Problems Checklist (Dadds y Powell, 1991). — Parent Daily Report Checklist (PDR; Chamberlain y Reid, 1987). — Parenting Stress Index (PSI; Abidin, 1986). — Parenting Practices Questionnaire (PPQ; Robinson, Mandleco, Olsen y Hart, 1995).
<i>Familia</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Family Observation Shedule (FOS; Sanders, Dadds y Bor, 1989). — Family Involvement Scales (FIS; Santrock, Sitterle y Warshak, 1988). — Family Communication Scale (Barnes y Olsom, 1982). Adaptación española: Escala de Comunicación Familiar, FCS-VE; Sanz, Iraurgi y Martínez-Pampliega, 2008).
<i>Ex cónyuges</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Coparental Interaction Scales (CIS; Ahrons, 1981). — The Quasi-kin Relationships Questionnaire (QRQ; Clingempeel, 1981). — Preoccupation with the ex-spouse scale (Masheter, 1997). Adaptación española: Escala de Preocupación por el/la ex esposo/a, PES-VE; Muñoz-Eguileta e Iraurgi, 2008).

los aspectos anteriormente mencionados, como el ajuste de las expectativas familiares, la potenciación de la relación marital o el desempeño de los roles parentales. Según los autores, este modelo permite identificar y diferenciar los objetivos y tareas logradas por las familias reconstituidas con óptimos niveles de

TABLA 13.5

Objetivos de la intervención, según el modelo de Visher y Visher (1996)

Objetivos	
<i>Superar o afrontar las pérdidas y cambios</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Identificar o reconocer las pérdidas sufridas por todos los miembros. — Permitir las expresiones de tristeza. — Ayudar a los hijos/as a que verbalicen sus sentimientos. — Iniciar los cambios de forma progresiva. — Informar a los hijos/as sobre los planes que les afectan directamente. — Asumir la inseguridad que acompaña a cualquier cambio.
<i>Negociar las diferentes necesidades evolutivas</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Aceptar los diferentes ciclos evolutivos de cada miembro. — Comunicar claramente las necesidades individuales. — Negociar las necesidades incompatibles. — Potenciar la tolerancia y flexibilidad.
<i>Establecer nuevos rituales y tradiciones</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Reconocer que existen diferentes formas de realizar las tareas domésticas. — Los padrastros/madrastras deben asumir roles disciplinarios de forma gradual. — Fomentar las reuniones familiares para resolver problemas. — Combinar adecuadamente los rituales del pasado con los nuevos.
<i>Potenciar una relación marital sólida</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Aceptar la pareja como una relación principal. — Cuidar y atender la relación marital. — Buscar y programar momentos «para la pareja». — Decidir las normas relacionadas con el hogar de forma conjunta. — Apoyarse el uno en el otro en las cuestiones relacionadas con los hijos. — Aceptar los diferentes sentimientos que cada miembro de la pareja tiene hacia su hijo/a o hijastro/a. — Resolver los asuntos económicos conjuntamente.
<i>Establecer nuevas relaciones</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Potenciar momentos o actividades entre el padrastro/madrastra e hijastro/a. — Potenciar momentos o actividades entre el padre/madre y su hijo/a. — El padre/madre debe dejar espacio para la relación entre el padrastro/madrastra y su hijastro/a. — No esperar que el «amor instantáneo» surja entre algunos miembros. — Realizar actividades familiares divertidas. — Permitir al hijo tomar la iniciativa en su forma de referirse a su padrastro y/o madrastra.
<i>Crear una coalición parental</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Los ex cónyuges deben tratar de forma directa los temas relacionados con su rol coparental. — Los padres biológicos deben mantener a sus hijos al margen de sus disputas y discrepancias. — No hablar de forma negativa del ex cónyuge. — Evitar las luchas de poder entre los distintos hogares. — Respetar las habilidades parentales del ex cónyuge. — Tratar de mantener una comunicación efectiva entre los diferentes hogares.

TABLA 13.5 (continuación)

Objetivos	
<i>Aceptar los cambios continuos que se dan en el hogar</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Permitir que los hijos/as disfruten de su estancia en ambos hogares. — Dar tiempo a los hijos/as para que se ajusten a los cambios que rigen en los distintos hogares. — Evitar que los hijos/as actúen como «mensajeros» o «espías». — Considerar seriamente el deseo de un adolescente de cambiar de residencia. — Respetar la privacidad y límites impuestos por cada hogar. — Establecer consecuencias sólo para el hogar propio. — Disponer de espacio para los hijos/as no residentes. — Programar momentos y actividades para diferentes miembros y relaciones.

satisfacción y estabilidad familiar, de aquellos que no han logrado alcanzar los niveles de ajuste familiar deseados. Así, se observa que cuando en las familias reconstituidas funcionales se tienen expectativas realistas sobre diferentes aspectos relacionados con la convivencia familiar, y cuando la relación de pareja constituye un cimiento sólido y seguro sobre el que se establece la familia, se crean de forma progresiva:

- a) Rituales y tradiciones propias.
- b) Relaciones entre los nuevos miembros basadas en el respeto.
- c) Límites familiares lo suficientemente flexibles como para permitir que los miembros que pertenecen a los distintos hogares puedan mantener relaciones cooperativas.

Para lograr los objetivos mencionados, las principales **técnicas de intervención** que se han mostrado eficaces (Lawton y Sanders, 1994) han sido:

1. Los programas de psicoeducación, componente formativo esencial en la intervención con las familias reconstituidas, cuyo objetivo principal es validar y normalizar las dinámicas familiares en un contexto terapéutico.
2. El entrenamiento dirigido a la adquisición de habilidades de comunicación y resolución de problemas, técnicas dirigidas a la relación de pareja con la finalidad de que aprendan a hacer frente de forma eficaz a

las diferentes situaciones conflictivas que surgen en la convivencia cotidiana.

3. Las técnicas cognitivas, como la terapia racional emotiva o la reestructuración cognitiva, que se emplean para corregir las creencias irracionales o expectativas inadecuadas que pueden mantener algunos miembros de la familia en relación a distintos aspectos relacionados con la convivencia familiar.
4. Otras técnicas, como el entrenamiento en planificación de actividades familiares, que tienen la finalidad de potenciar la identidad y cohesión familiar entre los diferentes miembros.

A continuación expondremos con más detalle la forma más adecuada de proceder en la aplicación de cada una de las técnicas anteriormente mencionadas.

13.4.1. Psicoeducación

Como hemos comentado anteriormente, una gran parte de los individuos que forman parte de una familia reconstituida desconoce el tipo de dinámicas que suelen conllevar la convivencia en este tipo de familias. Por tanto, una de las primeras estrategias terapéuticas consiste en proporcionar información clara y realista de lo que supone la convivencia en una familia reconstituida, así como de las reacciones emocionales más habituales que se suelen experimentar. Esta información permitirá:

1. Anticipar algunas situaciones que se experimentan con frecuencia, disminuyendo la ansiedad que suele producir su aparición.
2. Buscar y poner en marcha las estrategias de afrontamiento más efectivas para manejar dichas situaciones.

A través de esta estrategia de intervención se puede proporcionar la información relacionada con el ciclo evolutivo normativo que se ha detallado anteriormente, teniendo en cuenta que existen áreas donde la información es especialmente necesaria, como el desempeño de los roles parentales en el sistema familiar y la necesidad de consolidar los diferentes subsistemas familiares. Conviene recordar que, en relación a los roles parentales, la literatura ha mostrado cómo existen diferentes roles satisfactorios que pueden desempeñar los padrastros y las madrastras con sus hijastros/as. Un tipo de actuación que suele ser eficaz para los padrastros y las madrastras es tratar de mantener una relación cordial y amistosa con el hijastro/a, manteniéndose al margen en las cuestiones referentes al desempeño de la disciplina, dejando y demandando que sean los progenitores los que asuman dicha responsabilidad. En cualquier caso, para lograr la satisfacción en el desempeño de los roles parentales es importante atender a las necesidades y los deseos que manifiestan los hijos, así como a los deseos de los padrastros y las madrastras con respecto al desempeño de dichos roles.

13.4.2. Terapia marital

Son muchos los autores que consideran que la pareja constituye el núcleo fundamental de la familia, considerándose la satisfacción marital un indicador de la integración y adaptación de la familia reconstituida. Por tanto, una parte importante del trabajo terapéutico se debe invertir en lograr un alto grado de compromiso y satisfacción marital con la

finalidad de garantizar un óptimo funcionamiento familiar.

Para lograr un óptimo nivel de ajuste marital será necesario que las parejas dispongan de buenas habilidades de comunicación y solución de problemas, así como habilidades parentales eficaces para manejar algunas cuestiones relacionadas con la crianza de los hijos/as.

13.4.2.1. Entrenamiento en habilidades de comunicación y solución de problemas

En algunas ocasiones, los conflictos que aparecen en las parejas se deben a la existencia de una inadecuada comunicación marital o déficits a la hora de resolver y/o negociar situaciones problemáticas. De hecho, algunos estudios muestran cómo las parejas, en las familias reconstituidas clínicas, suelen presentar mayores niveles de conflictividad y una peor comunicación familiar (Pryor, 2008). Cuando uno de los objetivos de la intervención sea la modificación del estilo de comunicación de la pareja, se deberán trabajar aquellas habilidades que presentan algún tipo de déficit, como, por ejemplo, la escucha o la expresión de sentimientos positivos y/o negativos.

En otras situaciones, el entrenamiento en habilidades de comunicación constituirá el paso previo al entrenamiento en habilidades de solución de problemas. Cuando se identifiquen algunos déficits en la pareja, a la hora de resolver determinados conflictos se deberá contemplar la adquisición de esta compleja habilidad siguiendo los pasos habitualmente establecidos en la terapia marital (i.e., fase de planteamiento del problema y la fase de soluciones).

Si en el proceso de evaluación se ha identificado una baja tasa de intercambios mutuos de gratificaciones, se podrán utilizar algunas de las estrategias generales que se utilizan habitualmente en la terapia marital para aumentar y potenciar el intercambio positivo¹.

¹ Algunas de estas estrategias pueden consultarse en distintos manuales como: Cáceres Carrasco, J. (1998). *Terapia*

de Pareja. En M. A. Vallejo Pareja, *Manual de Terapia de Conducta* (vol. I., pp. 529-562). Madrid: Dykinson.

13.4.2.2. Entrenamiento en habilidades parentales

El área principal de discrepancias y conflictos entre las parejas se relaciona, en general, con los hijos/as y, en particular, con temas relacionados con la crianza de los mismos. Así queda reflejado en la literatura, señalándose de forma sistemática que la presencia de los hijos/as en las familias reconstituidas suele contribuir a la desestabilización de la relación de pareja. Además, uno de los motivos fundamentales por el que muchas familias reconstituidas buscan y demandan terapia se debe a las dificultades que experimentan en el manejo de las cuestiones parentales, así como a la continua presencia de problemas emocionales y/o conductuales en los hijos/as (Forgatch, DeGarmo y Beldavs, 2005).

Los problemas de conducta que pueden manifestar los hijos/as en las familias reconstituidas se originan y/o mantienen por algunas dinámicas familiares y la existencia de algunos déficits en las habilidades parentales por parte de los adultos responsables de la crianza de los hijos/as. Durante el período posterior a la separación/divorcio, algunos progenitores descuidan sus roles parentales y desempeñan prácticas de crianza erráticas, punitivas o permisivas, lo que es claramente perjudicial para facilitar la adaptación de los hijos/as a la nueva situación.

Por otra parte, es frecuente que los progenitores que no mantienen la custodia continuada de sus hijos/as experimenten sentimientos de culpabilidad por no compartir con ellos demasiado tiempo, o por los cambios a los que se les ha expuesto. Una de las formas más habituales de compensar dicha culpa es manteniendo un estilo parental excesivamente permisivo en los encuentros que se mantienen con ellos. Es importante tener presente que el afecto y el cariño no están reñidos con el desempeño de una disciplina consistente, y que la supervisión de los comportamientos y actividades de los hijos/as es el estilo parental que más les beneficia.

El entrenamiento parental deberá dirigirse, por un lado, a informar a los progenitores que el estilo parental caracterizado por un alto nivel de afecto y control es el más adecuado para lograr el ajuste

psicosocial de sus hijos/as y, por otro, a enseñarles las habilidades necesarias para ejercer este estilo parental.

13.4.3. Técnicas cognitivas

Leslie y Epstein (1988) señalan algunos factores de tipo cognitivo que pueden generar dificultades en las dinámicas de interacción familiar. Según estos autores, algunos miembros de las familias reconstituidas poseen una serie de creencias irracionales sobre *cómo deberían funcionar las familias*, generalmente siguiendo el modelo de familia nuclear. Estas creencias irracionales sobre la vida familiar son falsas, ya que no se sostienen en la realidad, y disfuncionales, puesto que dificultan la obtención de metas y pueden generar estados emocionales negativos importantes. Algunas de las creencias irracionales más habituales son:

1. Todos los miembros de la familia deben quererse desde el comienzo de la convivencia.
2. El afecto entre los padrastros y las madrastras y sus hijastros/as, así como el cariño, armonía y cercanía entre todos los miembros de la familia, surgirán casi de forma inmediata.
3. Si los padrastros y las madrastras dedican el suficiente esfuerzo, podrán desempeñar un rol parental.
4. Las familias reconstituidas pueden funcionar de forma similar a las familias nucleares.

El problema de estas creencias radica en que los miembros de las familias tienden a concluir que el hecho de que el funcionamiento familiar no se ajuste a sus creencias es una señal inequívoca de disfunción familiar, más que de un error en sus procesos cognitivos. Cuando los procesos de interacción familiar no encajan con los esquemas que cada individuo posee, algunas de las conductas de los miembros de la familia se interpretan de forma negativa, desencadenando los estados emocionales negativos. Si además de los procesos cognitivos

disfuncionales los individuos no disponen de adecuadas habilidades de comunicación, negociación y resolución de problemas, muchas familias terminan por utilizar estilos de interacción aversivos como forma de hacer frente a la tensión y el conflicto.

Para corregir estas distorsiones, siguiendo el modelo cognitivo, los pensamientos distorsionados y las creencias irracionales se someterán a un análisis lógico, basándose en la realidad y buscando su evidencia empírica, así como sopesando las ventajas y los inconvenientes de mantener ese sistema de pensamientos y creencias. Una vez modificadas las creencias distorsionadas, es importante establecer con los miembros de la familia expectativas más realistas, en función a su situación y realidad familiar actual.

Por último, quisiéramos mencionar que algunas de estas creencias irracionales se suelen abordar en los programas de psicoeducación. La obtención de información sobre las expectativas más funcionales en relación a la convivencia familiar suele ser suficiente para que algunas familias sustituyan sus creencias irracionales. En el caso de que algunos de estos pensamientos se encuentren fuertemente asentados en el sistema de creencias de alguno de los miembros de la familia, será necesario trabajar con él/ellos a nivel individual y utilizar los procedimientos cognitivos que se consideren más adecuados.

13.4.4. Otras técnicas

Con la finalidad de potenciar un sentido de identidad y cohesión familiar entre los diferentes miembros, en ocasiones puede ser recomendable incluir en el proceso de intervención un *entrenamiento en planificación de actividades familiares*. Según Lawton y Sanders (1994), este entrenamiento incluiría: planificar actividades y salidas familiares regulares, desarrollar de forma gradual un conjunto de actividades que puedan ir conformándose como rutinas y/o tradiciones propias de la familia y, por último, planificar algunas actividades o encuentros entre el padrastro y/o la madrastra y el hijastro/a

con el objetivo de desarrollar y potenciar una relación positiva entre ambos.

En algunas familias será necesario centrar una parte de la intervención en el subsistema formado por los ex cónyuges. En muchas ocasiones la relación de pareja se ve afectada si entre los ex cónyuges persiste un vínculo afectivo o si los conflictos entre ambos son continuos. Aunque generalmente es complicado lograr la implicación del ex cónyuge en el proceso terapéutico, se puede trabajar con los miembros de la pareja (de forma individual o en pareja) para ayudarles a manejar de forma más eficaz esta relación, especialmente necesaria para mantener el bienestar de los hijos/as.

13.5. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN. PROGRAMA DE ENRIQUECIMIENTO PARA FAMILIAS RECONSTITUIDAS (STEPFAMILY ENRICHMENT PROGRAM; MICHAELS, 2006)

Son muchos los autores que consideran que las familias reconstituidas necesitan más herramientas de tipo educativo que estrategias terapéuticas específicas (Visher y Visher, 1996), y muchos terapeutas que trabajan con las familias reconstituidas señalan que la mayor parte de su trabajo es más formativo que terapéutico. Por tanto, la mayor parte de las estrategias dirigidas a la prevención de la aparición de conflictos y disfunciones familiares se deben centrar en la psicoeducación (Pryor, 2008). Proporcionar información sobre el ciclo evolutivo normativo podría prevenir la aparición de problemas y conflictos, ya que posibilitaría a los miembros de las familias reconstituidas anticipar las diferentes etapas y situaciones con las que se van a encontrar, favoreciendo asimismo el ajuste de sus expectativas en relación a la convivencia familiar.

A pesar de que los profesionales que trabajan habitualmente con familias reconstituidas reconocen la utilidad de la prevención, la realidad es que apenas existen programas que hayan sido empíricamente validados. Aun así, la mayoría de los programas de prevención incorporan la intervención en las

áreas anteriormente señaladas como potencialmente estresantes y conflictivas.

La mayor parte de los programas revisados se aplican en contextos terapéuticos, con un número reducido de miembros de la familia, y la evaluación del programa generalmente se realiza a través de autoinformes en los que se pide a los participantes su valoración con respecto a la utilidad de los componentes tratados en el programa.

Un programa de prevención diseñado específicamente para la prevención de los conflictos familiares en las familias reconstituidas que se encuentran en los tres primeros años de convivencia es el *Stepfamily Enrichment Program*, desarrollado por Michaels (2006). Este programa considera fundamental intervenir en los períodos iniciales de la relación de pareja, dado que las estadísticas muestran que un porcentaje elevado de parejas se separa durante los primeros años de convivencia. El programa se compone de seis sesiones de dos horas y media de duración, con una frecuencia semanal (excepto la última sesión, que se realiza dos meses después de la quinta sesión). El formato del programa es grupal, recomendándose grupos de entre cuatro y seis parejas, y cuya demanda inicial no es terapéutica sino educativa/formativa. Los objetivos generales del programa pretenden incrementar la satisfacción marital, crear una relación cordial entre los padrastros/madrastras y sus hijastros/as, potenciar el rol coparental de los padres biológicos y lograr un sentimiento de unidad familiar.

A continuación realizaremos una breve descripción del contenido de cada una de las sesiones.

Primera sesión: Normalizar las experiencias familiares

Tras una breve presentación de cada pareja, en esta primera sesión los objetivos se centran en normalizar las vivencias y dinámicas familiares más comunes que implica la convivencia en una familia reconstituida. Esta información favorece que se establezca un clima de apoyo y confianza, que será necesario para que los miembros del grupo compartan sus experiencias y se establezca una dinámica que favorezca el debate y/o discusión de los temas posteriores.

Los contenidos didácticos que se incluyen en esta primera sesión se centran en aportar información sobre la prevalencia de las familias reconstituidas, las similitudes y diferencias entre las familias nucleares y las familias reconstituidas y algunas de las recomendaciones mencionadas por la literatura para lograr el éxito en el ajuste familiar. Estos contenidos se ilustran con ejemplos de algunas experiencias comunes en otras familias, con el objetivo de estimular la participación y debate en el grupo.

Segunda sesión: Comprender la evolución de las familias reconstituidas

Uno de los objetivos principales de esta segunda sesión es transmitir a las parejas que la formación de una familia implica un proceso. Sólo a través de la convivencia diaria se logrará crear la cohesión y unidad familiar. Posteriormente se les muestra las dificultades y los retos más importantes que suelen aparecer en este proceso. Se presta especial atención al papel de las expectativas irreales que habitualmente se mantienen en los períodos iniciales de la convivencia y se anima a las parejas a que indaguen en sus propias fantasías y expectativas para, posteriormente, sustituirlas por expectativas más realistas.

Para facilitar el establecimiento de objetivos y tareas graduales que se deberán acometer a lo largo del proceso de consolidación familiar, un segundo objetivo de esta sesión es averiguar qué tipo de familia desearían formar en un futuro cercano.

Tercera sesión: Potenciar la relación marital

El objetivo de esta tercera sesión es que las parejas comprendan que un sólido vínculo marital puede repercutir positivamente en otros miembros, así como en otras relaciones familiares. El contenido de esta sesión se centra en ofrecer a las parejas información sobre qué tipo de acciones o actividades logran generalmente potenciar las relaciones maritales. Asimismo, se incluye un breve entrenamiento en habilidades de comunicación y resolución de problemas, dado que son herramientas fundamentales

que les ayudarán en lo sucesivo a resolver los diferentes conflictos o dificultades que puedan aparecer.

Cuarta sesión: Definir y potenciar la relación entre los padres biológicos y sus hijos, así como entre los padrastros/madrastras y sus hijastros

Esta sesión se centra en la consecución de distintos objetivos, entre los que se encuentran: definir los roles parentales, establecer un espacio y tiempo que permita asentar la relación entre el padrastro/madrastra y su hijastro/a, así como potenciar la relación entre el padre/madre biológico y su hijo/a.

Es importante que los padres/madres biológicos entiendan que un estilo parental caracterizado por el afecto, cariño y una comunicación fluida favorecerá el desarrollo óptimo de los hijos/as. A los padrastros/madrastras se les muestra cómo intervenir cuando su pareja ejerce su rol parental y se les orienta sobre el tipo de rol que podría funcionar mejor.

También se destaca en esta sesión la importancia de que los progenitores, y ex cónyuges, mantengan una relación cooperativa y que permitan que sus hijos mantengan el contacto con ambos.

Quinta sesión: Revisar el proceso

En la quinta sesión se hace un resumen de los contenidos tratados en las sesiones anteriores y se anima al grupo a reflexionar sobre sus aprendizajes. Las parejas comunican los cambios que han introducido en la convivencia familiar y los resultados conseguidos, y comparten sus experiencias particulares. Al finalizar la sesión, se establecen algunos de los objetivos y tareas que desearían lograr en el futuro.

Sexta sesión: Compartir el progreso

Esta es la última sesión y tiene lugar transcurridos dos meses. El formato de esta sesión es similar a la anterior. El debate se centra en analizar los éxitos y fracasos obtenidos a la hora de incorporar algún cambio en el sistema familiar. Se anima a participar a todos los miembros para buscar posibles soluciones a las dificultades planteadas.

Tras la revisión de las estrategias de prevención del conflicto familiar, en la tabla 13.6 se recogen, a modo de resumen, algunas *sugerencias o recomen-*

TABLA 13.6

Pautas o sugerencias de prevención del conflicto familiar

<p>Establecer objetivos realistas en relación a la convivencia familiar</p>	<p>No es un objetivo realista esperar que la formalización de la pareja cree de forma automática una familia similar en su funcionamiento a la tradicional, ni pretender que los hijos/as quieran a sus padrastros/madrastras de forma inmediata.</p>
<p>Introducir cambios en las dinámicas familiares de forma paulatina</p>	<p>En algunas familias, la entrada de un nuevo miembro genera cambios demasiado repentinos en algunas relaciones importantes, como en la formada por los padres/madres y sus hijos/as. Los progenitores suelen alterar algunas de las rutinas que mantenían con sus hijos/as y, lo que es más relevante, suelen disminuir la frecuencia de los encuentros con ellos. Precisamente una de las circunstancias que más suelen perjudicar a los hijos/as es la alteración en las rutinas que mantenían con sus progenitores. Por tanto, y al margen de las posibles actividades que comparta la pareja, es conveniente que los progenitores y sus hijos/as reserven tiempo para preservar su relación. De este modo se facilitará su adaptación a la nueva situación.</p>
<p>No tratar de reemplazar a los progenitores</p>	<p>Los padrastros/madrastras deben establecer una relación única con los hijastros/as, intentando no reemplazar a nadie ni forzar un tipo de relación a priori. Es conveniente otorgarse tiempo para que la relación entre el padrastro/madrastra y su hijastro/a vaya definiéndose a través de cortos encuentros.</p>

TABLA 13.6 (continuación)

No forzar el desempeño de los roles parentales	Un tipo de actuación que suele ser eficaz para los padrastros y las madrastras es tratar de mantener una relación cordial y amistosa con el hijastro/a, manteniéndose al margen en las cuestiones referentes al desempeño de la disciplina, dejando y demandando que sean los padres biológicos los que asuman dicha responsabilidad. Muchos padrastros y madrastras sólo consiguen implicarse en tareas relacionadas con la disciplina de los hijastros/as de forma progresiva, mientras que otros nunca lo llegan a conseguir.
Construir una relación de pareja sólida	Es fundamental mantener un diálogo fluido con la pareja; el acuerdo común con respecto a la actuación del padrastro o la madrastra frente a los hijos/as supondrá un apoyo fundamental para una tarea que puede llegar a ser duradera y complicada. Por otro lado, este acuerdo marital facilitará que el hijastro/a vaya otorgando a su padrastro o madrastra cierta autoridad.
Establecer una identidad familiar propia	Aunque el establecimiento de un sentimiento de pertenencia a la unidad familiar llevará algún tiempo, de forma progresiva se pueden empezar a crear ciertas rutinas o tradiciones familiares propias que facilitarán la creación de un sentimiento de pertenencia y unidad familiar.
Fomentar la relación de los hijos/as con sus dos progenitores	Es muy importante, especialmente en beneficio de los hijos/as, mantener una relación cordial con el ex cónyuge.
Mantener las líneas de comunicación abiertas	La pareja debe dialogar de forma continua sobre algunos aspectos de la convivencia familiar que suelen ser motivo de conflicto: qué tipo de rol o papel desean ambos que asuma el padrastro o madrastra en el ámbito familiar (especialmente de cara a los hijos/as), cómo van a distribuirse las responsabilidades domésticas, cómo se regularán los asuntos económicos, etc. Con respecto a los hijos/as, es conveniente dejarles tiempo y espacio para que expresen sus impresiones u opiniones, temores o incertidumbres con respecto a distintos aspectos de la convivencia familiar. También se recomienda a los padrastros y a las madrastras que comuniquen a sus hijastros/as que no pretenden, bajo ningún concepto, suplantar a su padre/madre.

daciones para todas aquellas personas que van a iniciar la convivencia en una familia reconstituida.

13.6. CONCLUSIONES

Las familias reconstituidas, al igual que el resto de las estructuras familiares, se exponen a múltiples y diversas dificultades que se originan en la convivencia familiar. Sin embargo, también deben enfrentarse a problemas que son inherentes a su estructura familiar y a las dinámicas familiares que en ellas se desarrollan. Conocer las dificultades y tensiones

propias de esta estructura familiar es imprescindible para profundizar en sus fuentes más habituales de estrés y conflicto familiar y, desde ahí, diseñar las estrategias de intervención familiar más adecuadas para ayudar a los distintos miembros de la familia a lograr la armonía y buen funcionamiento familiar.

Uno de los principales objetivos que deben lograr los profesionales que trabajan con las familias reconstituidas es validar y normalizar algunas de las experiencias comunes que manifiestan la mayoría de las familias reconstituidas. Aunque puede resultar una recomendación obvia, la realidad muestra cómo muchos profesionales desconocen el ciclo familiar

normativo característico de estas estructuras familiares. Además, son varios los estudios que han mostrado cómo este aspecto de la intervención ha sido uno de los más valorados por las parejas que han acudido a una terapia.

Una vez que se tiene un amplio conocimiento del ciclo familiar propio de las familias reconstituidas, algunas de las estrategias o técnicas de intervención familiar que han sido eficaces para lograr el ajuste de las familias nucleares se pueden emplear con las familias reconstituidas. Sin embargo, lo que sí debe sufrir un cambio es el objetivo que se pretende lograr con dichas técnicas de intervención, ya que los parámetros o criterios que se asocian a un buen/mal funcionamiento familiar pueden diferir entre ambas estructuras familiares.

Dentro de la terapia marital, el entrenamiento en habilidades de comunicación constituye una de las estrategias más utilizadas, dado que la comunicación es un elemento fundamental para poder compartir y negociar expectativas, incertidumbres y discrepancias.

Las investigaciones señalan que las distintas transiciones familiares por las que atraviesan las familias (separación/divorcio, monoparentalidad, reconstitución familiar) se asocian a una disrupción en las prácticas parentales desempeñadas por los progenitores, y que dichas alteraciones pueden ocasionar desajustes emocionales y/o conductuales en los hijos/as. Por tanto, enseñar a los progenitores qué tipo de pautas o estrategias educativas pueden favorecer el ajuste psicosocial de los hijos/as constituye otro de los elementos clave en la intervención familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abidin, R. (1986). *Parenting Stress Index* (2.^a ed.). Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and revised Child Behavior Profile*. Burlington, VT: Department of Psychiatry University of Vermont.
- Ahrons, C. R. (1981). The continuing coparental relationship between divorced spouses. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51, 415-429.
- Barnes, H. L. y Olson, D. H. (1982). Parent-adolescent communication Scale. En D. H. Olson, H. I. McCubbin, H. Barnes, A. Larsen, M. Muxen y M. Wilson (eds.), *Family inventories: Inventories used in a national survey of families across the family life cycle* (pp. 51-63). St. Paul, MN: University of Minnesota.
- Berger, R. (1998). *Stepfamilies. A multi-dimensional perspective*. Nueva York: The Haworth Press, Inc.
- Berger, R. (2000). Remarried Families of 2000: definitions, description and interventions. En W. C. Nichols, M. A. Pace-Nichols, D. S. Becvar y A. Napier. *Handbook of family development and intervention* (pp. 371-390). Nueva York: John Wiley y Sons.
- Chamberlain, P. y Reid, J. B. (1987). Parent observation and report of child symptoms. *Behavioral Assessment*, 9, 97-109.
- Clingempeel, W. G. (1981). Quasi-kin relationships and marital quality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 890-901.
- Dadds, M. R. y Powell, M. B. (1991). The relationship of interparental conflict and global marital adjustment to aggression, anxiety, and immaturity in aggressive and nonclinic children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 553-567.
- Espinar, I., Carrasco, M.^a J., Muñoz, I. y Carrasco, I. (2008). Spanish adaptation of the Stepparent Role Strain Index. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(1), 314-322.
- Fine, M. A., Coleman, M. y Ganong, L. H. (1998). Consistency in perceptions of the stepparent role among step-parents, parents, and stepchildren. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 810-828.
- Fine, M. A. y Schwebel, A. I. (1991). Stepparent stress: a cognitive perspective. *Journal of Divorce and Remarriage*, 17, 1-15.
- Forgatch, M. S., DeGarmo, D. S. y Beldavs, Z. (2005). An efficacious theory-based intervention for stepfamilies. *Behavior Therapy*, 36, 357-365.
- Ganong, L. H. y Coleman, M. (1983). Stepparent: a pejorative term? *Psychological Reports*, 52, 919-922.
- Glick, I. R., Berman, E. M., Clarkin, J. F. y Rait, D. S. (2001). *Terapia conyugal y familiar* (4.^a ed.). Madrid: Grupo Aula Médica, S. L.
- Heyman, R. E., Weiss, R. L. y Eddy, J. M. (1995). Marital Interaction Coding System: Revision and empirical evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 33(6), 737-746.

- Ihinger-Tallman, M. y Pasley, K. (1987). *Remarriage*. Newbury Park, CA: Sage.
- Kovacs, M. (1981). Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatrica*, 46, 305-315.
- Lawton, J. M. y Sanders, M. R. (1994). Designing effective behavioral family interventions for stepfamilies. *Clinical Psychology Review*, 14(5), 463-496.
- Leslie, L. A. y Epstein, N. (1988). Cognitive-behavioral treatment of remarried families. En N. Epstein, S. E. Schlesinger y W. Dayden, *Cognitive-behavioral therapy with families*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Locke, H. J. y Wallace, K. M. (1959). Short multi-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21, 329-343.
- Masheter, C. (1997). Healthy and unhealthy friendship and hostility between ex-spouses. *Journal of Marriage and the Family*, 59, 463-475.
- Michaels, M. L. (2006). Stepfamily Enrichment Program: a preventive intervention for remarried couples. *The Journal for Specialists in Group Work*, 31(2), 135-152.
- Muñoz-Eguileta, A. e Iraurgi, I. (2008). Escala de preocupación por el/la ex esposo/a. En Equipo EIF (Evaluación e Intervención Familiar; Universidad de Deusto) (2008). *Manual de instrumentos de evaluación familiar* (125-131). Madrid: Editorial CCS.
- Pryor, J. (2008). *The International Handbook of Stepfamilies. Policy and Practice in legal, research and clinical environments*. Nueva Jersey: John Wiley y Sons.
- Reynolds, G. R. y Kamphaus, R. W. (1992). *BASC: Behavior Assessment System for Children: Manual*. American Guidance Service, Inc.
- Reynolds, C. R. y Richmond, B. O. (1978). What I think and feel: a revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 271-280.
- Robinson, C., Mandleco, B., Olsen, S. F. y Hart, C. H. (1995). Authoritative, authoritarian, and permissive parenting practices: Development of a new measure. *Psychological Reports*, 77, 819-830.
- Sanders, M. R., Dadds, M. R. y Bor, W. (1989). A contextual analysis of oppositional child behavior and maternal aversive behavior in families of conduct disordered children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 72-83.
- Santrock, J. W., Sitterle, K. A. y Warshak, R. A. (1988). Parent-child relationships in stepfather families. En P. Bronstein y C. Pape-Cowan (eds.), *Fatherhood today: Men's changing role in the family* (pp. 144-165). Nueva York: Wiley.
- Sanz, M., Iraurgi, I. y Martínez-Pampliega, A. (2008). Escala de Comunicación Familiar. En Equipo EIF (Evaluación e Intervención Familiar; Universidad de Deusto) (2008), *Manual de instrumentos de evaluación familiar* (pp. 79-87). Madrid: Editorial CCS.
- Schaefer, M. T. y Olson, D. H. (1981). PAIR: Personal Assessment of Intimacy in Relationships. St. Paul, Minnesota: Family Social Science, University of Minnesota.
- Spanier, G. B. (1989). *Manual for the Dyadic Adjustment Scale*. Nueva York: Multi Health Systems.
- Visher, E. B. y Visher, J. S. (1983). Stepparenting: blending families stress and the family. En C. Figley, *Stress and the Family*, (vol. 1, pp. 133-146). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Visher, E. B. y Visher, J. S. (1996). *Therapy with stepfamilies*. Nueva York: Brunner/Mazel, Inc.
- Whitsett, D. y Land, H. (1992). The development of a role strain index for stepparents. *Families in Society. The Journal of Contemporary Human Services*, 14-2.

Las familias de doble empleo: realidad y estrategias de adaptación

14

MARÍA JOSÉ CARRASCO
MARÍA PILAR MARTÍNEZ

14.1. INTRODUCCIÓN

Uno de los cambios más significativos en el mundo occidental ha sido la incorporación de las mujeres al mercado laboral, en el que se mantienen incluso cuando se casan y tienen hijos. Esta incorporación se ha producido en España más tarde que en otros países europeos, aunque ha aumentado de forma más rápida y en la actualidad es el patrón dominante entre las mujeres menores de 50 años. Este grupo de mujeres mantienen una pauta de compatibilización de trabajo y familia, similar al que tradicionalmente ha caracterizado a los varones, y que implica que desempeñan de forma simultánea roles familiares y laborales hasta su jubilación (Montoro, 2000). Dado que los patrones de empleo masculino no se han visto modificados, esto ha supuesto un incremento muy significativo de las parejas de doble empleo, es decir, parejas en las que ambos cónyuges tienen un trabajo remunerado.

Según datos de Eurostat (Franco y Winqvist, 2002), España es uno de los países en que mayor incremento se ha dado entre el año 1992 y 2000 en el número de parejas de doble empleo con hijos menores de 15 años. Aunque, como se ha señalado, es uno de los países con menor porcentaje de este tipo de familias dentro de la Unión Europea, casi la mitad de las familias en el año 2000 correspondían a este tipo (el 43,7 por 100). Con respecto al perfil de ocupación de las parejas de doble empleo en España, lo más frecuente es que ambos trabajen a tiempo completo (el 82,6 por 100 de las

parejas están en esa situación) y con largas jornadas laborales, existiendo un pequeño porcentaje de familias en que el varón trabaja a tiempo completo y la mujer a tiempo parcial (16,1 por 100) (véase figura 14.1).

Para varones y mujeres esto ha supuesto la doble presencia tanto en el ámbito familiar como en el laboral. Sin embargo, ambos mundos, por la inercia de la anterior organización familiar basada en la división de los roles de género, demandan una plena disponibilidad y dedicación exclusiva a cada una de ellos, lo que hace que para las madres y los padres en estas nuevas familias sea muchas veces complicada la coordinación de ambos mundos (Tobío, 2004). Sin embargo, esta situación supone una mayor exigencia para la mujer, ya que son ellas las que han añadido a su rol de esposa y madre un nuevo rol muy demandante, mientras que los varones van haciendo modificaciones parciales en su rol familiar en reacción a los cambios y demandas de las mujeres. De hecho, se ha puesto de manifiesto que, aunque los varones incrementan su participación en el cuidado de los hijos, las mujeres siguen siendo las responsables de la mayor parte de las tareas domésticas más rutinarias y que su tiempo de dedicación a los hijos ha disminuido escasamente (Bianchi, Milkie, Sayer y Robinson, 2000). Como ya señaló Hochschild (1989), las mujeres hacen una doble jornada laboral que, al cabo de un año, sumaría un mes de trabajo más que los varones.

Así pues, nos encontramos en una situación en que las familias están sometidas a una alta demanda y mayor estrés, que exige un cambio en el

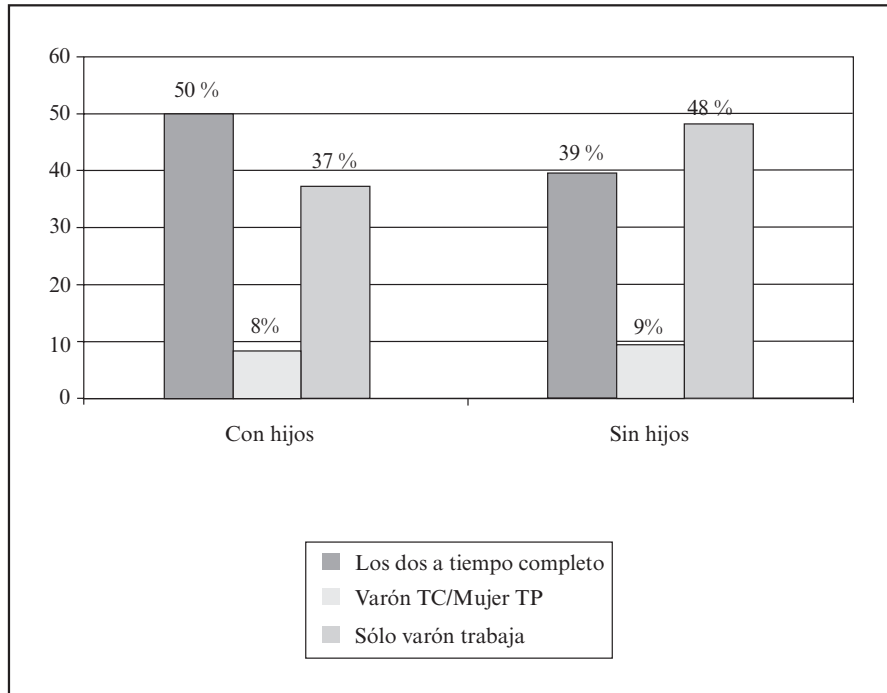


Figura 14.1.—Tipo de organización del trabajo en la pareja (20-49 años) en España.

TC: Tiempo Completo; TP: Tiempo Parcial.

Fuente: Aliaga, C. (2005). Gender gaps in the reconciliation between work and family life.

modo de organización familiar y laboral y en los estereotipos de rol familiar para afrontar situaciones complejas. Estos cambios pueden ser mejor o peor manejados, dependiendo de un complejo entramado de variables personales, familiares, laborales y sociales. Pero, frente a la imagen a veces transmitida de «intrínsecamente defectuosas», con frecuencia las familias de doble empleo pueden manejar de forma apropiada las demandas y necesidades de las distintas áreas y llevar una vida satisfactoria.

En la primera parte de este capítulo abordamos las dificultades y tareas que deben afrontar estas familias, para después analizar estrategias de ajuste que se han mostrado más exitosas y finalizar proponiendo algunas líneas de intervención.

14.2. RETOS DE ADAPTACIÓN EN FAMILIAS DE DOBLE EMPLEO

En las familias de doble empleo se da un aumento significativo en las demandas y una complejidad mayor en la organización, lo que supone una mayor exigencia y tensión. Por otro lado, la investigación ha demostrado que el hecho de desempeñar de forma simultánea roles familiares y laborales y, por tanto, de repartir el tiempo, energía y capacidades entre distintas esferas, si bien supone un ajuste complejo, no es en sí mismo causante de conflicto y malestar y tiene también efectos positivos (Barnett y Gareis, 2006; Escalera y Sebastián, 2000; Grzywacz, Butler y Almeida, 2008). Por ello es importante identificar los factores personales, familiares y del

contexto social, que inciden en que sea más difícil armonizar el mundo del trabajo con el de la familia y que el psicólogo de familia puede valorar para intervenir sobre ellos.

14.2.1. Conflicto y facilitación familia-trabajo

El hecho de que ambos cónyuges compatibilicen roles familiares y laborales supone un aumento de demandas y exigencias. Las familias afrontan estos cambios desarrollando diferentes estrategias de adaptación que, si no son suficientes, les llevan a experimentar altos niveles de tensión y conflicto entre ambos roles, que en algunas áreas se convierten en incompatibles. La prevalencia de esa experiencia de conflicto es difícil de estimar, ya que la mayoría de los estudios no distinguen entre conflicto habitual y ocasional. Por ejemplo, los estudios que preguntan si se ha experimentado, al menos ocasionalmente, conflicto entre familia y trabajo, informan de alrededor de un 60 por 100 de prevalencia (Frone, Russell y Cooper, 1992), mientras que, con criterios menos amplios que valoran el conflicto experimentado con frecuencia, estaría en torno al 25 por 100.

El conflicto familia-trabajo fue definido por Greenhaus y Beutell (1985) como un tipo de conflicto entre roles, en el que las demandas de los roles en la familia y en el trabajo son incompatibles. Este conflicto puede experimentarse en cuatro áreas:

- a) *Conflicto de tiempo.* Se refiere a que el tiempo requerido por las actividades del trabajo o la familia impide realizar las tareas en el otro espacio. Por ejemplo, no poder asistir a una función en el colegio porque se tiene una reunión en el trabajo.
- b) *Conflicto de tensión.* La tensión experimentada en un ámbito interfiere con el otro. Se produce, por ejemplo, cuando la tensión de ocuparse de un niño enfermo impide que la persona se centre en su trabajo.
- c) *Conflicto de energía.* Este conflicto aparece cuando el cansancio físico y emocional experimentado en un área interfiere en la otra. Así por ejemplo, el agotamiento físico tras

un día de trabajo puede impedir realizar las tareas necesarias en el hogar.

- d) *Conflicto de conductas.* Se produce cuando las conductas que se piden en un ámbito son incompatibles con las que se requieren en el otro. Por ejemplo, la frialdad y restricción emocional necesarias en un puesto competitivo en la empresa son incompatibles con la necesidad de apertura emocional en la familia.

El conflicto entre la familia y el trabajo es bidireccional: puede ser que las demandas del trabajo interfieran con aspectos de la vida familiar o, a la inversa, que las demandas familiares interfieran con el trabajo. Aunque ambos están relacionados, son constructos independientes, que tienen distintos antecedentes y diferentes consecuencias. El conflicto trabajo-familia suele ser generado por estresores laborales y tiene consecuencias en el área familiar, mientras que el conflicto familia-trabajo se origina por estresores familiares y sus consecuencias se manifiestan en el trabajo. Además, los límites entre trabajo y familia son asimétricos, es decir, se experimenta con mucha más frecuencia que las características del trabajo interfieran con la vida familiar que al contrario (Frone, Russell y Cooper, 1992).

Algunas investigaciones han encontrado en el tema del conflicto diferencias de género, ya que el nivel de tensión laboral del varón incide más en la vida familiar que el de la mujer. En los varones, las tensiones del trabajo se trasladan con más facilidad a la vida familiar, afectando a la relación marital y a los hijos, mientras que las mujeres amortiguan más el efecto negativo del trabajo, que aumenta más su vivencia de estrés pero repercute en menor medida en sus hijos y sus parejas (Almeida, Wethington y Chandler, 1999; Famwork Research Consortium, 2004).

La experiencia de conflicto entre el trabajo y la familia se relaciona con diversos resultados negativos del funcionamiento familiar y personal. Entre los resultados más contrastados está el que, cuanto mayor es la vivencia de conflicto entre el mundo laboral y el familiar, menor es la satisfacción vital, mayor es la probabilidad de sufrir problemas de sa-

lud mental (depresión y ansiedad) y de salud física, mayor vivencia de *burnout* en el trabajo y más intenciones de abandonar el trabajo. La relación entre conflicto trabajo-familia y otras áreas de las relaciones familiares es menos consistente. Así, cuando se relaciona con satisfacción marital, los datos muestran que incide negativamente, experimentándose menores niveles de satisfacción, aunque esta relación se ve matizada por el apoyo del cónyuge y sólo aparece cuando no se siente apoyado por su pareja (Allen, Herst, Bruck y Sutton, 2000). Algunos estudios también informan que el conflicto-trabajo familia afecta negativamente a las conductas de crianza de los padres, que se caracterizan por menos aceptación y supervisión, lo que influye indirectamente en el ajuste de los hijos (Famwork Research Consortium, 2004). Con respecto a la vivencia de interferencia de la familia con el trabajo, en la medida en que ésta es mayor, se ha asociado a estrés laboral, baja posibilidad de control en el trabajo e inseguridad laboral. La vivencia de estrés es mayor debido a ciertas características del trabajo, como por ejemplo cuando la jornada laboral es muy larga, si el horario es rígido o si el trabajo es poco satisfactorio, pero también está relacionada con variables personales y familiares, como por ejemplo que desempeñar un trabajo remunerado no sea parte del rol de género o que no se cuente con el apoyo del cónyuge para desempeñarlo.

Otras líneas de investigación han resaltado el hecho de que la relación entre trabajo y familia puede tener un resultado neto final positivo, ya que el desempeño de roles adicionales enriquece y fortalece al rol existente. Es lo que se denomina efecto facilitador o enriquecedor. Se plantea que no existe una cantidad limitada de energía y recursos, sino que el desempeñar roles múltiples potencia y expande las capacidades personales y que, por tanto, puede ser beneficioso para la salud mental y física, ya que hace que la persona disponga de más recursos, tenga más autonomía y poder en la familia, tenga mayor autoestima derivada del sentirse capaz en varios ámbitos, y más fuentes de *feedback* positivo. Además, desempeñar varios roles permite que, si en un área la persona se siente insatisfecha o experimenta malestar, éste se pueda ver compensado si sus

experiencias en otro rol son positivas. Estas aportaciones pueden compensar el coste físico y emocional del aumento de ocupaciones, con el resultado final de una mejor salud física y psicológica (Barnett y Gareis, 2006).

La influencia positiva de un ámbito en otro puede producirse también desde la familia al trabajo y a la inversa, y se destacan tres dimensiones (Carlson, Kacmar, Wayne y Grzywacz, 2006; Stoddard y Madsen, 2007):

1. Dimensión de desarrollo. Se da cuando la experiencia en el ámbito familiar o laboral conlleva la adquisición o la mejora de habilidades, conocimientos, conductas o formas de ver las cosas que ayudan a la persona a mejorar en el otro ámbito.
2. Dimensión de afecto. Se refiere a un estado o actitud emocional positiva que se produce cuando a partir de la implicación laboral (o familiar) la persona es capaz de actuar mejor en su familia (o en el trabajo).
3. Dimensión de capital. Se produce cuando la implicación en el trabajo (o en la familia) promueve unos recursos personales como el nivel de seguridad, confianza personal, logro o realización personal que convierten a la persona en mejor miembro de su familia (o en su trabajo).

En este sentido, se ha demostrado de forma consistente que aquellas mujeres que tienen un trabajo remunerado tienen niveles de salud mental y física iguales o mejores que las mujeres que no tienen trabajo remunerado. Además, también se ha encontrado mayor satisfacción vital en los varones que tienen mayor implicación familiar, y que las personas que tienen altos niveles de compromiso con su trabajo también tienen altos niveles de implicación familiar. Los efectos beneficiosos del desempeño de roles múltiples se dan en mayor medida cuando la actitud hacia el trabajo es positiva y también la satisfacción con los roles desempeñados (Barnett y Gareis, 2006). El beneficio del desempeño de roles múltiples, sin embargo, tiene un límite que viene marcado por las demandas de cada rol, el número de roles y el tiem-

po que exigen. Es decir, que puede ser beneficioso desempeñar roles familiares y laborales de forma simultánea, siempre que las exigencias de éstos no superen un cierto límite.

14.2.2. Desarrollo de los hijos en familias de doble empleo

Una de las grandes preocupaciones en la literatura sobre las familias de doble empleo es la repercusión que pueda tener para los niños el hecho de que la madre mantenga su trabajo desde la primera infancia de sus hijos. Los estudios iniciados en los años 70 partían del supuesto de que el trabajo materno acarrea efectos nocivos en los hijos e intentaban identificar en qué áreas específicas se manifestaba este efecto (Gottfried, Gottfried y Bathurst, 1995).

Sin embargo, la investigación posterior ha mostrado que es imposible establecer una relación lineal entre el estatus laboral de la madre y el desarrollo cognitivo, emocional y social de los hijos, ya que esta relación depende de un conjunto de variables que deben ser tenidas en cuenta, como, por ejemplo, el tipo de cuidado infantil al que recurre la familia, la cantidad de horas que los niños pasan en un centro educativo, las pautas educativas de los padres, la actitud del varón y la mujer hacia el trabajo femenino, la sensibilidad de la madre a las necesidades del hijo o la implicación del padre en la crianza (Gottfried, Gottfried y Killian, 1999; Gottfried y Gottfried, 2008).

Algunas investigaciones llevadas a cabo con niños en edad preescolar, que analizan los problemas en la vinculación emocional derivados de la no exclusividad del cuidado materno, han encontrado que los niños que están durante largos períodos en cuidado no parental manifiestan patrones de apego inseguro, con más frecuencia que aquellos que están al cuidado exclusivo de sus madres. Se ha observado que, aunque los porcentajes de apego inseguro, particularmente de tipo evitativo, son más elevados, la mayor parte de los niños establecen un tipo de apego seguro con sus padres. También se informaba de un aumento de conductas agresivas y de desobediencia

en fases posteriores de su desarrollo en los niños que habían estado en cuidado no materno desde los primeros meses de vida (Belsky, 1990).

Estos resultados estimularon enormemente la investigación en la década de los noventa. La mayor parte de los estudios no han encontrado diferencias significativas en el tipo de apego que se puedan explicar sólo por el hecho de que las madres trabajen, relacionándose las diferencias encontradas con otro tipo de variables como son la sensibilidad materna a las necesidades del niño o la calidad del cuidado no materno en el que está el niño. Además, se han cuestionado metodológicamente los resultados obtenidos, ya que el instrumento más ampliamente utilizado, la Situación Extraña, que evalúa el vínculo afectivo a través de la reacción ante extraños del niño, es un instrumento desarrollado con niños que han sido cuidados en su casa y por sus madres, pudiendo no ser adecuado para los niños acostumbrados a un cuidado no maternal (Clarke-Stewart, 1989; Silverstein, 1991).

En el esfuerzo por aclarar estos resultados contradictorios hay que destacar en particular un estudio longitudinal muy exhaustivo, que ha hecho un seguimiento de una muestra muy amplia de niños desde sus primeros meses de vida hasta los 15 años, con evaluaciones regulares a lo largo de todo ese tiempo, y en el que se analiza la influencia del cuidado no materno y las características de la familia en el estilo de apego y el desarrollo cognitivo, afectivo y social de los niños. Este estudio tiene la ventaja de que ha sido llevado a cabo por un grupo numeroso de investigadores en el que están representadas las dos posturas, a favor y en contra del cuidado no materno en los primeros años de vida (NICHD, 2005). Tras el análisis de las distintas fases del estudio, cuyos últimos resultados publicados estudian a los niños y sus familias ya en la adolescencia, se identifican algunas variaciones en la conducta de los hijos en distintos momentos del desarrollo relacionadas con el trabajo de la madre y con las características familiares, y se valora la estabilidad en el tiempo de los resultados obtenidos. El hecho de que la madre trabaje desde el primer año de vida de su hijo está relacionado a los cuatro años y medio con algunos resultados positivos (son niños que tie-

nen mejores resultados cognitivos y mayor habilidad verbal) y otros negativos (presentan mayor frecuencia de problemas de conducta y, concretamente, de conductas externalizantes: desobediencia y agresividad). Sin embargo, estos resultados están estrechamente relacionados con la calidad y con la cantidad de cuidado no materno que los niños han recibido. Cuanto mejor es la calidad del cuidado, mejores son los resultados cognitivos, y cuando mayor es la cantidad de horas y peor la calidad, más probable es que se den los problemas de conducta señalados. También dependen de la calidad de la relación con la madre. No aparecen esos resultados negativos en los niños cuya madre manifiesta una mayor capacidad de responder a sus necesidades. Es decir, que a los cuatro años y medio se dan en mayor proporción problemas en los niños que han estado en centros de baja calidad, durante muchas horas y cuyas madres son poco receptivas a sus necesidades.

Con respecto a la estabilidad en el tiempo de esas diferencias, a los 15 años el mejor predictor tanto del desarrollo cognitivo como emocional y social no es el hecho de que la madre haya trabajado en la primera infancia, sino la calidad de la crianza y los patrones educativos que tenga (Belsky et al., 2007). En la medida en que la sensibilidad de la madre a las necesidades del hijo y que las pautas de educación sean más competentes, mejor es la puntuación de los hijos en tareas académicas, menores son los problemas externalizantes, mayores las habilidades sociales, mejor el funcionamiento emocional y mejores los hábitos de trabajo. También se ha destacado que los resultados de los niños al año y los cuatro años y medio no son muy diferentes, en general, entre niños que sus madres trabajan y los que no, pero aquellos cuyas madres tienen empleos a tiempo parcial presentan mejores resultados que los que tienen madres trabajando a tiempo completo (Brooks-Gunn, Han y Waldfogel, 2010).

14.3. ESTRATEGIAS ADAPTIVAS EN LAS FAMILIAS DE DOBLE EMPLEO

Aunque muchas de las investigaciones realizadas se han centrado en analizar las dificultades y pro-

blemas que están presentes en las familias en las que ambos cónyuges desempeñan un trabajo remunerado, sin embargo en los últimos años se ha incrementado el interés en estudiar e identificar aquellas dinámicas que favorecen el ajuste entre las esferas laborales y familiares, reduciendo las dificultades y potenciando la satisfacción y el bienestar (Greenhaus y Powell, 2006; Stoddard y Madsen, 2007).

14.3.1. El cambio de roles

Uno de los aspectos más evidentes que se pone de manifiesto al contemplar las dinámicas de las relaciones de pareja en las familias de doble empleo es la ausencia de unos roles definidos y claros para cada cónyuge. Junto con una organización familiar más tradicional, en la que el reparto de tareas se rige fundamentalmente por unas claves de género que establecen desempeños diferenciados para mujeres y varones, se va consolidando una ideología de rol de género más igualitaria, en la que varones y mujeres no tienen asignados unos roles específicos y el ámbito familiar se vive como un espacio de colaboración y de compromiso compartido.

Tradicionalmente los varones han sido los responsables del mantenimiento económico familiar, proporcionando los recursos materiales que posibilitaran los mayores índices de bienestar y seguridad posibles. Por su parte, la mujer era la responsable del funcionamiento interno familiar, controlando las labores domésticas, la educación de los hijos y el bienestar psicológico de los miembros de la familia. Este reparto, tan restrictivo y limitado, ha tenido como resultado que los varones tuvieran en mayor medida repertorios comportamentales adecuados a sus funciones, como por ejemplo la competitividad, los comportamientos asertivos o las conductas de independencia, tan necesarios para pugnar en el mundo laboral y abrirse un porvenir que garantizase el bienestar económico familiar. Además, en ese contexto, una gran dedicación del marido al trabajo, con jornadas laborales muy prolongadas, era señal de responsabilidad y sentido del deber, cualidades enormemente apreciadas en el «cabeza de familia». Por su parte, a la mujer le corresponderían más

otros recursos como la expresividad emocional, la sensibilidad, la intuición o la afectividad, necesarios para conectar con las necesidades y afectos de los otros, potenciándose así el cuidado y la atención a la familia.

Esta distribución tan estereotipada y encorsetada de papeles se ha ido modificando en la actualidad en gran medida, pero el cambio trae consigo dificultades. Por un lado, los datos existentes apuntan a que las mujeres que mantienen un trabajo remunerado, con lo que esto implica de desempeño de múltiples roles, experimentan un mayor bienestar tanto a nivel psicológico como físico, si se comparan con mujeres que desempeñan en exclusividad el trabajo de ama de casa. Psicológicamente se podría decir que las mujeres han incorporado en su repertorio los roles más ajustados a su desempeño en el campo laboral, aunque se sigue manteniendo en el ámbito familiar una ideología más tradicional respecto a sus responsabilidades como madres. Desde esta perspectiva, se presenta como modelo idóneo una maternidad intensiva, que da prioridad en el cuidado de los hijos a las mujeres, al considerar que por el mero hecho de ser madres están más capacitadas para ejercer como tales.

Desde este modelo, el ejercicio adecuado de esta tarea requiere una dedicación completa emocional y de tiempo, quedando por tanto fuera intereses o deseos que puedan entrar en conflicto con esa ocupación. Las madres con un trabajo remunerado, y con una ideología de rol materno más tradicional, viven con ambivalencia su desempeño en el ámbito laboral y se sienten más culpables cuando su papel como madre no se ajusta al modelo de maternidad intensiva. Esta situación se agudiza especialmente cuando se potencia, en distintos foros más o menos especializados, una mirada que penaliza a las madres con trabajo remunerado por considerar que su actuación acarreará consecuencias peligrosas y dañinas en el desarrollo de los hijos, aunque estas afirmaciones no se confirmen en las numerosas investigaciones llevadas a cabo hasta la fecha (Brooks-Gunn, Han y Waldfogel, 2010). Se ve pues necesario, de cara a armonizar los diferentes roles que los ámbitos laborales y familiares demandan, un cambio en el rol materno que dé mayor protagonismo al padre en

las tareas de cuidado y crianza y que establezca otros criterios de calidad en el desempeño del rol, alejados de aquellos propios de modelos familiares en los que la mujer se dedicaba en exclusividad al ámbito familiar. Las madres empleadas han abandonado en mayor medida que las madres amas de casa los modelos más tradicionales, en su búsqueda de modelos más igualitarios que representen mejor sus experiencias vitales (Martínez, Carrasco, Aza, Espinar y Blanco, 2009).

En los varones, la redefinición de roles por el abandono de los modelos más tradicionales se ha orientado fundamentalmente a potenciar su papel de padre. En las familias de doble empleo, en las que generalmente hay una mayor presencia de los modelos igualitarios, los padres están más involucrados en desarrollar actividades relacionadas con la paternidad, pasando más tiempo con sus hijos y siendo más conscientes de sus necesidades. Cuando se ha analizado de manera más pormenorizada esta mayor implicación de los padres en la crianza de los hijos, atendiendo no sólo al tiempo que están juntos en una interacción directa con los hijos sino también a su disponibilidad y responsabilidad, se constata que los cambios más evidentes se han dado en la interacción directa y en menor medida en los otros aspectos analizados. Es menos frecuente que los padres estén disponibles y es más frecuente que sean las madres las que asuman un mayor número de responsabilidades en la crianza.

Asimismo, este cambio no afecta en igual medida a la implicación de los varones en las tareas domésticas, puesto que son las mujeres las que siguen asumiendo en mayor medida esas responsabilidades. En las encuestas llevadas a cabo para evaluar el uso del tiempo en las familias, queda de manifiesto que las mujeres son las principales responsables y cuidadoras efectivas de los niños y personas dependientes. Según la encuesta de usos del tiempo del año 2002-2003, «el 92,2 por 100 de las mujeres dedican 4 horas y 45 minutos diarios por término medio a tareas del hogar y familiares, mientras que el 69,6 por 100 de los varones dedica tan sólo 2 horas y 4 minutos diarios. Las diferencias se acentúan si tomamos como referencia el tiempo dedicado al hogar y a la familia de lunes a jueves,

excluyendo el fin de semana. Así, las mujeres dedican como media diaria 4 horas y 35 minutos, y los hombres 1 hora y 56 minutos» (Rivero, 2005, p. 16). Este perfil de distribución en las tareas domésticas es similar en familias en las que ambos cónyuges trabajan (Tobío, 2002). En la medida en que haya un mayor desajuste entre una ideología de rol familiar igualitario, basado en el reparto equilibrado de las responsabilidades familiares y el funcionamiento familiar cotidiano, se incrementará el nivel de malestar y el nivel de conflicto. Una de las principales fuentes de insatisfacción en las familias de doble empleo deriva de la distribución desigual de las responsabilidades familiares y domésticas, por el mantenimiento de un reparto de roles tradicional.

Las familias en las que ambos progenitores mantienen un trabajo extradoméstico experimentan mayores niveles de satisfacción personal y un menor nivel de conflictividad y estrés, al desarrollar una mayor flexibilidad sobre los diversos roles asumidos, tanto en la ámbito laboral como en el familiar (Higgins, Duxbury y Lyons, 2010).

14.3.2. De la conciliación a la corresponsabilidad

Con la incorporación de la mujer al mercado laboral, la tradicional división sexual del trabajo en trabajo productivo para el varón y reproductivo para la mujer ha dejado de ser viable como modo de organización familiar. El cambio ha promovido una situación en la que los costes del trabajo reproductivo se han hecho visibles y necesitan ser redistribuidos. Es en este contexto, con la sobrecarga sobre la mujer y el conflicto que genera, donde surge la necesidad de redistribuir el tiempo y las tareas que se realizan y el concepto de conciliación como una solución a ese problema. Desde ahí se han venido articulando distintas políticas de conciliación de la vida familiar y laboral, con el objetivo de permitir que mujeres y varones puedan atender a las demandas de su vida familiar y de su empleo.

Sin embargo, paradójicamente, la mayoría de las políticas de conciliación están orientadas a mantener un modelo en el que sean las mujeres las que sigan

teniendo un mayor protagonismo en al ámbito familiar, a la vez que mantienen un empleo, mientras el varón sigue manteniendo una total disponibilidad laboral. Conciliar es sinónimo de problemática femenina, y las políticas que se diseñan atienden casi exclusivamente a mujeres.

Esta feminización de la conciliación es debida a varias causas, entre las que se pueden destacar: la dificultad de aplicar las implicaciones del término conciliación en el ámbito familiar, el tipo de trabajo realizado por las mujeres, el hecho de que las mujeres siguen siendo las responsables de la casa y del cuidado de niños y personas dependientes, y los modelos familiares que siguen vigentes en el imaginario social.

La elección del término conciliar para abordar la relación entre familia y trabajo implica un posicionamiento que no está exento de dificultades. Se habla de conciliar, un término que supone negociación entre contrarios y opuestos. Esto se hace con referencia a un mundo, el familiar, en el que el ideal es la armonía, en donde el conflicto derivado de la división desigual del trabajo suele ser ocultado o negado, y en el que las tareas domésticas y de cuidado no se suelen considerar trabajo (a no ser que las realice un asalariado). Es por ello que se intenta evitar el conflicto, inherente a toda negociación, entre necesidades que entran en colisión, y una de las salidas es considerarlo cosa de mujeres y reclamar la necesidad de que las mujeres concilien, para así salvaguardar la máxima disponibilidad laboral de los varones.

Asimismo, atendiendo al trabajo de las mujeres en las familias de doble empleo, es mucho más frecuente que ocupen trabajos a tiempo parcial, que suelen ser trabajos de peor calidad y que, al dejar tiempo disponible para el trabajo doméstico, se perpetúe el actual sistema del reparto desigual del trabajo. Anteriormente las mujeres abandonaban el mercado laboral tras el matrimonio, y, en mayor medida, tras el nacimiento del primer hijo, planteándose en algunos casos la vuelta al mundo laboral al finalizar el período de crianza de los hijos. Actualmente hay una mayor tendencia a simultanear maternidad y trabajo. Las mujeres tienden, más que en otras épocas, a mantener el trabajo cuando se casan

y tienen hijos, aunque es más fácil que dejen de trabajar cuando aumenta el número de hijos y que reorganicen su actividad laboral disminuyendo el número de horas de trabajo. Cuando se analiza quiénes son los principales usuarios de las prácticas de conciliación, se observa que siguen siendo las mujeres las que en mayor número se acogen a esas medidas, con reducciones de jornada, excedencias o bajas por maternidad. Esta pauta de actuación suele influir negativamente en el ámbito del trabajo, ya que repercute a nivel de salario, ascensos y promociones, lo que genera insatisfacción y malestar laboral.

En este contexto, es de especial importancia que las personas consigan plasmar en su dinámica familiar unas prácticas de conciliación que sean realmente igualitarias. Es decir, que tanto el varón como la mujer regulen su disponibilidad laboral para asumir tareas domésticas y de crianza. Es por tanto prioritario promover la corresponsabilidad en el ajuste de las demandas familiares y laborales, ya que generará efectos beneficiosos en las familias de doble empleo, al permitir un reparto más equilibrado en los costes inherentes al desempeño de los diversos roles.

14.3.3. Las redes de apoyo

Con frecuencia, la organización de la vida familiar y laboral supone conjuntar un complejo encaje de piezas para poder responder a las distintas demandas que ambos contextos plantean. Esta complicada infraestructura requiere de unas dinámicas de colaboración y apoyo, que cobran especial protagonismo cuando surgen imprevistos o situaciones especiales en cualquiera de los dos terrenos (enfermedad, vacaciones o demandas laborales especiales). La pareja es una de las fuentes prioritarias de apoyo en las familias de doble empleo, a la que se puede sumar otra red de apoyos familiares y sociales.

El apoyo del cónyuge es una de las claves de mayor significación en las relaciones familiares, ya que puede amortiguar la presión y el estrés generado por las demandas del trabajo y de la familia, incrementando la satisfacción familiar y marital. Hace referencia al intercambio en la pareja de dinámicas de ayuda, consejo, comprensión y afecto. Es-

tas dinámicas pueden implicar acciones de carácter instrumental o emocional. El apoyo emocional incluye la escucha comprensiva y empática del otro, con manifestaciones de afecto y un interés genuino y activo en su bienestar. Por su parte, las acciones de carácter instrumental se refieren a actuaciones de ayuda ante situaciones problemáticas o conflictivas. La presencia de estos comportamientos en las relaciones familiares se ha relacionado con mejores niveles de ajuste trabajo-familia, mayores niveles de bienestar personal y mejor ajuste marital. En las familias en las que ambos cónyuges mantienen un trabajo remunerado cobra especial significación, no sólo la implicación de ambos cónyuges en el reparto equitativo de las responsabilidades y tareas familiares, sino también el compromiso y dedicación de ambos al cuidado y apoyo mutuo.

En un contexto en el que son muchas las demandas, es necesario llevar a cabo una planificación que permita repartir de manera equilibrada y equitativa los costes y beneficiarse conjuntamente de los elementos más gratificantes. Las parejas más satisfechas son aquellas que perciben equidad en su relación, lo que se refleja en una actitud de compromiso por parte de ambos cónyuges para afrontar los retos y exigencias que toda convivencia plantea. En las familias de doble empleo esta igualdad y responsabilidad compartida se concreta en seis áreas, de forma que un funcionamiento más equitativo en ellas se relaciona con un mejor ajuste trabajo-familia. Las seis áreas en las que la percepción de equidad cobra una especial significación son: 1) las tareas domésticas; 2) las tareas de crianza; 3) la toma de decisiones; 4) el acceso y manejo de las finanzas; 5) la valoración de las metas vitales y laborales de ambos, y 6) los aspectos emocionales de la relación (Zimmerman, Haddock, Current y Ziemba, 2003).

Junto con el cónyuge, otras redes de apoyo social pueden también proporcionar a las familias de doble de empleo ayudas a la hora de conciliar el ámbito familiar y el laboral. Las redes de colaboración formadas por vecinos, amigos u otros familiares pueden servir de estructuras de apoyo significativas, especialmente en circunstancias más especiales, como cuando la pareja busca compartir un tiempo de ocio e intimidad o cuando surgen imprevistos, que alte-

ran la planificación cotidiana como situaciones de enfermedad o cuestiones laborales imprevistas. En concreto, en la sociedad española es de enorme relevancia la ayuda que prestan los abuelos, siendo el recurso principal de las familias de doble empleo en las tareas de apoyo y cuidado de los hijos. En el ámbito del trabajo, también juega un papel positivo para el bienestar de los trabajadores con responsabilidades familiares el poder contar con compañeros o responsables, así como aquellas políticas de empresa que promueven dinámicas favorables para la conciliación familia-trabajo, como por ejemplo la flexibilización en los horarios o la posibilidad de empleo compartido.

TABLA 14.1

Factores facilitadores en el ajuste trabajo-familia

Factores familiares y personales	Factores externos y sociales
<ul style="list-style-type: none"> — Flexibilidad: roles, responsabilidades. — Dinámicas de equidad y corresponsabilidad. — Apoyo del cónyuge en el trabajo y en la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> — Redes sociales de apoyo: familiares, amigos, compañeros de trabajo. — Políticas laborales facilitadoras.

14.4. CLAVES TERAPÉUTICAS EN LAS FAMILIAS DE DOBLE EMPLEO

Aunque son muchas las familias en las que, manteniendo ambos progenitores un empleo remunerado, se manejan de manera satisfactoria las dificultades y ajustes que trae consigo el desempeño de los múltiples roles como empleados, padres/madres y cónyuges, con el beneficio y enriquecimiento que de ello se deriva, sin embargo existe un amplio colectivo para el que armonizar vida familiar y laboral es una tarea costosa que acarrea grandes dosis de estrés y malestar. En estas familias, los desequilibrios y desajustes priman sobre los aspectos

reforzantes y las ganancias, y el resultado acarrea grandes dosis de insatisfacción personal y familiar. Las dinámicas familiares se cargan de conflictividad, las disputas y enfados toman protagonismo y progresivamente los problemas se cronifican y asientan.

Aunque las claves generales de la intervención terapéutica no difieren de las propuestas en general en el marco de una intervención familiar, sin embargo en el caso de las familias de doble empleo es importante que el terapeuta sea conocedor de aquellos aspectos más específicos relacionados con la realidad de estas familias. Así, es frecuente que los padres y madres con un trabajo remunerado reciban mensajes confusos sobre el efecto negativo que podría tener sobre el desarrollo de los hijos el hecho de mantener actividades que compiten a la hora de la disponibilidad y dedicación. Dedicar un tiempo de terapia a presentar información relevante y actualizada sobre el tema, apoyada en investigaciones rigurosas y datos empíricos, permitirá disipar temores y establecer un marco de actuación más veraz y ajustado.

Los psicólogos de familia pueden ayudar a las familias a manejar los sentimientos de culpa o la angustia que surgen cuando no hay congruencia entre los ideales de rol y el desempeño de los mismos. Esto es especialmente notorio en el caso de las madres empleadas que mantienen unos ideales de rol materno propios de unos modelos de familia más tradicionales, que no se ven capaces de cumplir y que viven como un fallo personal el delegar tareas relacionadas con la crianza y cuidado de los hijos. Asimismo, a través de la intervención se puede favorecer la implantación de estrategias que promuevan un abordaje más satisfactorio en la búsqueda del equilibrio entre las demandas familiares y laborales, optimizando la gestión del tiempo y la planificación y organización de actividades. Finalmente, es importante que los terapeutas tengan presente que en las familias de doble empleo los problemas y conflictos están frecuentemente asociados a vivencias de desigualdad y reparto de poder en las relaciones maritales. En estas familias están íntimamente relacionados la equidad y el poder compartido con la calidad de la relación. El trabajo terapéutico

orientado a establecer funcionamientos más igualitarios repercutirá en los niveles de ajuste y satisfacción marital.

En resumen, las propuestas de intervención se apoyan en los siguientes planteamientos (Carlson, Sperry y Lewis, 2005; Haddock, Zimmerman, Ziemba y Current, 2001; Stoltz-Loike, 1992; Zimmerman, 2001):

- Las familias en las que ambos progenitores mantienen un trabajo remunerado disponen de pocos modelos que les orienten en la búsqueda de un equilibrio satisfactorio entre las esferas familiar y laboral, por lo que es conveniente que los terapeutas les proporcionen información ajustada y rigurosa con respecto a las vivencias personales más habituales y la incidencia en su familia y trabajo del desempeño de roles múltiples.
- Las intervenciones propuestas tienen que ser sensibles a las diferencias de género, promoviendo la igualdad y equidad entre los cónyuges.
- Como los conflictos y su resolución van cambiando a lo largo del ciclo evolutivo familiar, la comunicación, negociación y resolución de problemas son dinámicas que evolucionan y se modifican a lo largo del tiempo.

La intervención terapéutica se estructura en dos etapas, una inicial dedicada a la evaluación, y la siguiente centrada en la puesta en práctica de las estrategias más adecuadas para abordar los problemas identificados.

14.4.1. El proceso de evaluación

Toda intervención terapéutica se inicia efectuando un proceso de evaluación que permita identificar los problemas fundamentales que afectan a estas familias, así como determinar aquellos factores que están influyendo en el mantenimiento de la situación. Entre los procedimientos más utilizados para la recogida de información destacan la entrevista

clínica, los autoinformes y la observación en el ámbito clínico.

A través de las entrevistas y las observaciones, el terapeuta recogerá información puntual sobre los problemas que presentan las familias. En esta tarea, el psicólogo de familia abordará las diferentes áreas que pueden tener un papel significativo en la conflictividad de la vida familiar, tanto las que son comunes a las experiencias vitales de todas las familias como los estilos de comunicación, el manejo de conflictos o las habilidades para resolver problemas, como las más específicas y significativas para las familias de doble empleo.

Entre las áreas específicas tiene especial relevancia la *identificación y clarificación de valores y expectativas*, ya que algunos valores pueden entrar en conflicto entre sí. Así ocurre en aquellas madres empleadas que mantienen una idea de la maternidad que implica una dedicación exclusiva y completa al cuidado de los hijos como garantía de un desarrollo saludable y beneficioso para ellos. Estas mujeres, o bien viven su funcionamiento como madres con altos niveles de estrés por sus dificultades en delegar en otros, o con intensos sentimientos de culpa cuando sus actuaciones se alejan del canon. Estos sentimientos de culpa también pueden estar presentes en algunos padres, muy implicados en el cuidado y atención de sus hijos, cuando creen que algunos de sus funcionamientos, condicionados por la necesidad de responder a las distintas exigencias que su condición de padre y empleado acarrea, les identifica como un mal padre o un progenitor menos competente.

Cuando se trabaja en el campo de la *relación igualitaria* es importante rastrear el *nivel general de compromiso* en las distintas áreas de una relación, comenzando por los aspectos más tradicionales relacionados con el reparto de las tareas caseras, el cuidado de los hijos o la toma de decisiones. En un segundo nivel es necesario evaluar otros aspectos menos evidentes pero que juegan un papel significativo, como el apoyo emocional y la organización y planificación. En este último apartado conviene analizar las estrategias o técnicas que se utilizan en la familia para la organización de la casa, quién es el responsable del seguimiento y cumplimiento y cómo

se establecieron en su momento esas actuaciones. Es relevante asimismo indagar sobre las razones que llevaron a ese acuerdo o distribución, ya que pudieron tener un peso relevante en un determinado momento del ciclo vital familiar y haber perdido su sentido en la actualidad. La razón de diferenciar los distintos niveles de colaboración o compromiso se debe a que, con frecuencia, las mujeres manifiestan su queja de tener que asumir por completo todas las tareas relacionadas con la planificación, organización y seguimiento, lo que les genera una percepción de sobrecarga y estrés. Aunque los varones pueden tener una alta implicación en las diferentes tareas y responsabilidades familiares, sin embargo su papel en muchas ocasiones es más pasivo, dependiendo para su puesta en práctica de las indicaciones y pautas que le proporciona su pareja, sin desarrollar una actitud proactiva al respecto. Desde su perspectiva, las quejas de su pareja no están justificadas, al percibirse colaborando intensamente en las demandas familiares, y por tanto reaccionan con acritud ante las críticas sobre el reparto desigual o la no implicación.

Las *dinámicas de apoyo entre los cónyuges* conforman otra de las áreas significativas a evaluar en las familias en las que ambos progenitores mantienen un trabajo remunerado. A la hora de recabar

información conviene diferenciar entre las dinámicas de solicitud de apoyo, la manera de proporcionar apoyo por parte de cada uno de los cónyuges, así como el nivel de apoyo percibido. En ocasiones, una valoración conjunta de las relaciones de apoyo no permite discriminar entre los diferentes aspectos que conforman estos patrones de actuación.

14.4.2. Los autoinformes

Existe una gran variedad de cuestionarios y escalas dirigidos a evaluar los distintos aspectos de la vida familiar. Estos procedimientos permiten recabar de manera rápida información, complementaria a la obtenida por las anteriores estrategias, y profundizar en aspectos que interesa conocer. Se han desarrollado diversos instrumentos para evaluar áreas relevantes en la relación familia-trabajo. En este apartado se presentan algunos cuestionarios que cubren tanto la relación específica entre el trabajo y la familia como otras variables relacionadas que modulan la relación entre ambos, potenciando la vivencia de conflicto o de ajuste y satisfacción.

Escala de ajuste familia-trabajo (Grzywacz y Bass, 2003). Entre las escalas que evalúan la relación entre

TABLA 14.2

Escala de ajuste familia-trabajo (Grzywacz y Bass, 2003)

Señale, por favor, con qué frecuencia ha experimentado las siguientes situaciones en el pasado año:

1. Su trabajo reduce el esfuerzo que puede dedicar a otras actividades en casa.
2. El estrés del trabajo le hace estar más irritable en casa.
3. Su trabajo le cansa tanto que le dificulta hacer cosas necesarias en casa.
4. Las preocupaciones y problemas laborales le descentran cuando está en casa.
5. Las tareas que hace en el trabajo le ayudan a manejar asuntos prácticos y personales en casa.
6. Las tareas que hace en el trabajo le hacen una persona más interesante en casa.
7. Las capacidades que emplea en su trabajo son útiles para sus actividades en casa.
8. Las responsabilidades familiares reducen la energía que dedica a su trabajo.
9. Las preocupaciones y problemas familiares le distraen cuando está en el trabajo.
10. Las actividades y tareas de casa le impiden dormir lo que necesita para hacer bien su trabajo.
11. El estrés en casa le hace estar irritable en el trabajo.
12. Comentar los problemas del trabajo con alguna persona de su familia le ayuda a manejarlos.
13. Sentirse querido/a y respetado/a en su familia le hace sentirse seguro/a de sí mismo/a en el trabajo.
14. La vida familiar le ayuda a relajarse y le facilita el trabajo del día siguiente.

familia y trabajo, este cuestionario presenta la ventaja de medirlo teniendo en cuenta que es una relación bidireccional (la influencia de la familia en el trabajo y del trabajo en la familia) y valorando tanto la dimensión de conflicto entre ambas como la de facilitación. Así pues, está integrada por cuatro subescalas: dos de conflicto (conflicto familia-trabajo y conflicto trabajo-familia) y dos de facilitación (facilitación familia-trabajo y facilitación trabajo-familia). Las subescalas de conflicto constan de cuatro ítems y las de facilitación de tres ítems, sumando en total 14 ítems, a los que se responde en una escala tipo *Likert* de 5 puntos, desde 1 «muy en desacuerdo» hasta 5 «muy de acuerdo». Altas puntuaciones indicarían mayores niveles de conflicto y de facilitación. Los índices de consistencia interna de las subescalas son altos (alfa = entre 0,75 y 0,80). La estructura factorial del cuestionario se corresponde con estas subescalas y explica un porcentaje muy alto de la varianza.

Sentimientos de culpa respecto a la crianza (Martínez, Carrasco, Aza, Blanco y Espinar, en prensa). Esta escala consta de 14 ítems que plantean las principales situaciones relacionadas con la crianza, poten-

cialmente generadoras de culpa, a las que se enfrentan las madres y los padres con trabajo extradoméstico. Una de las áreas describe situaciones en las que se delega en otros comportamientos que se viven como propios del rol paterno/materno (por ejemplo, «delegar en otros el llevar a mi hijo/a al médico»); en otro bloque de ítems se recogen situaciones en las cuales no se da respuesta a posibles demandas de atención o cuidado que se consideran significativas para el bienestar del hijo (por ejemplo, «no poder pasar tiempo con mi hijo/a cuando estamos en casa, por tener que realizar tareas ajenas a la familia»). Por último, se describen situaciones en las que parece que adquieren prioridad cuestiones ajenas a la atención a los hijos (por ejemplo, «faltar con frecuencia a las funciones escolares programadas para los padres en las que participa tu hijo/a»). El formato de respuesta de los ítems que componen el instrumento es una escala tipo *Likert* de cuatro puntos, cuyas respuestas oscilan entre *nada culpable* (1) y *muy culpable* (4). La puntuación total en la escala se obtiene sumando las obtenidas en cada ítem. Puntuaciones más altas indican mayor nivel de culpabilidad. La escala ha mostrado

TABLA 14.3

Escala de sentimientos de culpa respecto a la crianza (Martínez, Carrasco, Aza, Blanco y Espinar, en prensa)

A continuación, evalúe el grado de culpabilidad que le podrían generar las siguientes situaciones, tanto si se dan actualmente en su vida como si no se dan:

1. Recurrir con frecuencia a comida precocinada.
2. Delegar en otros el llevar a mi hijo/a al médico.
3. Enviar a mi hijo/a al colegio cuando no se encuentra bien del todo (décimas de fiebre, ligeras molestias...).
4. Faltar con frecuencia a las funciones escolares programadas para los padres en las que participa tu hijo/a.
5. No participar en actividades escolares promovidas por los padres en horario escolar (cuentacuentos, actividades de otoño, talleres...).
6. No darle toda la atención que demanda de mí porque tengo que hacer otras tareas.
7. Tener ocupada una parte significativa de la tarde por cuestiones no familiares.
8. Perder más fácilmente con mi hijo/a los nervios, al estar afectado/a por cuestiones ajenas a la familia.
9. No invitar con más frecuencia a otros niños a casa por el trabajo extra que implica.
10. Delegar en otros el llevar/traer a mi hijo/a del colegio.
11. Tener que llevar a mi hijo/a a campamentos durante el verano por no poder atenderle.
12. No ganar los suficientes ingresos para satisfacer demandas de mi hijo/a (actividades extraescolares, ropa, juegos...).
13. Jugar con mi hijo/a menos tiempo del que me gustaría.
14. No poder pasar tiempo con mi hijo/a cuando estamos en casa, por tener que realizar tareas ajenas a la familia.

TABLA 14.4

Estereotipo de rol materno (Martínez, Carrasco y Aza, 2006)

Por favor, señale con una X su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

1. Una buena madre es la que mejor conoce las necesidades de sus hijos.
2. Una buena madre se olvida de sí misma para ocuparse de sus hijos.
3. Una buena madre debería dedicar todo su tiempo a sus hijos.
4. Una buena madre debería dejar de trabajar para ocuparse de sus hijos cuando son pequeños.
5. Una buena madre debería estar siempre disponible para sus hijos.
6. La tarea de la maternidad es una tarea natural, instintiva y basada en el sentido común.

tener una estructura unifactorial, un elevado índice de consistencia interna ($\alpha = 0,90$), y se comporta de modo adecuado en las exploraciones de validación iniciales.

Estereotipo de rol materno (Martínez, Carrasco y Aza, 2006). Este instrumento está compuesto por 6 ítems que evalúan en qué medida la persona mantiene creencias propias de un estereotipo de rol materno tradicional (como la priorización en la mujer del rol materno sobre cualquier otro o la creencia

en la superioridad de la madre para atender a los hijos por naturaleza). Se responde a los ítems en una escala tipo *Likert* con cuatro puntos, que van desde 1 = «Totalmente en desacuerdo» a 4 = «Totalmente de acuerdo». Para obtener la puntuación total de la escala se suman las obtenidas en cada ítem. A mayor puntuación, el estereotipo de rol materno es más tradicional. El índice de consistencia interna del rol materno tradicional es bueno ($\alpha = 0,71$) para los 6 ítems de la escala.

TABLA 14.5

Distribución de tareas domésticas y de crianza (Martínez, Carrasco y Aza, 2006)

Por favor, lea atentamente las siguientes tareas y responda quién se hace cargo habitualmente de cada una de ellas:

1. Hacer la compra general de alimentos y limpieza.
2. Hacer pequeñas compras (pan, fruta).
3. Lavar la ropa.
4. Recoger la casa.
5. Hacer las camas.
6. Cocinar.
7. Lavar los platos/poner el lavavajillas.
8. Planchar.
9. Limpiar la casa (aspirador, polvo...).
10. Limpiar el baño.
11. Limpiar la cocina.
12. Llevar las cuentas de la casa.
13. Dar de comer a los niños.
14. Bañar a los niños.
15. Atender a los niños durante la noche.
16. Preparar a los niños por la mañana.
17. Llevar/traer a los niños del colegio/guardería.
18. Estar con los niños después del colegio.
19. Llevar a los niños al médico.

Distribución de tareas domésticas y de crianza (Martínez, Carrasco y Aza, 2006). Es una escala de 19 ítems en los que se recogen las tareas más habituales que han de llevarse a cabo en una familia, incluyendo lo relacionado con el cuidado de la casa, compra, gestión económica y cuidado de los hijos tanto en tareas cotidianas, como respecto a atención médica y contacto con el centro escolar. Se responde en una escala de 6 puntos: 1 = Siempre mi pareja, 2 = Normalmente mi pareja, 3 = Los dos por igual, 4 = Normalmente yo, 5 = Siempre yo, 6 = Ninguno de los dos/otra persona. Para la corrección de la escala se tienen en cuenta sólo los ítems en que se responde entre 1 y 5, ya que la respuesta 6 indica que no es una tarea que realice la pareja. La puntuación total se obtiene sumando los ítems, y puntuaciones altas indican que el sujeto que responde es el que realiza mayoritariamente las tareas domésticas y de crianza. Pueden obtenerse por separado las puntuaciones para ambas áreas: sumando los ítems 1 a 12 se obtiene la puntuación para las tareas domésticas, y sumando los ítems 13 al 19 se obtiene la puntuación para tareas de crianza. El índice de consistencia interno es alto (alfa = 0,93).

14.4.3. Una propuesta terapéutica

Los objetivos generales de la intervención son comunes con los que se persiguen en la intervención con parejas: 1) promover pautas de actuación que potencien las habilidades de comunicación, la capacidad de negociación y resolución de conflictos; 2) potenciar y reforzar las dinámicas gratificantes y satisfactorias, y 3) reducir y debilitar las dinámicas aversivas y punitivas (Cáceres, 1996; Epstein y Baucom, 2002; Gottman, 1999; Halford, 2001; Jacobson y Christensen, 1996).

Aunque la intervención terapéutica se diseña a partir de los datos obtenidos en la evaluación, se presentará a continuación un esquema general de las áreas específicas que deben ser atendidas en estas familias y que aglutina las propuestas presentadas por los diversos autores que han trabajado en el campo (Carlson, Sperry y Lewis, 2005; Stoltz-Loike, 1992).

14.4.3.1. Clarificar valores y objetivos

Cuando las personas mantienen creencias y expectativas que se contraponen, experimentan vivencias intensas de malestar y sufrimiento. Una clave significativa del trabajo terapéutico se centra en ayudar a la pareja en la identificación y reconocimiento de aquellos valores que están orientando su vida, de cara a hacer visible las exigencias y normativas que de ellos se derivan. La intervención tiene como objetivos: *a)* la redefinición de roles, junto a la identificación y reducción de aquellas creencias con una base menos racional, buscando datos de realidad que permitan el desarrollo de creencias más adaptativas y ajustadas, y *b)* el manejo de las discrepancias entre las exigencias de funcionamiento que demandan los roles mantenidos y las dinámicas de actuación que generan malestar y/o culpa.

El cuestionamiento y aclaración de los diferentes roles afecta tanto al ámbito familiar como el laboral. En ambas esferas es relevante *fomentar una actitud que posibilite «darse permiso»* para llevar a cabo acciones que en un contexto idealizado no tendrían cabida, como el restringir las actividades extraescolares de los hijos o el delegar en otras personas actividades relacionadas con el trabajo. Asimismo, el cuestionar los *«debería de»* o *«tendría que»*, en relación a los funcionamientos cotidianos, reduce los niveles de exigencia y coloca las actuaciones sobre unas bases de realidad más aceptables y manejables. Además, no todas las tareas requieren el ser hechas igual de bien, y por ello es importante *priorizar* y decidir cuáles necesitan realmente inversión de tiempo y energía y cuáles necesitan menos.

Es importante que ambos progenitores desarrollen una actitud de *mayor flexibilidad* y establezcan sus objetivos y prioridades. Esto implica que ambos miembros de la pareja tienen en primer lugar que dar valor y significado tanto a su funcionamiento parental y al contexto familiar, como a su rol de trabajadores extradomésticos, identificando todo aquello que les es beneficioso y gratificante de los distintos roles desempeñados, resaltando sus aportaciones y ganancias prioritarias y fundamentales.

Tras esto se plantea, las distintas opciones posibles, para *simplificar la vida familiar y poner límites al ámbito laboral*. Establecer aquellas áreas que tienen una mayor significación permite trabajar con más eficacia en el establecimiento de prioridades y en un funcionamiento más satisfactorio y menos exigente. En el ámbito laboral, el poner límites implica definir cómo restringir la participación en actividades y responsabilidades laborales, buscando el mejor ajuste. Esto, en ocasiones, supone la no realización de horas extras o la renuncia temporal a promociones que implican mayores demandas o exigencias. En este punto conviene *potenciar la equidad*, adoptando ambos progenitores una mirada igualitaria que dé el mismo significado e importancia al trabajo de cada uno. Los dos miembros de la pareja trabajan, los dos le dedican al trabajo tiempo y energía y es una parte significativa de sus vidas. Por ello es importante considerar el trabajo de los dos con el mismo respeto y consideración.

14.4.3.2. *Potenciar el compromiso y la corresponsabilidad*

La clarificación de valores es el primer paso para abordar posteriormente los desequilibrios y desigualdades presentes en la relación. Para llevar a cabo esta tarea es conveniente que se aborden las *habilidades de comunicación más relacionadas con problemas de control y poder*. Se ejercitarán dinámicas relacionadas con la escucha empática y activa, declaraciones que se expongan desde el «yo», el dar opiniones y no juicios, promoviendo el entendimiento.

Cuando la pareja puede comunicar sus necesidades de manera directa y positiva, se pueden *abordar de manera precisa las áreas conflictivas* que serán objetivo de negociación. En la búsqueda de la implicación activa y mutua en las tareas de casa y el cuidado de los hijos, un primer nivel de trabajo recomendable se centraría en la división general de las distintas tareas y responsabilidades familiares para, posteriormente, abordar el reparto de las tareas organizativas y de planificación (revisiones médicas, calendarios académicos u organización del tiempo libre).

Los datos obtenidos en el proceso de evaluación permitirán *abordar las razones* que en su momento justificaron la planificación actual de la vida familiar, y hacer visible la desigualdad que acarrea, así como *las atribuciones* que se están utilizando para el mantenimiento de estas dinámicas, de tal forma que puedan ser analizadas directamente en el proceso terapéutico. Asimismo, es clínicamente significativo *determinar el significado que tiene para cada cónyuge el cambio* que se quiere promover, para poder trabajar con las emociones que suscitan y poder así sortear los posibles obstáculos emocionales que genera dicho cambio. Puesto que el número de estrategias a poner en práctica es numeroso, la intervención se centrará, no tanto en una u otra estrategia en concreto, sino en ayudar a las parejas a reconocer y adoptar una forma de trabajo equitativa e igualitaria.

14.4.3.3. *Establecer dinámicas de cuidado*

Las parejas de doble empleo, que viven con altos niveles de estrés y conflicto el compaginar las numerosas tareas que se derivan de los diversos roles que desempeñan, frecuentemente se perciben desbordadas por las exigencias y responsabilidades, apremiadas por el trabajo tanto en casa como fuera de ella y con escasos tiempos de disfrute y bienestar. El tiempo, que perciben escaso, es prioritariamente dedicado a responder a las obligaciones, especialmente con los hijos y el trabajo, y se abandonan los momentos de disfrute e intimidad de la relación de pareja, así como los personales. Es por tanto importante que el trabajo terapéutico se centre en establecer dinámicas orientadas a potenciar actividades de cuidado tanto personales como de pareja y familiares con los hijos.

En el campo personal, *el disponer de un tiempo libre individual*, que no implique el abandono de responsabilidades, para realizar actividades que generan placer y disfrute, como tiempo para leer o hacer ejercicio, realizar manualidades o salir con amigos, permite recobrar energías y está íntimamente asociado a incrementos de bienestar emocional.

Un objetivo de especial importancia es *promover el apoyo emocional entre los cónyuges*. La percepción

de cohesión, intimidad y equipo es uno de los factores que más influyen para afrontar las dificultades y manejar el estrés. El terapeuta orientará a la pareja a que incentive las dinámicas de apoyo emocional, en las que los dos miembros de la pareja manifiestan su aprecio y reconocimiento al otro por sus esfuerzos y compromiso, y dediquen tiempo a escucharse y conectar con las emociones positivas y negativas. El hacer pequeños favores, ofrecer y dar ayuda, atender a los pequeños detalles cotidianos que facilitan el día a día, creará un clima de convivencia grato y estimulante. Conectar con el otro, a pesar del ajetreo vital de los horarios apretados, buscando momentos para el disfrute y bienestar con la pareja, permite fortalecer la relación. Es importante que en este trabajo ambos cónyuges actúen a la par y equilibren sus esfuerzos. El apoyo emocional es importante para mujeres y varones, y el desequilibrio en esta esfera pesa muy negativamente sobre la relación. En estas estrategias de ayuda la pareja puede, en ocasiones, valorar los mecanismos que les ayudan a desconectar al final de la jornada de trabajo y centrar su atención y energía en el campo familiar. Es importante que cada miembro de la pareja identifique las acciones que les facilita la desconexión, seleccionando aquellas actividades que son en esos momentos menos exigentes o más apaciguadoras, para poder con posterioridad asumir tareas más demandantes.

Finalmente, es importante *potenciar en la familia un clima de diversión*, no sólo a través de las actividades placenteras y agradables, sino fomentando el sentido del humor y la risa. Tomarse las cosas con humor, buscando los aspectos más agradables y divertidos, permitirá combatir mejor el estrés y abordar con mejores recursos las dificultades y retos que afrontan estas familias.

14.5. CONCLUSIONES

En los últimos años han tenido lugar profundas transformaciones en la estructura y comportamientos de las familias. Son cada vez más numerosos los núcleos familiares en los que ambos cónyuges mantienen un trabajo remunerado, compatibilizando

roles laborales y familiares. En estos nuevos perfiles familiares, tanto el varón como la mujer están en una situación de mayor exigencia, porque deben responder a los requerimientos de tres roles simultáneos, *trabajador/la* en un mercado laboral poco receptivo a culturas empresariales que atiendan a la situación personal y familiar de los trabajadores, *cónyuge* en una situación de nuevos retos para la pareja, y *madre o padre*, con los cambios en los roles parentales que se han producido en las últimas décadas. De ello se deriva una relación compleja, y a veces conflictiva, entre el mundo laboral y el familiar, con importantes repercusiones en ambos terrenos.

Esta situación de cambio genera en muchas ocasiones dificultades en las familias, al mantenerse como referentes expectativas y valores propios de estructuras familiares tradicionales, que marcan como deseables pautas de actuación incompatibles con los nuevos roles asumidos. Además, las nuevas propuestas que han ido surgiendo de los estudios e investigaciones sobre las vivencias y funcionamientos de las familias de doble empleo se han centrado inicialmente más en la búsqueda e identificación de los problemas y dificultades, lo que ha promovido que se haya divulgado en mayor medida una visión negativa y de conflicto. Las propuestas que resaltan las ventajas y beneficios presentes en estas familias no han tenido el mismo eco, por lo que su difusión ha sido menor, lo que no ha permitido contrarrestar, con la eficacia y contundencia necesaria, la panorámica pesimista mayoritariamente presente en los medios de comunicación y en el discurso social actual. Es por ello de especial relevancia que los psicólogos que trabajan en el campo de las relaciones familiares tengan un conocimiento riguroso y preciso de las dinámicas que influyen en el bienestar y malestar de estas familias, en las que ambos progenitores mantienen un desempeño a nivel laboral, de tal forma que puedan proporcionar modelos más saludables que incentiven la satisfacción y el bienestar.

El psicólogo de familia que trabaje con familias que viven desde la conflictividad y el desajuste el desempeño de los diferentes roles, debe establecer propuestas de intervención que atiendan a

las características propias de estas familias de doble empleo, proponiendo guías y pautas de actuación que promuevan la equidad y la correspon-

bilidad de ambos miembros de la pareja en su objetivo de balancear armoniosamente su vida familiar y laboral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aliaga, C. (2005). *Gender gaps in the reconciliation between work and family life. Statistics in focus: Population and Social Conditions*, 4/2005. Disponible en <http://www.eustatistics.gov.uk/themes/population/statsinfocus/index.asp>.
- Allen, T., Herst, D., Bruck, C. y Sutton, M. (2000). Consequences associated with work-to-family conflict: A review and agenda for future research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 278-308.
- Almeida, D. M., Wethington, E. y Chandler, A. L. (1999). Daily transmission of tensions between marital dyads and parent-child dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 49-61.
- Barnett, R. C. y Gareis, K. C. (2006). Role theory perspectives on work and family. En M. Pitt-Catsouphes, E. Kossek y M. Sweet (eds.), *The work and family handbook. Multidisciplinary perspectives, methods and approaches* (pp. 209-221). Mahwah, NJ: LEA.
- Belsky, J. (1990). Developmental risks associated with infant day care: attachment insecurity, noncompliance, and aggression? En S. Chehrizi (ed.), *Psychosocial Issues in day care*. Washington, DC: American Psychiatry Press.
- Belsky, J., Burchinal, M., McCartney, K., Vandell, D. L., Clarke-Stewart, K. A., Owen, M. T. y NICHD Early Child Care Research Network (2007). Are there long-term effects of early child care? *Child Development*, 78, 681-701.
- Bianchi, S. M., Milkie, M. A., Sayer, L. C. y Robinson, J. P. (2000). Is anyone doing the housework? Trends in the gender division of household labor. *Social Forces*, 79, 191-228.
- Brooks-Gunn, J., Han, W.-J. y Waldfogel, J. (2010). First-year maternal employment and child development in the first 7 years. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 75, 1-147.
- Cáceres, J. (1996). *Manual de Terapia de Pareja e intervención en familias*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Carlson, D. S., Kacmar, M. K., Wayne, J. H. y Grzywacz, J. G. (2006). Measuring the positive side of the work-family interface: Development and validation of a work-family enrichment scale. *Journal of Vocational Behavior*, 68, 131-164.
- Carlson, J., Sperry, L. y Lewis, J. A. (2005). *Family Therapy Techniques*. Nueva York: Routledge.
- Clarke-Stewart, K. A. (1989). Infant day care. Maligned or malignant? *American Psychologist*, 44, 266-273.
- Epstein, N. B. y Baucom, D. H. (2002). *Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples. A contextual approaches*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Escalera, M. E. y Sebastián, J. (2000). Trabajo y salud en la mujer: análisis comparativo de mujeres con trabajo remunerado y amas de casa. *Clinica y Salud*, 11, 195-229.
- Famwork Research Consortium. European Commission (2004). *Family life and Professional Work: Conflict and Synergy (FamWork). Household labour, work-family linkages, and family life: A State of the Art Report*. Descargado de [ftp://ftp.cordis.europa.eu/pub/citizens/docs/famwork_eur21268.pdf](http://ftp.cordis.europa.eu/pub/citizens/docs/famwork_eur21268.pdf).
- Franco, A. y Winqvist, K. (2002). *Women and men reconciling work and family life. Statistics in focus: Population and Social Conditions*, 3-9/2002. Descargado de http://www.eds-destatis.de/en/downloads/sif/nk_02_09.pdf.
- Frone, M. R., Russell, M. y Cooper, M. L. (1992). Prevalence of work-family conflict: Are work and family boundaries asymmetrically permeable? *Journal of Organizational Behavior*, 13, 723-729.
- Gottfried, A. E. y Gottfried, A. W. (2008). The upside of maternal and dual earner employment: a focus on positive family adaptations, home environments and child development in the Fullerton Longitudinal Study. En A. Marcus-Newhall, D. F. Halpersn y S. J. Tan (eds.), *The changing realities of work and family* (pp. 25-42). Nueva York: Wiley-Blackwell.
- Gottfried, A. E., Gottfried, A. W. y Bathurst, K. (1995). Maternal and dual-earner employment status and parenting. En M. H. Bornstein (ed.), *Handbook of parenting* (vol. 2, pp. 139-160). Nueva Jersey: LEA.
- Gottfried, A. E., Gottfried, A. W. y Killian, C. (1999). Maternal and dual-earner employment. En M. E.

- Lamb (ed.), *Parental and child development in non-traditional families* (pp. 15-37). Nueva Jersey: LEA.
- Gottman, J. M. (1999). *The marriage clinic*. Nueva York: W W Norton and Company.
- Greenhaus, J. H. y Beutell, N. J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *Academy of Management Review*, 10, 76-88.
- Greenhaus, J. H. y Powell, G. N. (2006). When work and family are allies: A theory of work-family enrichment. *Academy of Management Review*, 31, 72-92.
- Grzywacz, J. G. y Bass, B. L. (2003). Work, family and mental health: testing different models of work-family fit. *Journal of Marriage and the Family*, 65, 248-262.
- Grzywacz, J. G., Butler, A. B. y Almeida, D. M. (2008). Work, family and health: work-family balance as a protective factor against stresses of daily life. En A. Marcus-Newhall, D. F. Halpersn y S. J. Tan (eds.), *The changing realities of work and family* (pp. 194-215). Nueva York: Wiley-Blackwell.
- Haddock, S. A., Zimmerman, T. S., Ziemba, S. J. y Current, L. R. (2001). Ten adaptive strategies for family and work balance: Advice from successful families. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27, 445-458.
- Halford, W. K. (2001). *Brief Therapy for couples*. Nueva York: Guilford Press.
- Higgins, C. A., Duxbury, L. E. y Lyons, S. T. (2010). Coping with overload and stress: men and women in dual-earner families. *Journal of Marriage and Family*, 72, 847-859.
- Hochschild, A. (1989). *The second shift. Working Parents and the Revolution at Home*. Nueva York: Viking.
- Jacobson, N. S. y Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy*. Nueva York: W W Norton and Company.
- Martínez, M. P., Carrasco, M. J. y Aza, G. (2006). *Familias de doble empleo: claves diferenciales entre mujeres y varones para un modelo de conciliación de lo personal, familiar y social*. Investigación no publicada, Instituto de la Mujer.
- Martínez, M. P., Carrasco, M. J., Aza, G., Blanco, A. y Espinar, I. (en prensa). Family gender role and guilt in dual-earner families: a psychometric study of a new measure of guilty feelings about parenting with a Spanish sample. *Sex Roles*.
- Martínez, M. P., Carrasco, M. J., Aza, G., Espinar, I. y Blanco, A. (2009). Género, empleo y maternidad: análisis comparativo de mujeres con trabajo remunerado y amas de casa. *Cuestiones de Género: de la igualdad y la diferencia*, 4, 217-240.
- Montoro, R. (2000). El papel social y económico de las familias en la configuración del bienestar social. En R. Montoro, S. García, L. Gamir y G. Becker, *Dimensiones económicas y sociales de la familia*. Madrid: Fundación Argentina.
- NICHD Early Child Care Research Network (2005). *Child care and child development*. Nueva York: The Guilford Press.
- Rivero, A. (2005). *Conciliación de la vida familiar y la vida laboral: situación actual, necesidades y demandas (informe de resultados)*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Silverstein, L. B. (1991). Transforming the debate about child care and maternal employment. *American Psychologist*, 46, 1025-1032.
- Stoddard, M. y Madsen, S. R. (2007). Toward an understanding of the link between work-family enrichment and health. *Journal of Behavioral and Applied Management*, 9, 2-15.
- Stoltz-Loike, M. (1992). *Dual-career couples: New perspectives in counseling*. Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.
- Tobío, C. (2002). Conciliación o contradicción: cómo hacen las madres trabajadoras. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 97, 155-186.
- Tobío, C. (2004). Dilemas y estrategias de las madres que trabajan. *IX Jornada de Orientación y Terapia Familiar. Enfoques actuales en la conciliación familia-trabajo* (pp. 3-20). Madrid: MAPFRE.
- Zimmerman, T. S. (2001). *Balancing family and work. Special considerations in feminist therapy*. Nueva York: The Haworth Press.
- Zimmerman, T. S., Haddock, S. A., Current, L. S. y Ziemba, S. J. (2003). Intimate partnership: Foundation to the successful balance of family and work. *The American Journal of Family Therapy*, 31, 107-124.

La familia con personas mayores

MARÍA CRESPO

15.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA FAMILIA CON PERSONAS MAYORES

La primera pregunta que se nos plantea al acercarnos a este tema es: ¿qué es una familia con personas mayores? De hecho, las familias son en sí mismas multigeneracionales, y a medida que sus miembros más mayores van entrando en eso que ha venido en llamarse «la tercera edad», y que van sobrepasando la frontera tradicionalmente situada en los 65 años, pasan a convertirse en «familias con personas mayores». En consecuencia, una amplia mayoría de familias podrían considerarse en puridad «familias con personas mayores».

De una manera general, y siguiendo a Knight y McCallum (1998), en el ámbito en que nos ocupa se pueden considerar *familias con personas mayores* aquellas familias en las que «el paciente identificado» es una persona mayor, o más específicamente aquellas en las que las preocupaciones en torno al envejecimiento son centrales en el malestar de los miembros adultos de la familia. Estas preocupaciones se pueden centrar en el propio proceso de envejecimiento o en el modo en que el envejecimiento puede llegar a afectar, directa o indirectamente, a la capacidad de la familia para satisfacer las necesidades de sus distintos miembros (Qualls, 1996).

Este tipo de familias ha estado tradicionalmente excluido del quehacer de los psicólogos de familia y de la terapia familiar, que surgió originalmente para familias con un hijo en fase de desarrollo, y sólo en los últimos 15 años se ha aplicado a familias con personas mayores. Sin embargo, este enfoque

cobra sentido, dado el papel preponderante que tienen las relaciones familiares en la vida de las personas mayores, las cuales van ganando relevancia en las redes sociales de las personas a lo largo del ciclo vital. Es más, las relaciones familiares resultan claves en el bienestar, satisfacción y adaptación de las personas mayores.

15.1.1. Familias con personas mayores en España

Según pone de manifiesto la edición más reciente del informe sobre las personas mayores en España, nuestro país, al igual que otros países del sur de Europa (por ejemplo, Grecia o Portugal), tiene un elevado porcentaje de personas mayores que viven con alguno de sus descendientes (30,6 por 100), por encima de la media en otros países europeos (Lorenzo y Castejón, 2009).

Para una correcta comprensión de este fenómeno conviene, no obstante, distinguir dos tipos de situaciones: las personas mayores que viven con alguno de sus hijos o hijas en su propia casa (que constituyen el grupo mayoritario, un 25,6 por 100) y los que lo hacen en casa de éstos (que supondrían el 5 por 100 restante). Ambos grupos presentan características y motivaciones claramente diferenciadas.

La cohabitación de varias generaciones en el hogar de la persona mayor se produce en la mayoría de los casos por el retraso en la emancipación de los hijos, y se relaciona con personas mayores más jóvenes (con una media de edad en torno a los 74

años, estando la mayoría en torno al 59 por 100 entre los 65 y los 74 años). Se trata, pues, de hijos mayores no emancipados que siguen conviviendo con sus padres mientras éstos alcanzan los 65 años. A estos cabría sumar los hijos que tras un período de emancipación regresan, solos o acompañados de su propia familia, al hogar paterno, habitualmente en relación con cambios y adversidades (por ejemplo, divorcio, paro, desahucios...), si bien en muchos de estos casos lo hacen de forma temporal.

En cambio, cuando una persona mayor se trasladada al domicilio de alguno de sus hijos suele ser porque necesita algún tipo de apoyo o ayuda para desenvolverse en la vida cotidiana. De hecho, unos dos tercios de los mayores que residen en casa de sus descendientes tienen algún tipo de discapacidad. En el caso de los varones, nos encontramos con que el traslado puede producirse cuando se ven incapaces de asumir el cuidado de la casa, lo que con frecuencia se relaciona con el hecho de enviudar. En el caso de la mujer, acostumbrada a encargarse de las tareas domésticas, la necesidad de apoyo se relaciona, en cambio, con la aparición de discapacidades, y con frecuencia con una mayor edad. En consecuencia, el padre que va a vivir con sus hijos puede tener un mejor nivel de autonomía para sus actividades de la vida diaria (todo lo que tiene que ver con el baño, el aseo, la alimentación...), lo que supone una menor alteración en el funcionamiento familiar e impone menos demandas a la familia. Frente a esto, en el caso de las mujeres nos encontramos con frecuencia con personas de más edad y con niveles de dependencia más severos, que no pueden seguir viviendo solas y que necesitan más ayuda de los demás. De hecho, las personas mayores que viven en casa de algún descendiente son las más envejecidas (con una media de 82,3 años y un 36,4 por 100 de personas con 85 años o más), y presentan con más frecuencia algún tipo de discapacidad (solo un 34,1 por 100 no presentan problemas en este punto), llegando en un 28,9 por 100 de los casos a niveles moderados o graves.

Por tanto, gran parte de las reagrupaciones familiares se producen porque la persona mayor necesita algún tipo de cuidado, y ese cuidado suele ser proporcionado por las hijas. El traslado suele pro-

ducirse a casa de alguna hija, y sólo en aquellos casos en los que no hay ninguna hija disponible se recurre a los hijos. Es más, en aquellos casos en los que un hijo varón se ocupa de sus padres, suele contar con la ayuda o apoyo de su esposa o pareja, cuando no delega el cuidado en ella, algo que raramente sucede cuando la cuidadora de los padres es una hija (Crespo y López, 2008). Según datos proporcionados por el IMSERSO (2004), existen más cuidadoras mujeres que se ocupan de sus padres políticos que hijos cuidadores (9 por 100 nueras vs. 8 por 100 hijos), lo que resulta particularmente relevante cuando se considera el bajo porcentaje de cuidadores varones que se ocupan de sus suegros (1,5 por 100 del total de los cuidadores).

Entre las personas mayores que residen en el hogar de alguno de sus descendientes, hay que señalar a los que lo hacen de forma rotativa, los coloquialmente llamados «abuelos golondrina», que habitualmente rotan de forma periódica por el hogar de sus hijos y que suponen, según el informe del IMSERSO (2004), un 7,8 por 100 de las personas mayores que reciben algún tipo de cuidado.

Pero más allá de las situaciones de convivencia, los datos señalan una fuerte implicación y relación de las personas mayores con sus familiares, y de manera especial con sus hijos. Los datos de la Encuesta sobre Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE: <http://www.share-project.org/>) indican que, en general, los jóvenes europeos, y los españoles no son una excepción, se independizan próximos a la vivienda familiar (casi 7 de cada 10 lo hacen a una distancia inferior a los 25 km), lo que facilita el intercambio de bienes y servicios y también la comunicación. De hecho, el contacto es muy frecuente (diario para más del 30 por 100 de los entrevistados en España), especialmente con las madres.

Este contacto se ve, además, favorecido por la creciente implicación de las personas mayores en el cuidado de los nietos (que se da en más del 40 por 100 de los abuelos europeos). Además, hay que tener en cuenta que las personas mayores valoran muy positivamente sus relaciones con los nietos, de la que deriva para ellos satisfacción emocional y sentido de continuidad generacional (Blieszner, 2009). Es más, la alta implicación familiar se sigue poniendo de ma-

nifiesto incluso después de la institucionalización de la persona mayor, siendo frecuentes las visitas en la residencia e incluso la participación directa en el cuidado del mayor.

15.1.2. Problemas y necesidades de intervención en familias con personas mayores

Las familias con personas mayores se enfrentan a retos específicos, que sin ser exclusivos de ellas, en la mayoría de los casos, ya que pueden darse en otras edades, sí que son más frecuentes en personas mayores (por ejemplo, muerte, enfermedad...). Estos retos se relacionan en gran medida con pérdidas, en el sentido amplio de la palabra, incluyendo aspectos tales como enfermedad crónica y discapacidad, cuidado y duelo. De hecho, algunos autores (por ejemplo, Knigh y McCallum, 1998) apuntan que lo que se percibe como especial de la vejez tiene más que ver con estos aspectos que con la propia edad.

En relación con estos retos (que implican entradas o, más a menudo, salidas de miembros, así como acontecimientos vitales significativos tales como la jubilación), la familia con personas mayores sufre una serie de transiciones que alteran sus propias estructuras. La mayoría de estas transiciones, o cambios estructurales, tienen lugar sin que se produzca una gran alteración o conflicto que hagan necesarias la intervención. De hecho, la falta de ajuste a este tipo de acontecimientos parece más la excepción que la regla (Qualls, 2000), con la salvedad de las familias que cuidan de una persona mayor frágil o en situación de dependencia, especialmente cuando la dependencia viene motivada por algún tipo de demencia. Tal vez por ello, este es el tipo de familia con personas mayores que más atención ha recibido, de modo que gran parte de lo que se plantea para la intervención en familias con personas mayores toma como punto de referencia las situaciones de cuidado dentro de la familia y, más específicamente, el cuidado de una persona mayor con demencia.

De una manera general, las *necesidades de intervención* en las familias con mayores se pueden siste-

matizar en las siguientes (Qualls, 2000; Sörensen, King y Pinquart, 2006):

- *Sistemas familiares* que están adecuadamente estructurados para satisfacer las necesidades de sus miembros, pero *que muestran déficits en aspectos tales como información, habilidades, motivación, recursos...*, para llevar a cabo las funciones necesarias. Pueden requerir tan sólo información o formación para suplir esos déficits específicos, o algún tipo de apoyo.
- *Sistemas familiares* con una buena estructura que, sin embargo, se ven *superados ante determinadas demandas, crisis o transiciones* (por ejemplo, cuidado cuando surge la dependencia, traslado de la persona mayor que acaba de enviudar al domicilio de uno de sus hijos, decisión de institucionalización de la persona mayor...). Las reacciones de una familia a una crisis vienen determinadas por su historia previa, además de por la propia crisis. Se trata de un sistema de relaciones de larga duración que ahora afronta la necesidad de cambiar en respuesta a las nuevas demandas de la situación. Hay que tener en cuenta, además, que los lazos y relaciones familiares siguen operando en muchos casos incluso cuando la familia ya no convive bajo el mismo techo. En estos casos las familias pueden necesitar asistencia para reorganizar roles, estructura, responsabilidades..., y para solucionar posibles conflictos o desacuerdos, en forma de consulta familiar o incluso con un acercamiento mediacional.
- *Sistemas familiares pobremente estructurados para satisfacer las necesidades de algunos o todos sus miembros*. Algunas de estas familias tienen problemas de funcionamiento prolongados que han continuado así hasta la entrada en la vejez, cuando su probabilidad de «salir a la luz» se incrementa al producirse un aumento del contacto con los servicios sociales y de salud. Es más, en estos casos las transiciones relacionadas con la edad pueden poner más claramente de ma-

nifiesto tensiones interpersonales de larga duración. La intervención requerida en estos casos implica una reorganización del sistema que supone una terapia familiar, con objetivos y planteamientos similares a los de cualquier otra fase evolutiva. Implica, por tanto, aquellos casos en los que las intervenciones se centran en las interacciones de la familia y cuando la evaluación revela que el problema del cliente implica la estructura o el funcionamiento de la familia

15.2. INTERVENCIÓN EN FAMILIAS CON PERSONAS MAYORES

Como se ha indicado anteriormente, las familias con personas mayores no han sido foco de atención habitual en la intervención familiar. Es más, existe poca investigación empírica sobre la eficacia de las intervenciones familiares en este campo.

Además, hay que tener en cuenta que en el caso de las familias con personas mayores raramente buscan ayuda como una unidad, sino que el que acude a terapia es uno de sus miembros, generalmente la propia persona mayor o su cuidador, que son las puertas de acceso más habituales a la familia. De hecho, la alta significación que tienen las relaciones familiares en la vida de las personas mayores hace que los servicios que trabajan con ellas tengan un intenso contacto con sus familias, cuya cooperación se asume en muchos casos. Sin embargo, la tendencia en los servicios es centrarse en la persona mayor y en su cuidador principal, y concentrarse en las preocupaciones inmediatas. En consecuencia, pueden pasar más desapercibidos otros aspectos, tales como las demandas que imponen sobre el cuidador otros miembros de la familia, o sus implicaciones laborales, o la historia de relación de la familia (que, sin embargo, puede tener un impacto significativo en las experiencias de todas las personas implicadas y puede afectar a la actitud y capacidad de los distintos miembros para proporcionar y recibir apoyo).

Una dificultad adicional es que los equipos multidisciplinarios raramente tienen tiempo suficiente para prestar atención a estos aspectos familiares más

amplios, a lo que se puede sumar la falta de confianza en el manejo de situaciones de conflicto, por ejemplo en sesiones familiares (Curtis y Dixon, 2005).

Es más, el resto de miembros de la familia pueden mostrarse altamente reticentes a implicarse en este tipo de intervención, que pueden llegar a considerar ajena a sí mismos (por ejemplo, los hijos que se «desentienden» del cuidado de uno de sus padres, delegándolo sobre uno de los hermanos, o más frecuentemente, hermanas, suelen ser reacios a participar en este tipo de intervenciones).

15.2.1. Evaluación del sistema familiar

Tal y como señalan Knight y McCallum (1998), en estos casos es importante evaluar el sistema familiar, además de la persona mayor, y en esa evaluación se han de incluir algunas características amplias de la familia. Así, comprender el rol que históricamente ha jugado el paciente en el sistema familiar puede ayudar al clínico a entender la perturbación que causa en la familia el trastorno del paciente y la reacción de la familia a esas alteraciones en el sistema. Es más, si los problemas del paciente llevan presentes algún tiempo (incluso varios años), se requiere volver la vista atrás al momento en que el funcionamiento del paciente era pleno para determinar la importancia del paciente en el sistema familiar. También se ha de explorar la proximidad y distancia de los distintos miembros de la familia. Si el clínico puede entrevistar a varios miembros de la familia, podrá tener una panorámica de las alianzas y conflictos históricos dentro de la red familiar. Asimismo, y como en cualquier otro tipo de familia, se debe indagar sobre historia de abuso, violencia y, particularmente en el caso de las personas mayores, de negligencia.

El clínico ha de considerar la posibilidad de que la persona mayor no sea la única que presente algún tipo de trastorno en la familia. De hecho, puede ser la convergencia de varios problemas lo que lleve a la familia a buscar ayuda. Por tanto, el clínico habrá de indagar quiénes presentan malestar emocional en la familia, quiénes tienen algún tipo de deterioro (cognitivo, emocional...) y si el problema es indivi-

dual o reside en los patrones de interacción entre los individuos. A partir de aquí tomará decisiones estratégicas para la intervención, teniendo en cuenta quién se puede beneficiar más de la misma, y las disponibilidades (por ejemplo, a la hora de decidir entre un enfoque familiar o individual).

Desde el punto de vista de la familia, este tipo de evaluación les va a ayudar a entender el problema y a planificar la intervención. De hecho, una sesión de *feedback* orientada a la familia puede ser una herramienta importante para ayudar a la persona mayor y a su familia a lo largo del proceso. Este tipo de sesiones puede servir a varios objetivos: reúne a la familia, proporciona la oportunidad de dar información a todos acerca de la evaluación, y proporciona un entendimiento común de la intervención que se plantea. Es más, hay razones para incluir en esta sesión, como en las posteriores sesiones de intervención, a la propia persona mayor (incluso en aquellos casos en los que presenta demencia): proporciona la oportunidad de modelar una comunicación abierta sobre la demencia, proporciona oportunidades para demostrar el deterioro cognitivo a aquellos miembros de la familia que aún lo niegan, permite al paciente participar en la discusión sobre la situación a la que se enfrenta la familia, y permite la respuesta del paciente al clima emocional que se genera en la sesión. Es más, la exclusión del paciente puede conllevar, además de una mayor dificultad en la comunicación, la generación de suspicacias y, eventualmente, de ulteriores crisis (Knight, 2004). No obstante, este tipo de sesiones puede ser problemática para muchos profesionales por las dificultades emocionales que supone hablar abiertamente con el propio paciente de un tema como la demencia.

15.2.2. Consideraciones prácticas para la intervención

En familias con personas mayores suele ser más difícil que en otros grupos (por ejemplo, familias con hijos pequeños) trabajar con todo el sistema familiar, o incluir a todos los miembros en sesiones familiares, debido a la mayor dispersión geográfica y al contacto menos frecuente entre sus miembros.

Un problema adicional puede ser la decisión sobre a *quién incluir* en el sistema familiar. ¿Se adopta un concepto restrictivo que incluya sólo a padres e hijos (familia nuclear), o se opta por uno más amplio en el que tengan cabida hermanos de la persona mayor, nietos..., o incluso otras personas significativas? Habitualmente se suele centrar la intervención en padres e hijos, quedando excluidos los nietos, aunque las relaciones con ellos suelen ser de gran relevancia para las personas mayores, y pueden jugar un papel fundamental en su estado emocional. Del mismo modo, tampoco suele considerarse a los hermanos, aunque los datos indican que éstas son las relaciones más significativas con personas de su propia edad que mantienen las personas mayores, siendo particularmente estrechos los lazos entre hermanas (Blieszner, 2009).

Quién se incluye y quién se excluye de las sesiones puede determinar la evolución de la intervención. Es más, algunas de las personas no participantes pueden llegar a convertirse en «saboteadores» de la intervención. Sin embargo, la decisión no es fácil. Si se incluye a muchos, los grupos pueden llegar a ser inmanejables. Incluso en aquellos casos en los que el tamaño es manejable, la distancia geográfica puede limitar los contactos. En cualquier caso, hay que prestar especial atención a propiciar los contactos con los miembros de la familia más distantes (por ejemplo, aprovechando las visitas que hagan a la persona mayor), recurriendo cuando sea preciso a contactos telefónicos, videoconferencias... En este sentido, Knight y McCallum (1998) recomiendan que el terapeuta adopte un modelo de inclusividad y comunicación abierta en la mayor medida posible.

Otro aspecto clave es la determinación de *quién es el cliente*. Se puede contestar a esta pregunta como toda la familia o como uno de sus miembros (habitualmente la persona mayor o su cuidador). El resultado de la intervención también será diferente en función del enfoque adoptado (individual vs. familiar) y de la persona específica seleccionada como centro de la intervención. En cualquier caso, cuando la intervención es solicitada por uno de los miembros de la familia, el terapeuta ha de tener claro para quién trabaja y hacérselo ver al resto de la familia, si bien es importante transmitir que el terapeuta,

como el diplomático, tiene como objetivo negociar los diferentes puntos de vista y alcanzar una solución de compromiso con la que todos ganen, en lugar de que todos pierdan (Knight y McCallum, 1998).

Para cumplir estos objetivos puede ser conveniente contar con dos *terapeutas*, cuyo *rol*, como en cualquier sesión familiar, va a ser, primariamente, facilitar la comunicación entre los miembros de la familia, observar conflictos y dificultades de comunicación y, circunstancialmente, resolver «puntos muertos» a través de compromisos potenciales (Knight, 2004). En este sentido, hay que tener en cuenta que la familia, como grupo que es, toma decisiones por los procesos habituales de decisión grupal (i.e., comunicación, persuasión y relaciones de poder), siendo el conflicto algo normal y esperable.

Finalmente, como señalan Knight y McCallum (1998), conviene tener presentes algunas *consideraciones específicas en la intervención en familias con personas mayores*, que vienen determinadas por sus propias características, y entre las que estos autores destacan las siguientes:

- *El efecto de la madurez* o la necesidad de adoptar un punto de vista de desarrollo adulto como contrapeso a la tendencia a asumir de manera casi automática que las personas mayores son frágiles, dependientes, discapacitadas... En ausencia de trastornos, las personas mayores mostrarán un incremento de la complejidad cognitiva y emocional, y un desarrollo experiencial en áreas como la familia y las relaciones... Todos estos factores han de tenerse en cuenta en las dinámicas familiares, y avalan la inclusión de la propia persona mayor en las sesiones familiares y en todo el proceso de intervención familiar.
- *Diferencias de cohorte*: a la hora de trabajar con personas mayores resulta esencial diferenciar el efecto de la edad del de la pertenencia a una determinada cohorte o generación, la cual tiene un punto de vista concreto sobre la familia, las relaciones y, en el caso concreto de las personas mayores, determinadas perspectivas, actitudes y expectativas acerca de la atención, el respeto o el cuidado a los

mayores. La intervención familiar ha de tener en cuenta que las distintas generaciones pertenecen a distintas cohortes, cada una con sus propias vivencias y puntos de vista, que pueden entrar en conflicto (como tan habitualmente sucede, por ejemplo, entre padres y adolescentes). Cara a la intervención en familias conflictivas, y en concreto en el caso de las familias con personas mayores, puede ser de utilidad separar los conflictos basados en estas diferencias de cohorte, de otros conflictos. Así, por ejemplo, comprender que algunos de los desacuerdos sobre la atención a las personas mayores pueden relacionarse con diferencias en los valores de las distintas generaciones (padres e hijos), lo cual puede ayudar a aliviar tensiones familiares.

- *Contexto social de las personas mayores*: la necesidad de conocer el ambiente social en el que se desarrolla la vida de las personas mayores, incluyendo servicios y dispositivos (por ejemplo, hogares del jubilado, viajes del IM-SERSO, universidad para mayores, centros de día, residencias...) o normativas (por ejemplo, pensiones). Este tipo de conocimiento resulta especialmente útil para ayudar a que el resto de los miembros de la familia consideren el punto de vista de la persona mayor, y cómo éste afecta al funcionamiento global. Así, por ejemplo, permite al clínico identificar si la resistencia de la persona mayor ante los esfuerzos de sus hijos para que acuda a un servicio se debe al servicio específico o a todos los servicios en general, o incluso al hecho de que se trate de servicios reservados sólo para personas mayores.

15.3. INTERVENCIONES FAMILIARES PARA CUIDADORES DE PERSONAS MAYORES FRÁGILES O EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Las intervenciones familiares con cuidadores son las más desarrolladas dentro de las intervenciones en familias con personas mayores, y de manera

particular se han desarrollado las intervenciones familiares para cuidadores de personas con Alzheimer u otras demencias. Aun así, hay pocas intervenciones para cuidadores desde esta perspectiva, e incluso menos evaluaciones sistemáticas de las intervenciones basadas en una perspectiva familiar (Crespo y López, 2007).

Tradicionalmente, la atención de los profesionales se ha venido centrando en el cuidador primario o principal, con exclusión de otros roles familiares, adoptando un modelo de estrés y afrontamiento (tomando como referencia fundamental el modelo de estrés del cuidador de Pearlin, Mullan, Semple y Skaff, 1990). En consecuencia, tanto en la investigación como en la práctica clínica sobre el cuidado se ha tendido a asumir un enfoque individual. De hecho, sólo un limitado número de estudios han adoptado una perspectiva más global, considerando todo el sistema familiar, y, en concreto, aspectos tales como el impacto del cuidado en las relaciones familiares, la interacción entre demencia-cuidado-relación de pareja o el rol de amigo o nietos en las redes de cuidado (véase Curtis y Dixon, 2005).

Sin embargo, cada vez se hace más patente (véase, por ejemplo, Sörensen et al., 2006 o Zarit y Zarit, 2007) la necesidad de incluir una perspectiva más amplia en el abordaje terapéutico del cuidado, por varias razones. En primer lugar, porque cuando aparece la dependencia en personas mayores, el impacto afecta a toda la familia, que, además, ha de hacer frente a importantes tareas de negociación de nuevos roles, incluyendo cambios en la responsabilidad en la toma de decisiones. Es, pues, la familia en su conjunto la que va a tener que afrontar el impacto de las transiciones relacionadas con la edad. En consecuencia, los modelos de intervención centrados en la familia y sus interacciones pueden ofrecer un acercamiento interesante que, sin embargo, se ha estudiado mucho menos.

En segundo lugar, porque la familia supone una fuente fundamental de apoyo para los cuidadores, no reemplazable por sistemas de apoyo formal, ya que, aparte de proporcionar un soporte emocional que puede ser insustituible, posibilita una asistencia flexible en las tareas de cuidado, no sujeta a las restricciones horarias de los servicios formales. Tra-

bajar con toda la familia conjuntamente es el mejor método de construir ese apoyo (Zarit y Zarit, 2007).

Y en tercer lugar, porque los datos de diversas revisiones y metaanálisis (por ejemplo, Gallagher-Thompson y Coon, 2007; López y Crespo, 2007; Pinquart y Sörensen, 2006; Sörensen, Pinquart y Duberstein, 2002) ponen de manifiesto que el efecto de las intervenciones que hasta la fecha se vienen utilizando con cuidadores es moderado. Si bien estos resultados suelen relacionarse con la naturaleza misma de la situación de cuidado (i.e., un estresor crónico que tiende a agravarse con el paso del tiempo), algunos autores (por ejemplo, Knight, 2004) apuntan que también podría relacionarse con el tipo de intervención que se está aplicando, aludiendo específicamente a su carácter individual (no sólo en modo de aplicación, sino también en planteamiento).

La importancia del enfoque familiar empieza a ser reconocida, y recomendada por varias instituciones. Así, y por mencionar sólo algunos ejemplos, la *Family Caregiver Alliance* (2006) incluye, entre sus recomendaciones para la evaluación del cuidador y de la situación de cuidado, la de adoptar una perspectiva centrada en la familia, a la que se ha de considerar la unidad de cuidado. Es más, entre las decisiones previas a la evaluación considera relevantes las siguientes:

- Cuando la situación implica a más de un cuidador, habrá de determinarse si la evaluación se realizará con todos conjuntamente y con cada cuidador independientemente. Además, resulta esencial en un primer momento clarificar los roles de los distintos miembros de la familia.
- Establecer la conveniencia de la presencia o ausencia del receptor de cuidados, lo cual va a depender de la situación y las preferencias del cuidador.
- Puede ser de interés, cuando sea posible, la visita al hogar del cuidador.

En la misma línea, el NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*, 2007) indica que las intervenciones para cuidadores, en este caso de personas con demencia, han de incluir, entre otros

aspectos (por ejemplo, información, apoyo, entrenamiento...), la implicación de otros miembros de la familia, considerando, además, la inclusión del propio paciente.

15.3.1. El impacto familiar del cuidado

Cuidar de una persona mayor en situación de dependencia es un acontecimiento familiar, especialmente en culturas como la nuestra en las que predomina el paradigma del modelo de bienestar «familiarista». Desde esta perspectiva, el cuidado afecta a una red extensa de personas que comparten una historia emocional y personal, y que se ve implicada en un proceso de ajuste a un nuevo equilibrio a medida que las necesidades de la persona mayor cambian. Así, por ejemplo, la familia necesita cubrir los roles que antes ocupaba la persona mayor; asimismo, es probable que distintos miembros de la familia asuman de distinta forma la pérdida parcial del mayor y que tengan distintos grados de éxito en la aceptación y adaptación a los cambios. Es más, dado que con frecuencia las familias están dispersas cuando surge el cuidado, los dilemas del cuidado pueden reunir a miembros de la familia que no tenían relación regular desde hacía años, haciendo así resurgir asuntos y conflictos familiares previos (por ejemplo, quién es el favorito, quién es la oveja negra...).

Recientemente, Qualls (2008) ha realizado una adaptación del modelo de evolución de Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit y Whitlach (1995), para el análisis de los *estadios de la adaptación familiar a la situación de cuidado* en casos de pacientes con demencia. Tomándola como punto de referencia, y ampliándola a cualquier situación de dependencia en personas mayores, se podría establecer la siguiente propuesta:

- La transición a una situación de cuidado de una persona mayor es relativamente impredecible (en términos de edad cronológica), relacionándose más bien con la aparición de enfermedad. Por ello, su aparición puede ser brusca (un ejemplo habitual es el de una caída que conlleva una rotura de cadera) o gra-

dual (como en el caso de la demencia), y su curso varía entre progresivo, crónico, con recaídas...

En casos de deterioro cognitivo o demencia, y en muchos casos de dependencia de aparición gradual, se podría hablar de una *fase pre-cuidado*, en la que comienza a detectarse el impacto sobre el grupo familiar, en forma de incertidumbre ante lo que está pasando (por ejemplo, olvidos cada vez más frecuentes), con malestar por los cambios que están teniendo lugar en el paciente y en la familia. En esta etapa aún no se dispone de un diagnóstico, y los problemas pueden atribuirse a factores como estrés, depresión, personalidad... Sólo poco a poco la familia va dándose cuenta de las limitaciones del paciente:

- En estos casos progresivos, se avanzaría hacia una *fase de transición al cuidado*, en la que la familia se da cuenta de que hay un deterioro funcional que probablemente se relaciona con un diagnóstico (se puede decir que el problema ha recibido ya su nombre). En esta fase pueden observarse varios fenómenos dentro de la familia:
 - En ocasiones la familia puede experimentar frustración o culpa por no haberse dado cuenta antes de lo que estaba pasando.
 - Asimismo, pueden aparecer discrepancias entre los miembros de la familia en la respuesta al problema, desde aquellos que lo ignoran, pasando por los que lo niegan, e incluyendo a aquellos otros que comienzan a atender al paciente, pudiendo llegar a avanzar cuidados que aún no son necesarios.
 - También pueden surgir discrepancias con el propio paciente, al que se puede atribuir falta de colaboración en los esfuerzos que la familia hace por mantener su seguridad y por enseñarle nuevas tareas.

En este momento no se ha producido aún una reestructuración de los roles, pero sí que pueden haberse iniciado cambios en

la estructura de toma de decisiones, cambios que pueden llevar a conflictos incluso con el propio paciente (por ejemplo, la familia en la que el padre de familia, líder habitual en la toma de decisiones, ha de dejar de conducir por prescripción facultativa respaldada por la decisión familiar).

- A medida que la enfermedad va produciendo déficits que afectan al autocuidado y a las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, el paciente va perdiendo autonomía (de forma gradual o brusca, dependiendo del cuadro que presente) y se hace necesaria la implicación de la familia para la compensación de esos déficits. En esta *fase*, en la que el *cuidado* de la persona mayor se plantea como una necesidad, éste suele recaer sobre un miembro de la familia, emergiendo la cuestión de cómo se elige a ese cuidador principal y de qué hace el resto de miembros de la familia para ayudar en el cuidado. Se altera así la estructura de roles de la familia y, además, se altera la estructura de toma de decisiones; y en ocasiones, especialmente cuando existe deterioro cognitivo, la familia empieza a tomar decisiones por el paciente.

Asimismo, toda la familia está implicada en un proceso de ajuste a un nuevo equilibrio a medida que las capacidades del mayor cambian, en el que pueden aparecer diversas dificultades:

- Diversidad de puntos de vista en los distintos miembros de la familia respecto la necesidad de cuidado, la estrategia de cuidado..., que puede derivar en conflictos que pueden llegar a dirimirse en los tribunales (procesos de incapacitación, tutela...).
- Discrepancias sobre la distribución de las tareas de cuidado y sobre la percepción de las mismas: ¿hay otros miembros de la familia que podrían ayudar?, ¿hay miembros de la familia que quieren ayudar y son bloqueados por el cuidador principal?
- Cuando la relación era ya conflictiva, el cuidado puede ser especialmente proble-

mático y generar sentimientos negativos, o reavivar conflictos previos que permanecían más o menos latentes.

- En las *fases tardías del cuidado* se incrementa la participación de agentes externos (servicios sociales, instituciones...), para atender a las necesidades de plena asistencia del paciente. Surge la toma de decisiones sobre el final de la vida, y los diversos miembros de la familia empiezan a anticipar la muerte y lo que sucederá después.
- Finalmente, en la *fase post-cuidado*, una vez producido el fallecimiento de la persona mayor, la familia ha de manejar y cerrar el proceso, atendiendo, además, a diversos asuntos (por ejemplo propiedades, herencia...), en los que pueden reavivarse conflictos previos.

15.3.2. Caracterización de las intervenciones familiares con cuidadores

Tomando como punto de referencia la propuesta de Qualls (2008), las intervenciones familiares para cuidadores asisten a la familia en el reconocimiento, interpretación y toma de acciones para hacer frente a los síntomas de deterioro relacionados con la edad mientras se satisfacen las necesidades de los diversos miembros de la familia. Los *objetivos primarios de esta terapia* son:

- Empoderar a las familias para tomar decisiones que manejen los niveles de riesgo y potencien el máximo nivel de autonomía de la persona dependiente.
- Asistir al cuidador en la relación con otros miembros de la familia, de modo que le proporcionen apoyo práctico y subjetivo y un funcionamiento familiar saludable.
- Hacer un balance entre las necesidades y crecimiento de todos los miembros de la familia de acuerdo con los valores de cada familia.
- Facilitar la reestructuración de los roles de los distintos miembros de la familia y de los procesos de cuidado, de modo que se maxi-

mice la calidad de vida del mayor, del cuidador y de los otros miembros de la familia.

En general, las intervenciones en este campo no son propiamente terapia de familia. Conviene resaltar que el enfoque de la terapia familiar, al implicar una visión de la familia como sistema, tiene unas connotaciones teóricas y para la intervención que sobrepasan las meras sesiones familiares. Éstas, en la mayoría de los casos, se encuadrarían, siguiendo la diferenciación establecida en el apartado 1.2 de este mismo capítulo, dentro de las consultas familiares o las sesiones familiares dirigidas a sistemas familiares con una buena estructura pero que se ven superados ante determinadas demandas, crisis o transiciones, en las que pueden requerir algún tipo de apoyo (en ese caso, todas las relacionadas con la situación de dependencia y el cuidado).

La perspectiva familiar, en general, aboga por la inclusión de otros miembros de la familia del paciente, además del propio cuidador, en las sesiones terapéuticas. Incluso esos contactos pueden precisar sesiones telefónicas o sesiones familiares. Este enfoque puede llevar a una mayor sensación de entendimiento de lo que está pasando (aun cuando no conlleve cambios).

Los *objetivos de las sesiones familiares* varían en función de las circunstancias específicas; no obstante, entre los más habituales cabe reseñar:

- Resolver diferencias en las visiones de la seriedad de los problemas y el deterioro del paciente.
- Discusión de las barreras para compartir tareas de cuidado, y adopción de planes y estrategias consensuadas.
- Resolución de conflictos interpersonales que generen un estrés adicional para el cuidador.
- Toma de decisiones sobre aspectos clave del cuidado (por ejemplo, institucionalización).
- Iniciación de la comunicación sobre temas con alta carga emocional (por ejemplo, muerte de un progenitor) y ruptura de barreras en las vías de comunicación entre distintos miembros de la familia (por ejemplo, hermanos que llevaban tiempo sin hablarse).

Hay que tener siempre presente que la evaluación que emerge de las sesiones familiares es casi siempre diferente de la que surge de conversaciones individuales con el cuidador (por ejemplo, percepción del cuidador de que los otros no quieren ayudar, mientras que los demás perciben al cuidador como monopolizador del cuidado que les impide colaborar). En estas sesiones, una buena estrategia es tener dos terapeutas (un coterapeuta adicional al que está tratando al cuidador).

Tal vez el **protocolo de intervención familiar** con cuidadores de personas mayores más desarrollado hasta la fecha sea el propuesto por **Qualls (2008)**, dirigido específicamente a cuidadores de personas mayores con deterioro cognitivo, y en el que se incluyen las siguientes actuaciones:

a) *Evaluación del cuidador y del sistema familiar*. La terapia comienza con la identificación del cuidador y con el análisis del estado funcional del «paciente». Aunque la terapia la inicie un único cuidador, los demás miembros de la familia pueden tener que estar implicados en el proceso. Habitualmente, la familia inicia el proceso cuando se encuentra confusa sobre qué hacer o cómo actuar: ve un problema, pero no sabe exactamente cómo actuar (por ejemplo, hacer que una persona con signos de demencia deje de conducir, o que se someta a una evaluación neuropsicológica). En esta fase suele ser necesaria una clarificación del diagnóstico, así como información para la familia de lo que supone el diagnóstico, sobre todo cuando el contacto con la familia se establece en fases iniciales de la enfermedad, y especialmente en casos de deterioro cognitivo. Se ha de proporcionar información detallada sobre la interpretación de la evaluación médica, neuropsicológica y funcional, a todos los miembros de la familia implicados en el proceso de toma de decisiones. Eso se hace de manera directa, o a distancia (recurriendo al uso de nuevas tecnologías) con aquellos miembros de la familia no directamente accesibles. El proceso ha de ser interactivo y ha de conducir a una mejor comprensión y aceptación del diagnóstico. A su vez, este proceso puede ayudar al terapeuta a comprender los procesos de toma de decisiones y la estructura de roles en la familia. En esta

fase suele ser necesario trabajar en solución de problemas y habilidades de comunicación.

Una vez se dispone de toda la información sobre el estado del paciente, se realiza una reunión de *feedback* con la familia al completo (incluido el paciente), en la que se proporciona una guía con estrategias para optimizar el funcionamiento (haciendo frente a los distintos déficits que presenta la persona). Esta información ha de transmitirse también a otros miembros de la familia, amigos... Conviene dar esa información por escrito, para que puedan releerla una vez pasado el shock del diagnóstico.

b) *Reestructuración familiar para afrontar el cuidado*. Incluye la evaluación de los roles de los distintos miembros de la familia y de las estructuras de toma de decisiones, para ver qué funciones van a desempeñar los distintos miembros y cuál será la implicación de la propia persona mayor en el proceso. Suele implicar a todos los miembros de la familia, incluido, cuando sea posible, el propio paciente. Para establecer la pertinencia de esta participación se puede recurrir a las guías para la evaluación de las capacidades de las personas para participar en diversos tipos de decisiones legales, tales como las publicadas por la American Bar Association Commission on Law and Aging y la APA (2005, 2006) en Estados Unidos, o en nuestro país la guía sobre Aspectos jurídicos e interés para familiares de personas con Alzheimer, publicada recientemente por PricewaterhouseCoopers (2010).

El proceso de reestructuración comienza con una discusión de los valores acerca de la vejez, la familia, el cuidado y el final de la vida, que sirve de base para las decisiones prácticas y para alcanzar acuerdos. A partir de ahí, se pasa a identificar las tareas concretas que han de realizarse: se proporciona educación y formación sobre estrategias alternativas para afrontar las necesidades de cuidado, los servicios de apoyo formal y las estructuras de cuidado informal. En este momento pueden ser referidos a un trabajador social. Asimismo, conviene identificar los roles, estilos de comunicación y posibles temas tabú de la familia. La definición de todos estos elementos puede implicar entrenamiento en solución de problemas. Una vez se establece cómo se proveerá el cuidado, el terapeuta facilita la discu-

sión acerca de la configuración de roles, definiendo, además, el sistema, y subsistemas, de toma de decisiones que va a adoptar la familia.

A este respecto, y como señala la propia Qualls (2000), hay que tener en cuenta que el primer subsistema de toma de decisiones, el que prevalece, suele ser el de la pareja, con independencia del estadio vital. Este escenario cambia de manera importante ante el fallecimiento de uno de los esposos, o cuando su deterioro cognitivo dificulta su participación en los procesos de toma de decisiones. En ese momento, las decisiones principales pueden ser retenidas por el esposo que queda, que puede compartir la responsabilidad con otros miembros de la familia, habitualmente los hijos. Entra así en juego un subsistema de toma de decisiones que raramente ha estado activo previamente, ya que a lo largo de la vida adulta los hermanos raramente toman decisiones conjuntamente, aunque tengan relaciones emocionalmente significativas. Las únicas decisiones que comparten tienen que ver sobre dónde ir de vacaciones o dónde reunirse para alguna celebración. El declive en la capacidad de decisión de los padres o la muerte de uno de ellos lleva a que los hermanos se impliquen en decisiones conjuntas, en un proceso que puede requerir de apoyo externo (por ejemplo, intervención familiar que les enseñe un proceso de toma de decisiones conjuntas, más que decisiones concretas ante problemas específicos, y habilidades de comunicación). Hay que tener en cuenta, además, que raramente se excluye por completo a la persona mayor en las decisiones de cuidado, salvo que su capacidad cognitiva no lo permita.

En definitiva, al aparecer la dependencia, las familias han de reestructurarse en una nueva configuración de roles, que, además, les implican en distintos procesos de toma de decisiones. Algunas familias fracasan en esta adaptación. Así, por ejemplo, pueden resistirse a iniciar el cambio, no saber cómo desempeñar algunas de las tareas que ahora son necesarias en la familia, o experimentar conflictos entre los distintos miembros en la transición de roles. En estos casos la intervención ha de centrarse en asegurar las estrategias de afrontamiento de la familia ante el cuidado, la adecuada provisión del apoyo social, y el acceso a recursos que permitan

disminuir la carga del cuidado y los conflictos interpersonales (Crespo, 2008).

Un factor clave en todo este proceso, que conviene tener siempre muy presente, es el hecho de que los cambios en la estructura, el reparto de roles, va a sufrir modificaciones a lo largo del tiempo; de hecho, ha de producirse una readaptación continua en función de los cambios en la condición del propio paciente, así como de posibles modificaciones en la configuración familiar (por ejemplo, cambio de domicilio o ciudad de uno de los hijos). En este sentido, resulta esencial hacer un balance de las necesidades de los distintos miembros de la familia durante la etapa de cuidado, de modo que la provisión de ayuda y satisfacción de las necesidades de la persona mayor dependiente no conlleven la desatención a las necesidades de algunos o todos los restantes miembros de la familia.

c) *Apoyo en tareas de cuidado recurrentes.* Van a constituir focos de actuación que aparecen de forma intermitente a lo largo del proceso de cuidado. En concreto, incluyen:

- Solución de problemas que suponen riesgos inmediatos e identificación de recursos formales. Implica educación e información sobre servicios (que puede requerir la asistencia de otros profesionales), así como alternativas de solución de problemas para asistir en el mantenimiento de actividades agradables en el cuidador, y en la asistencia en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- Autocuidado del cuidador, que permita el desarrollo individual de los cuidadores a lo largo del proceso. Recoge las actuaciones habituales con cuidadores, desde la provisión de respiro hasta el reconocimiento y normalización de sus respuestas emocionales, que puede llegar a requerir la aplicación de estrategias y programas específicos (por ejemplo, cuando el cuidador presenta elevados niveles de depresión).
- Consulta en las transiciones o crisis. La intervención con la familia se cierra habitualmente cuando los distintos miembros de la

familia se adaptan a sus nuevos roles o responsabilidades y consiguen un balance entre esos roles y el autocuidado, con un manejo adecuado de las habilidades necesarias. No obstante, suele ser conveniente animar a la familia a solicitar de nuevo asistencia si surge algún tipo de dificultad en posteriores transiciones o crisis, ya sea a lo largo del proceso de cuidado o, incluso, tras el fallecimiento.

15.3.3. Algunos ejemplos de intervenciones familiares con cuidadores

Como se ha comentado anteriormente, las intervenciones familiares con cuidadores han sido hasta la fecha escasas, siendo aún menos frecuentes aquellas que cuentan con una evaluación rigurosa de su eficacia. Por eso, en este apartado parece pertinente recoger dos iniciativas que resultan interesantes por varias razones. En primer lugar, porque recogen programas para cuidadores en los que se incluyen intervenciones o actuaciones con el grupo familiar. En segundo lugar, porque cuentan con estudios en los que se realiza una evaluación rigurosa de sus efectos. Y en tercer lugar, y tal vez como consecuencia de todo lo anterior, porque son programas que han tenido una gran repercusión e influencia entre quienes trabajan en el apoyo y atención a cuidadores.

15.3.3.1. *Estudio de intervención con cuidadores de la Universidad de Nueva York*

Desde finales de los años ochenta, el equipo de investigación sobre cuidadores de la Universidad de Nueva York viene desarrollando un programa de intervención con espectaculares efectos y amplia repercusión. Su trabajo se dio a conocer en el artículo de Mittelman et al. (1996), en el que mediante la aplicación de un programa multicomponente dirigido a esposos/as cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer consiguieron un retraso de 329 días en la institucionalización de los pacientes con respecto a los controles, con una disminución signifi-

ficativa y sostenida (hasta más de tres años después de la línea base) en su sintomatología depresiva (véase también Mittelman, Roth, Coon y Haley, 2004).

Entre otros componentes, el programa incluía intervención familiar, articulada del siguiente modo:

- El programa comienza con dos sesiones individuales con el cuidador, seguidas de cuatro sesiones de intervención familiar (sin incluir al receptor de cuidado), centradas ambas en técnicas de manejo de comportamientos problemáticos del paciente, comunicación entre los miembros de la familia y educación sobre el Alzheimer y recursos comunitarios. Las sesiones se extendían a lo largo de cuatro meses, con una duración promedio de una hora y media.
- Al cabo de los cuatro meses comienzan a actuar grupos de apoyo o autoayuda para el cuidador, centrados en la facilitación de la recepción de apoyo emocional y de educación sobre la enfermedad, y que se prolongan de manera indefinida.
- Por último, el programa incluye consejo personalizado, que supone la disponibilidad continua de un consejero que proporciona a las familias asesoramiento para el manejo de situaciones críticas y el ajuste a la naturaleza cambiante de la enfermedad y de sus consecuencias.

Recientemente, Gaugler, Roth, Haley y Mittelman (2008) han informado que el programa tiene, además, efectos significativos en el estado emocional de los cuidadores tras la institucionalización del paciente con Alzheimer. En concreto, los datos indican que los niveles de carga y sintomatología depresiva eran significativamente menores en el grupo que había recibido el programa multicomponente que en el grupo control, que recibía el tratamiento habitual (i.e., sin sesiones formales y sin contacto con la familia). De hecho, los resultados ponían de manifiesto que la institucionalización en sí misma reducía de manera significativa la carga y la sintomatología depresiva de los cuidadores, aunque el efecto se veía incrementado con el programa, ya que producía be-

neficios adicionales para los cuidadores en el largo plazo.

Los resultados de este estudio resultan particularmente significativos, ya que es un trabajo pionero en la evaluación de los beneficios de la intervención con cuidadores en la transición a la institucionalización.

15.3.3.2. *Proyecto REACH (Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health) (Schulz et al., 2003)*

Este programa, patrocinado por el Instituto Nacional de Envejecimiento y el Instituto Nacional de Investigación en Enfermería de Estados Unidos, es el más ambicioso realizado hasta la fecha en intervención con cuidadores. Los objetivos concretos del proyecto en su primera oleada fueron: evaluar la eficacia de distintos tipos de intervenciones para cuidadores de enfermos de Alzheimer y evaluar conjuntamente el efecto de esas intervenciones.

El proyecto, que se desarrolló en seis ciudades de Estados Unidos, evaluó distintos programas multicomponentes, entre los que se incluyó intervención familiar. Ésta se aplicó en Miami (Florida), con la denominación de *Terapia Estructural de Ecosistemas, TEE* (Eisdorfer et al., 2003). Se trataba de una terapia familiar estructurada, basada en la intervención desarrollada por Szapocznik y Kurtiness (1989) para el tratamiento de los problemas de conducta en familias hispanas, y tenía como objetivo identificar y reestructurar interacciones específicas dentro de la familia, y entre la familia y otros sistemas, que pueden relacionarse con la carga del cuidador. Se trataba de identificar los problemas específicos del cuidador, los recursos y los sistemas de apoyo formal disponibles para el cuidador, los recursos comunitarios disponibles y accesibles para la familia, y la capacidad del cuidador y de la familia para colaborar en los esfuerzos de cuidado.

La intervención se desarrollaba a lo largo de un año, con sesiones semanales los cuatro primeros meses, quincenales los dos meses siguientes, y mensuales en los seis meses finales. Cada sesión tenía una duración entre 60 y 90 minutos, con una estructuración flexible para adecuarse a las necesidades de

cada cuidador, y tenían lugar en el propio hogar del cuidador o en el de algún hijo/a de éste.

Las sesiones iniciales se centraban en la construcción del *rapport*, en el establecimiento de los objetivos terapéuticos y en el comienzo de la evaluación de las interacciones de la familia, por lo que las sesiones se realizaban únicamente con el cuidador, o con el cuidador y otros miembros de la familia. En las siguientes sesiones se proseguía con la evaluación de las interacciones, determinando cuáles podían ser objeto de intervención, y estableciendo un plan para llevar a cabo esta transformación en las interacciones, lo que habitualmente implicaba: *a)* conseguir una comprensión clara de la naturaleza de las interacciones de apoyo y de las problemáticas; *b)* comprender cómo estas interacciones se relacionan con el nivel actual de funcionamiento de la familia, y *c)* intervenir para incrementar las interacciones de apoyo y reducir las conflictivas.

Para establecer la eficacia del programa, éste se comparó con una condición control de apoyo mínimo, consistente en llamadas telefónicas, quincenales durante los seis primeros meses y mensuales en los seis últimos. Asimismo, se aplicó la TEE en combinación con un sistema integrado teléfono-ordenador, diseñado para incrementar la intervención terapéutica, facilitando los contactos del cuidador tanto con su familia como con los recursos fuera del hogar. Además, el sistema proporcionaba al terapeuta la oportunidad de mejorar el contacto con el

cuidador y otros miembros de la familia. Así, por ejemplo, permitía participar en la intervención a los miembros de la familia que no podían asistir a las sesiones (por ejemplo, por vivir a gran distancia, por encontrarse incapacitados...).

Los resultados mostraron que la aplicación de la TEE, junto con el sistema integrado teléfono-ordenador, era eficaz en la reducción de los niveles de depresión de los cuidadores (en seguimientos de 18 meses), si bien la intervención familiar por sí sola no consiguió efectos significativos en los síntomas depresivos de la mayoría de los cuidadores. El efecto de la intervención familiar con el sistema integrado se daba con mayor intensidad en cuidadores de origen cubano, en comparación con cuidadores blancos no hispanos.

En la explicación de sus resultados, los propios autores plantean que el uso de la tecnología podría haber facilitado la recepción, por parte del cuidador, de apoyo individualizado adicional, sin necesidad de abandonar su hogar, teniendo, además, la posibilidad de controlar la cantidad de apoyo que recibía. Es más, el sistema podría haber ayudado a las familias a resolver conflictos que pudieran surgir en las sesiones de terapia, además de proporcionar oportunidades adicionales de interacción familiar. Hay que tener en cuenta, además, que puede tratarse de un efecto sostenido, ya que el sistema se mantuvo en el hogar de los cuidadores durante los 18 meses de seguimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Bar Association Commission on Law and Aging/American Psychological Association (2005). *Assessment of Older Adults with Diminished Capacity: a Handbook for Lawyers*. Washington, DC: American Bar Association Commission on Law and Aging/American Psychological Association.
- American Bar Association Commission on Law and Aging/American Psychological Association (2006). *Judicial determination of capacity of older adults in guardianship proceedings*. Washington, DC: American Bar Association Commission on Law and Aging/American Psychological Association.
- Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Zarit, S. H. y Whitlatch, C. J. (1995). *Profiles in caregiving. The unexpected career*. San Diego: Academic Press.
- Blieszner, R. (2009). Who are the aging familias? En S. H. Qualls y S. H. Zarit (eds.), *Aging families and caregiving* (pp. 1-18). Hoboken, NJ: Wiley.
- Crespo, M. (2008). Retos actuales en el apoyo a cuidadores no profesionales de mayores dependientes. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 43, 131-132.
- Crespo, M. y López, J. (2007). *El estrés en cuidadores de mayores dependientes. Cuidarse para cuidar*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Crespo, M. y López, J. (2008). *Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores*. Madrid: IMSERSO (Perfiles y Tendencias n.º 35).
- Curtis, E. A. y Dixon, M. S. (2005). Family therapy and systemic practice with older people: where are we now? *Journal of Family Therapy*, 27, 43-64.
- Eisdorfer, C., Czaja, S. J., Loewenstein, D. A., Rubert, M. P. et al. (2003). The effect of a family therapy and technology-based intervention on caregiver depression. *Gerontologist*, 43, 521-531.
- Family Caregiver Alliance (2006). *Caregiver Assessment: Principles, Guidelines and Strategies for Change*. San Francisco, CA: Family Caregiver Alliance.
- Gallagher-Thompson, D. y Coon, D. W. (2007). Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. *Psychology and Aging*, 22, 37-51.
- Gaugler, J. E., Roth, D. L., Haley, W. E. y Mittelman, M. S. (2008). Can counseling and support reduce burden and depressive symptoms in caregivers of people with Alzheimer's disease during the transition to institutionalization? Results from the New York University Caregiver Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56, 421-428.
- IMSERSO (2004). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: IMSERSO.
- Knight, B. G. (2004). *Psychotherapy with Older Adults* (3.ª ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Knight, B. G. y McCallum, T. J. (1998). Psychotherapy with older adult families: the contextual, cohort-based maturity/specific challenge model. En I. H. Nordhus, G. R. VandenBos, S. Berg y P. Fromholt (eds.), *Clinical Geropsychology* (pp. 313-328). Washington DC: American Psychological Association.
- López, J. y Crespo, M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: Una revisión. *Psicothema*, 19, 72-80.
- Lorenzo, L. y Castejón, P. (2009). Formas de convivencia, relaciones personales y la experiencia de envejecer. En IMSERSO, *Las personas mayores en España. Informe 2008* (pp. 223-268). Madrid: IMSERSO.
- Mittelman, M. S., Ferris, S. H., Shulman, E., Steinberg, G. y Levin, B. (1996). Family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease: a randomized controlled trial. *JAMA*, 276, 1725-1731.
- Mittelman, M. S., Roth, D. L., Coon, D. W. y Haley, W. E. (2004). Sustained benefit of supportive intervention for depressive symptoms in Alzheimer's caregivers. *American Journal of Psychiatry*, 161, 850-856.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2007). *Dementia: The NICE—SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care*. Londres: NICE.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J. y Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist*, 30, 583-594.
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *International Psychogeriatrics*, 18, 577-595.
- PricewaterhouseCoopers (2010). *Aspectos jurídicos de interés para familiares de personas con Alzheimer*. Madrid: PricewaterhouseCoopers.
- Qualls, S. H. (1996). Family therapy with aging families. En S. H. Zarit y B. G. Knight (eds.), *A guide to psychotherapy and aging: effective interventions in a life-stage context* (pp. 121-138). Washington, DC: American Psychological Association.
- Qualls, S. H. (2000). Therapy with aging families: rationale, opportunities and challenges. *Aging and Mental Health*, 4, 191-199.
- Qualls, S. H. (2008). Caregiver family therapy. En K. Laidlaw y B. Knight (eds.), *Handbook of emotional disorders in later life. Assessment and treatment* (pp. 183-209). Oxford: Oxford University Press.
- Schulz, R., Burgio, L., Burns, R., Eisdorfer, C. et al. (2003). Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health (REACH): overview, site-specific outcomes, and future directions. *Gerontologist*, 43, 514-520.
- Sörensen, S., King, D. y Pinquart, M. (2006). Care of the caregiver. Individual and family interventions. En S. M. LoboPrabhu, V. A. Molinari y J. W. Lomax (eds.), *Supporting the caregiver in Dementia. A guide for health care professionals* (pp. 168-191). Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Sörensen, S., Pinquart, M. y Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist*, 42, 356-372.
- Szapocznik, J. y Kurtiness, W. M. (1989). *Breakthroughs in family therapy with drug-abusing problem youth*. Nueva York: Springer.
- Zarit, S. H. y Zarit, J. M. (2007). *Mental Disorders in Older Adults* (2.ª ed.). Nueva York: Guilford Press.

La familia y los problemas de adicción

16

JOSÉ P. ESPADA
OLGA HERNÁNDEZ
MIREIA ORGILÉS
FRANCISCO XAVIER MÉNDEZ

16.1. CONDUCTAS ADICTIVAS Y FAMILIA

Las adicciones suponen un importante problema sociosanitario, y afecta de manera especial a los adolescentes y sus familias. La adicción a sustancias repercute principalmente en la salud, aunque también tiene importantes implicaciones en los demás ámbitos de funcionamiento del sujeto. Las adicciones sin droga, como el juego patológico o la adicción a las nuevas tecnologías, reciben una atención progresivamente mayor debido al gran aumento de casos.

El inicio temprano del uso de drogas está relacionado con un mayor riesgo de consumo problemático en el futuro. Por lo general, se llega al consumo de sustancias ilegales tras haber pasado por drogas de entrada como el alcohol, tabaco o el cannabis.

Existen diferentes explicaciones teóricas sobre el inicio y el mantenimiento de la conducta adictiva. Algunos modelos resaltan los aspectos cognitivos, destacando el papel de los déficits en los procesos de toma de decisión (por ejemplo, el modelo de creencias de salud de Becker, 1974). Por su parte, la teoría del aprendizaje social enfatiza la influencia negativa de los modelos consumidores (por ejemplo, Bandura, 1977). Las teorías de la personalidad destacan la vulnerabilidad individual o las características afectivas (por ejemplo, la teoría de la auto-depreciación de Kaplan, 1980). Otros modelos subrayan la importancia del aislamiento de los jóvenes respecto de sus padres y de su entorno escolar y se integran en grupos con conductas antisociales

(por ejemplo, el modelo de desarrollo social de Hawkins y Weis, 1985), mientras que otras teorías integran múltiples determinantes del consumo de drogas en la adolescencia (por ejemplo, la teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor, 1977). Los estudios que ponen a prueba estos y otros modelos han identificado factores de riesgo que influyen en el consumo de drogas adolescente, y factores protectores que reducen los efectos de dichos riesgos (Hawkins, Catalano y Miller, 1992).

16.2. PREVALENCIA DE LAS ADICCIONES EN LA ADOLESCENCIA

Según la Encuesta Estatal del Plan Nacional sobre Drogas acerca del uso de drogas en estudiantes de secundaria (ESTUDES, 2009), las drogas más consumidas por los escolares de 14 a 18 años son el alcohol, el tabaco, el cannabis y las pastillas o tranquilizantes. Alrededor del 80 por 100 ha consumido alcohol alguna vez, un 44 por 100 tabaco, un 35,2 por 100 cannabis y un 17,3 por 100 fármacos tranquilizantes. La prevalencia es menor en el caso de las demás sustancias, situándose entre el 0,5 por 100 y 6 por 100. La edad media de inicio del consumo se sitúa a los 13-14 años y se alcanza el máximo a los 17 y 18 años. Las sustancias que se consumen a una edad más temprana son el alcohol, el tabaco y los inhalantes, y de forma más tardía el éxtasis, la cocaína, las anfetaminas y los alucinógenos. Se observan mayores tasas de consumo de sustancias ilegales entre los chicos que entre las chicas; sin em-

bargo, desde hace años las chicas fuman más. El consumo de alcohol está bastante igualado en función del sexo.

Entre las adicciones sin droga, el juego patológico presenta una elevada prevalencia entre jóvenes y adolescentes, con porcentajes muy por encima de los encontrados en población adulta (Becoña, 1999). Un reciente estudio que evaluaba el riesgo y la probabilidad de juego patológico en más de tres mil estudiantes concluyó que un 37 por 100 se encontraba en riesgo y un 13 por 100 eran posibles jugadores patológicos (Zapata, Torres y Montoya, 2011).

16.3. CONSECUENCIAS DE LAS ADICCIONES

El consumo de drogas repercute de forma seria sobre la salud. La Organización Mundial de la Salud concluye, en su Informe sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo (2008), que el tabaco es la causa de muerte de hasta el 50 por 100 de quienes lo consumen y la única sustancia legal que puede dañar a todos los que se exponen a ella.

Respecto al alcohol, la ingesta masiva característica en la adolescencia puede interferir en el desarrollo, la memoria, el aprendizaje y la planificación de tareas (Brown, 2008; Masten y Faden, 2008). El atracón de alcohol se ha asociado también a comportamientos problemáticos, como el absentismo escolar, la desvinculación con la escuela, la violencia sexual y de pareja, y con un mayor riesgo de alcoholismo (Miller, Naimi, Brevuer y Everett, 2007).

Por su parte, el consumo continuado de cannabis produce adicción por la liberación de dopamina en uno de cada tres consumidores habituales. Entre los efectos a largo plazo se encuentran los problemas de memoria y aprendizaje, empeoramiento o abandono precoz de los estudios, dependencia, trastornos de ansiedad, depresión y de personalidad, enfermedades del pulmón, arritmias, psicosis y esquizofrenia. Entre los síntomas de abuso o dependencia de cannabis se encuentra el bajo interés por otras actividades, preocupación por la disposición de cannabis, problemas laborales y escolares, irritabilidad, agresividad, nerviosismo, disminución del

apetito y problemas para dormir. El riesgo de toxicidad y de desarrollo de problemas a largo plazo es mayor entre la población juvenil que la adulta (Calafat, Juan, Becoña y Mantecón, 2008).

En otro orden, el juego patológico en población joven y adolescente se asocia con ansiedad, depresión, intentos de suicidio, impulsividad, comportamiento violento, problemas en la escuela, consumo de tabaco y alcohol, episodios de embriaguez y adicción a drogas ilegales (Zapata, Torres y Montoya, 2011).

Respecto al abuso de las nuevas tecnologías de la información, el riesgo más importante entre los jóvenes se relaciona con el acceso a contenidos inapropiados de tipo pornográfico o violentos, o a mensajes que fomentan el racismo, la anorexia, el suicidio o los delitos. Al mismo tiempo, se incrementa el riesgo de acoso o la pérdida de intimidad, poniendo en peligro su trabajo y sus relaciones (Echeburúa y Corral, 2010).

16.4. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

Un factor de riesgo es una característica individual, condición situacional o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o una transición en el nivel de implicación con las mismas (Clayton, 1992). El consumo juvenil responde a un patrón conductual multideterminado que integra múltiples factores de riesgo. A continuación se exponen los principales factores de riesgo para el consumo de drogas en adolescentes y los asociados al abuso de las nuevas tecnologías de la información.

16.4.1. Factores de riesgo asociados al consumo de sustancias tóxicas

16.4.1.1. Factores de riesgo familiar

- a) *Comunicación y clima familiar.* Existen muchas evidencias sobre la relación entre un clima familiar negativo y el uso de drogas.

Una buena comunicación entre padres e hijos es un factor de protección. La posibilidad de contar con una comunicación satisfactoria evita el aislamiento y educa para las relaciones interpersonales y la expresión de sentimientos, todos ellos elementos que facilitan el desarrollo personal, sin carencias que puedan ser satisfechas por las drogas.

- b) *Consumo y adicción de los padres.* Muchas conductas se adquieren mediante la observación e imitación de otras personas, especialmente de aquellas con las que más se identifica el joven en cada momento. El consumo de alcohol en el hogar produce un aprendizaje implícito, ya que beber es una conducta de la vida diaria socialmente aprobada, y explícito, porque el adolescente imita la conducta de sus padres y hermanos mayores. Los estudios muestran la relación significativa del consumo de alcohol de padres, hermanos e hijos, que se ve a menudo reforzado por la interacción de los menores con su grupo de iguales. Determinados estudios ponen de manifiesto que los hijos de consumidores presentan riesgo de convertirse en futuros consumidores (Adger, 2000; Chassin, Carle, Nissim-Sabat y Kumpfer, 2004; Johnson y Leff, 1999). La justificación a este hecho se halla en las teorías biológicas sobre la adicción, según las cuales los hijos de padres adictos podrían heredar un fenotipo o trastorno que incrementa sus tasas de consumo. Un ejemplo de ello son las tasas superiores de déficits en el sistema neuropsicológico y límbico (Chassin, Carle, Nissim-Sabat y Kumpfer, 2004).
- c) *Desestructuración familiar.* Los conflictos conyugales pueden influir negativamente en las pautas de crianza y educación, facilitando la aparición de problemas en la adolescencia, como comportamientos negativistas, conducta antisocial o abuso de drogas (Espada y Méndez, 2002). El funcionamiento familiar conflictivo se asocia a una mayor probabilidad de conductas de riesgo, incluso más que la propia estructura fami-

liar. Las familias en las que se perciben mayores conflictos (padres con problemas conyugales, padres que combinan con alto grado de tensión o situaciones mantenidas de estrés familiar) presentan un menor grado de consenso normativo para la familia en general, y en particular un menor control efectivo sobre los hijos, lo que dificulta su funcionamiento social y académico.

- d) *Separación parental.* Se ha observado que los adolescentes consumidores presentan una mayor probabilidad de convivir con padres separados que con ambos padres y de la existencia de un mayor conflicto entre los miembros familiares. Al mismo tiempo, se ha encontrado un mayor efecto directo sobre el consumo de drogas de los hijos cuando la familia ejerce un mayor control (variable funcional) que cuando se trata de familias monoparentales (variable estructural) (Fernández y Secades, 2003).
- e) *Estilos educativos inadecuados.* Existen cuatro estilos educativos que pueden considerarse de riesgo. 1) La confusión en modelos referenciales hace referencia a la ambigüedad en las normas familiares y a un déficit de habilidades parentales. 2) En segundo lugar, el exceso de protección se asocia a una sobreprotección del hijo/a, que genera una gran dependencia de éste respecto a sus padres, que le impedirá desarrollar su iniciativa, autonomía y responsabilidad. 3) Otro estilo educativo de riesgo es la falta de reconocimiento. Se produce por la ausencia de refuerzos positivos por parte de los padres y de una valoración incondicional del adolescente, favoreciendo un autoconcepto negativo de sí mismo y provocando así desajustes sociales y personales. 4) Por último, ante una organización familiar rígida y/o jerárquica, los adolescentes tienden o a la sumisión, o a la rebeldía contra esa estructura. Ambas opciones influyen negativamente en el adolescente y pueden desembocar en una personalidad con escasa asertividad o en un enfrentamiento con el mundo adulto.

16.4.1.2. Factores de riesgo individuales

- a) *Carencia de información y actitud favorable* a las drogas. La falta de conocimientos sobre la naturaleza, extensión y repercusiones a corto y largo plazo del consumo de drogas alientan la curiosidad por probar estas sustancias. Existen, además, numerosas creencias erróneas al respecto. Por ejemplo, en el caso del alcohol una proporción alta de adolescentes no lo considera una droga, percepción que minimiza los riesgos y hace más probable el consumo problemático. Las variables actitudinales son también predictoras de las conductas de salud. Algunas características de la adolescencia, como la tendencia a minusvalorar las conductas de riesgo, la búsqueda de sensaciones o la atracción por lo prohibido facilitan el desarrollo de una actitud favorable hacia las drogas.
- b) *Déficits y problemas del adolescente*. El consumo de drogas se produce en ocasiones como una estrategia inadecuada de afrontamiento de los problemas por parte del adolescente. Así, los escolares con mejores habilidades sociales presentan tasas más bajas de consumo de drogas, depresión, delincuencia, agresiones y otros problemas de conducta (Griffin et al., 2000). En un estudio con estudiantes de primaria, Jackson, Henriksen, Dickinson y Levine (1997) hallaron que los alumnos con un mayor déficit en competencia social se iniciaban en el consumo de drogas de forma más temprana. También se ha encontrado una importante relación entre autoestima, locus de control y consumo de tabaco y alcohol. Un bajo autoconcepto puede repercutir en el inicio al consumo de drogas por varias razones: porque el adolescente intenta paliarlo a través de la droga, para buscar el reconocimiento en el grupo o para facilitar el contacto social mediante el consumo de alcohol y así compensar dificultades en las relaciones interpersonales. También se ha observado que la

depresión, la ansiedad y el autoconcepto negativo se relacionan positivamente con la actitud favorable hacia las drogas y con la probabilidad de su consumo (Espada, Sussman, Huedo-Medina y Alfonso, 2011).

16.4.1.3. Factores de riesgo social

- a) *Aceptación social de las drogas legales*. Durante años el alcohol y el tabaco han estado presentes en todos los contextos (cine, televisión, publicidad, bares), de modo que se ha normalizado su uso. La permisividad social es una variable que facilita el consumo. La legislación antitabaco pretende modificar este aspecto y evitar además el tabaquismo pasivo. Actualmente todavía es difícil entender el ocio nocturno sin el consumo de alcohol y otras drogas.
- b) *Disponibilidad*. La accesibilidad a la droga se considera un factor relevante que determina los niveles de demanda y consumo. La cantidad de producto en el mercado, un número suficiente de puntos de venta y un precio asequible para el consumidor influyen en el mayor uso (Becoña y Vázquez, 2001). El carácter de droga legal convierte al alcohol en un producto muy disponible y de fácil acceso, por los múltiples establecimientos donde se puede adquirir, los amplios horarios de venta, el precio de las bebidas y la falta de control de la venta a menores.
- c) *Consumo de drogas y ocio*. El consumo juvenil de drogas se encuentra muy asociado al contexto del ocio y especialmente al fenómeno del botellón. La utilización que se hace del tiempo libre se relaciona con el riesgo de consumo de drogas y con la asistencia a lugares de oferta. Los jóvenes perciben la droga como un elemento integrante de actividades eminentemente lúdicas que se asocian al consumo de sustancias. Por ello es beneficioso promover actividades recreativas saludables como medida de prevención inespecífica.

d) *El grupo de iguales.* Los amigos son para el adolescente el marco de referencia que contribuye al afianzamiento de su identidad y satisface el sentimiento de afiliación o pertenencia a un grupo de iguales. Los compañeros ejercen una importante influencia, incluyendo el consumo en grupo de alcohol y otras drogas. La búsqueda de aceptación y el miedo al rechazo del grupo induce a algunos jóvenes a aceptar las ofertas de estas sustancias. El riesgo de que un joven comience a consumir aumenta si se integra en un grupo de amigos que lo hacen, ya que los otros miembros actúan como modelos y refuerzan positivamente la conducta de beber o consumir otras drogas (cuadro 16.1).

CUADRO 16.1

Factores de riesgo asociados al consumo de sustancias tóxicas

Personales	Carencia de información y actitud favorable a las drogas. Déficits y problemas del adolescente.
Sociales	Aceptación social de las drogas legales. Disponibilidad. Consumo de drogas y ocio. El grupo de iguales.
Familiares	Comunicación y clima familiar. Modelos familiares. Desestructuración familiar. Separación parental. Estilos educativos inadecuados. Adicción de los padres.

16.4.2. Factores de riesgo asociados al abuso de las nuevas tecnologías de la información

En la actualidad, el 98 por 100 de los jóvenes españoles de entre 11 y 20 años son usuarios de internet (Fundación Pfizer, 2009) y entre el 3 y el 6 por 100 hace un uso abusivo. Los adolescentes son por tanto un grupo de riesgo de adicciones tecnoló-

gicas, que está asociado a la búsqueda de nuevas sensaciones y a su mayor familiarización con las nuevas tecnologías, y en concreto con internet. Del mismo modo que en el consumo de sustancias tóxicas, los factores de riesgo asociados a presentar una adicción relacionada con el abuso de las nuevas tecnologías se clasifican en familiares, sociales y personales (cuadro 16.2).

CUADRO 16.2

Factores de riesgo asociados al abuso de las nuevas tecnologías de la información en jóvenes

Personales	Impulsividad. Disforia. Intolerancia a los estímulos displacenteros. Búsqueda de sensaciones. Timidez. Baja autoestima. Rechazo a la imagen corporal. Estilos de afrontamiento inadecuados. Depresión. TDAH. Fobia social. Hostilidad.
Sociales	Disponibilidad ambiental. Relaciones sociales pobres. Presión del grupo. Fracaso escolar. Frustraciones afectivas. Competitividad. Aislamiento social. Falta de objetivos.
Familiares	Cohesión débil. Falta de afecto consistente. Insatisfacción.

Adaptado de Echeburúa y Corral (2010).

16.5. PREVENCIÓN FAMILIAR DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

La prevención de las adicciones debe abordarse desde todos los niveles donde existen factores de riesgo y protección. El Plan Nacional sobre Drogas

incide en el potencial que supone la intervención familiar, y señala que las actuaciones sobre las familias tienen por objetivo fomentar las habilidades educativas y de comunicación en el seno familiar, incrementar el sentido de competencia de los padres y su capacidad para la resolución de problemas. Los programas deben estar orientados a dar respuesta a las necesidades de los padres, más que centrarse exclusivamente en la formación sobre drogas.

16.5.1. Modalidades de intervención familiar para la prevención

Las actuaciones preventivas dirigidas a la familia pueden presentar formatos y métodos muy diversos. Haciendo una síntesis, podemos describir dichas actuaciones atendiendo a diferentes criterios.

- a) En función de su *duración*, se desarrollan intervenciones puntuales (por ejemplo, charlas y conferencias a cargo de especialistas), de corta duración (por ejemplo, campañas municipales), que cuentan con un programa de actividades durante un período de tiempo limitado y programas formativos continuados (por ejemplo, escuelas de padres). En estos últimos se suele desarrollar un currículo durante un período o a lo largo de todo un curso académico. Aunque metodológicamente no es lo más adecuado, es frecuente que las actuaciones preventivas se reduzcan a actividades de carácter puntual. Este tipo de intervención quedan limitadas a una sensibilización de los destinatarios.
- b) En función de los *contenidos*, podemos hablar de programas específicos sobre la prevención de drogodependencias, centrados en ofrecer a los padres información sobre las sustancias, sus efectos, factores de riesgo, etc. Los programas inespecíficos se centran en dotar a los padres de competencia para la educación de los hijos, detectando y resolviendo problemas relacionados con la conducta infantil. En ellos se abarcan temas como la disciplina en la educación, la comu-

nicación familiar, la psicología del adolescente, etc. Se recomienda combinar ambos tipos de actuación, de modo que los programas inespecíficos incorporen ciertos componentes específicos. Así, los programas que se han mostrado más eficaces comienzan con contenidos dirigidos a potenciar sentimientos familiares positivos, y posteriormente con el ensayo de habilidades comunicativas y técnicas de disciplina (Kumpfer y Johnson, 2007).

- c) Por su *ámbito de aplicación*, se distinguen campañas a gran escala en medios de comunicación, mediante anuncios en televisión y radio, etc. Acostumbran a incluir mensajes que conecten con los destinatarios. Los contenidos de estas campañas suelen variar cada año, en función de la situación del problema en el momento. En ocasiones se dirigen directamente a los progenitores con frases del tipo «Habla con tu hijo...». Aunque se intenta cuantificar su impacto, la capacidad de estas acciones para sensibilizar y producir cambios de hábitos es difícilmente evaluable. Un segundo nivel se centra en la divulgación de material informativo, como folletos o material gráfico. Su planteamiento es similar al de la modalidad anterior, aunque en este caso los materiales se difunden a menor escala. Suelen ser asociaciones de padres, organismos regionales o entidades locales quienes elaboran estos materiales para adolescentes y padres. Pueden resultar muy útiles como material de apoyo en intervenciones de carácter más global. El nivel más particular es el de los programas para grupos de tamaño reducido. Nos referimos a material editado con contenidos que desarrollan un programa de prevención a seguir por un grupo estable. Encontramos varios ejemplos de este tipo de ediciones en nuestro país (CEAPA, 1988; EDEX, 1996), aunque predominan los que van dirigidos al ámbito escolar. También puede incluirse en este grupo los manuales de autoayuda para padres.
- d) En función de la *población diana*, existen programas cuyos destinatarios son los pa-

dres o la unidad familiar completa. Se desarrollan en el domicilio familiar, o más comúnmente en los centros educativos. Una segunda modalidad son los programas escolares y/o comunitarios con módulos o sesiones destinadas a los padres. En algunos programas de ámbito escolar se incluyen actividades de refuerzo con los padres. En estos casos la intervención con las familias tiene la función de afianzar los logros obtenidos en clase con los alumnos.

16.5.2. Fundamentos y metodología de la intervención familiar

La influencia de los padres en la adquisición de hábitos saludables en los hijos ha sido estudiada en numerosas investigaciones (por ejemplo, Merikangas, Dierker y Fenton, 1998). Por ello, la intervención preventiva tiene especial relevancia. Los metaanálisis sobre este tema indican también que los programas que alcanzan mayores efectos son aquellos en los que se interviene con el conjunto de la familia (Kumpfer, Alexander, McDonald y Olds, 1998). En este sentido, los principios que deben servir de base a todo programa de desarrollo de aptitudes de la familia para ser considerado eficaz son los siguientes (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2009):

1. Incluir una fundamentación teórica.
 2. Estar adaptado en función de la edad, nivel de desarrollo del niño y nivel de riesgo del grupo.
 3. Debe estar basado en la determinación de necesidades.
 4. Utilizar actividades y técnicas interactivas.
 5. Presentar una adecuada intensidad y duración.
 6. Proporcionar a los padres conocimientos y posibilidades para fortalecer las relaciones, supervisar, vigilar y comunicar valores y expectativas.
 7. Proporcionar recursos para captar y retener a las familias.
8. Seleccionar un programa por su grado de eficacia demostrada.
 9. Adaptar un programa de eficacia comprobada elaborado en otro lugar, atendiendo así a las necesidades culturales, sociales y económicas del grupo destinatario.
 10. Garantizar una ejecución adecuada del programa.
 11. Realizar un seguimiento y evaluación del proceso y prever una evaluación del impacto del programa.

Con el fin de establecer actuaciones coherentes con las necesidades de los adolescentes y acordes con los objetivos de prevención, la intervención con los padres se basa en los siguientes supuestos:

- a) Los padres y madres que disponen de información sobre el desarrollo infanto-juvenil están más capacitados para entender las conductas de sus hijos, creando por tanto un mejor clima familiar.
- b) Los padres/madres que cuentan con información sobre los comportamientos adictivos están mejor preparados para atender a preguntas de los hijos sobre el tema y para detectar situaciones de riesgo.
- c) Los padres/madres con hábitos más saludables ejercen como modelos adecuados, de modo que los hijos tienen mayor probabilidad de adquirir comportamientos sanos y se reduce la probabilidad de que se produzcan conductas adictivas en los hijos.
- d) Los padres/madres con estilos comunicativos positivos posibilitan la relación abierta y sincera con sus hijos, haciendo más improbable el consumo de drogas por parte de los hijos. Los adolescentes perciben mayor apoyo ante situaciones problemáticas y se reduce el grado de conflictividad familiar.
- e) Los padres/madres que potencian en sus hijos habilidades para afrontar y resolver problemas, asumir responsabilidades o manejar la frustración, reducirán la probabilidad de que sus hijos abusen de las drogas o se impliquen en otros comportamientos adictivos.

Los dos primeros supuestos hacen referencia a elementos informativos y explican por qué se considera necesario que los padres tengan conocimientos sobre el tema. Los siguientes aluden a habilidades o comportamientos deseables en los padres, a fin de lograr un desarrollo adecuado de los hijos, que incluyen la capacidad de ejercer como modelos positivos de conducta y la habilidad de comunicarse, afrontar problemas con los hijos y potenciar su desarrollo en todos los ámbitos.

16.5.3. Objetivos y principios de las intervenciones preventivas dirigidas a familias

Un programa de prevención dirigido a los padres debería incluir entre sus objetivos sensibilizar hacia la adopción de un compromiso para la prevención del consumo de drogas en sus hijos mediante el aprendizaje de pautas, proporcionar formación básica sobre las drogas, de forma que los progenitores estén capacitados para actuar como agentes educativos en este tema, y fomentar la colaboración entre los padres en la realización de actividades de educación y prevención.

El fin último de la intervención familiar en la prevención del abuso de drogas es mejorar la capacidad para educar a sus hijos, lo que tiene efectos positivos en su socialización y reduce la aparición de diferentes problemas, aparte de las adicciones, como el fracaso escolar, los embarazos no deseados, conductas delictivas o los problemas de conducta. En términos operativos, las metas a alcanzar en la intervención familiar con padres son adquirir información sobre el tema, y mejorar habilidades necesarias para prevenir la aparición del problema.

16.5.4. Estrategias de prevención familiar

16.5.4.1. Educación de padres

Los principales contenidos que forman la parte educativa de los programas de prevención con padres incluyen aspectos generales sobre el crecien-

to y maduración de los hijos, situaciones posibles y estrategias educativas a emplear. A continuación se presentan los temas principales que se abordan con los padres en esta fase.

a) Psicología del adolescente

Una adecuada comprensión de las conductas del niño y del adolescente facilita que la actuación de los padres sea la más adecuada en cada momento. De este modo, se resuelven bien situaciones delicadas en la educación de los hijos y se mejora el clima familiar. Entre los aspectos a desarrollar en este apartado destacamos los siguientes como los más indicados: *a)* características generales de la adolescencia: desarrollo físico-biológico y aspectos madurativos, *b)* transición a la etapa adulta, características sexuales secundarias, creencias, actitudes y valores del adolescente. Desde el punto de vista del desarrollo cognitivo, se revisa el grado de maduración de los hijos, las capacidades intelectuales, etc. Respecto al desarrollo afectivo, se examina la importancia del autoconcepto y la autoestima del adolescente y cómo potenciarlas. En cuanto al desarrollo social, se revisa la formación de la identidad social, la relación con los compañeros, la necesidad de aceptación y la influencia del grupo de iguales.

b) La comunicación en la familia

El clima familiar positivo favorece la comunicación bidireccional de padres a hijos, y esto actúa como factor de protección frente a las adicciones. Las investigaciones en esta línea coinciden en que las relaciones familiares positivas que se generan por unas pautas de comunicación adecuadas correlacionan con una menor probabilidad de presentar problemas de conducta en general (Tasic, Budjanovic y Mejovsek, 1997), y en particular con el consumo de sustancias (Muñoz y Graña, 2001). Por ello, es conveniente que los padres y madres conozcan las bases de la comunicación, sus componentes y los elementos facilitadores y obstaculizadores, y sean capaces de actuar adecuadamente en este ámbito. Entre los puntos a tratar dentro de este tema se incluyen: *a)* la naturaleza, elementos

y etapas de la comunicación interpersonal; *b*) los tipos de comunicación humana: verbal, no verbal; *c*) situaciones y elementos que dificultan la comunicación, y *d*) características del buen emisor y del buen receptor.

Un objetivo importante en este apartado es sensibilizar a los padres del papel de la comunicación en la dinámica familiar y su potencial para que resulte positiva o, por el contrario, se creen tensiones que crearán barreras con sus hijos.

c) Estilos educativos positivos

Un problema frecuentemente consultado por los padres con hijos adolescentes es el mantenimiento de normas con sus hijos. Con el fin de que los padres sean capaces de mantener una posición de autoridad democrática, se repasa con ellos los diferentes estilos educativos (permisivo, democrático, autoritario), analizando ventajas e inconvenientes de cada uno y evaluando sus propias conductas como educadores. Otros temas relacionados incluyen la utilización de la negociación con los hijos.

d) Información sobre las drogas

Los padres han de conocer el problema de las adicciones, para prevenirlo o abordarlo adecuadamente si se presenta en su familia. La oferta de información específica sobre drogas para padres persigue los siguientes objetivos: *a*) dotar a los padres de una información básica respecto a las drogas; *b*) capacitarlos para tratar el tema con sus hijos y ser capaces de atender a las dudas que éstos les planteen, y *c*) conocer los factores que pueden aumentar la probabilidad de consumo, en especial los relacionados con el ámbito familiar. La información básica que debe proporcionar el profesional que interviene con familias es:

- Las drogas: tipos de sustancias, drogas institucionalizadas, características y origen de las sustancias.
- Efectos que produce su consumo a corto y largo plazo.
- Factores sociales de riesgo: accesibilidad a la sustancia o falta de control sobre la con-

ducta adictiva (por ejemplo, internet), o la influencia del grupo de amigos.

- Factores familiares de riesgo: modelos familiares o clima familiar.
- Factores individuales de riesgo: tolerancia a la frustración, capacidad para afrontar problemas, autoestima, autocontrol o habilidades sociales.

e) Autonomía y autoestima

Una autoestima elevada capacita al joven para la toma de decisiones, fomenta su responsabilidad y le ayuda a resistir la presión de grupo. En el cuadro 16.3 se muestran algunas características de los chicos con alta y baja autoestima.

En la educación de padres puede trabajarse el fomento de la autoestima de los hijos con el fin de conseguir: *a*) sensibilizar sobre el papel que juega la familia como entorno en el que el niño construye su autoconcepto, *b*) conocer los mecanismos por los que la personalidad, actitudes y comportamientos de los padres modulan la evaluación que los niños hacen sobre sí mismos, *c*) saber detectar indicadores de baja autoestima en los hijos, y *d*) adquirir estrategias para mejorar la autoestima de los hijos en la interacción cotidiana.

Los contenidos referentes a la autoestima que se trabajan con los padres incluyen conocer cómo se forma el autoconcepto y la autoestima, y la relación entre la autoestima y las conductas de riesgo. También se analiza cómo los padres influyen en la autoestima de los hijos, y la relación entre autoestima y una educación que integre la responsabilidad, la autonomía, la aceptación de críticas y fracasos en la vida.

16.5.4.2. Mejora de habilidades parentales

a) Entrenamiento en habilidades de comunicación

Los objetivos en este ámbito son mejorar la capacidad de los padres y madres para comunicarse con sus hijos, tanto como emisores como receptores, y capacitarles para que ejerzan como modelos

CUADRO 16.3

La autoestima en los jóvenes

Características de los jóvenes con baja autoestima	Características de los jóvenes con alta autoestima
<ul style="list-style-type: none"> — Falta de aceptación y confianza en sí mismo y en los demás. — Sensación de inferioridad, de «valer poco». — Sentimientos de culpabilidad e inseguridad. — Se frustran con facilidad. — Temen la intimidad, la felicidad y el éxito. — Bajo rendimiento escolar. — Se muestran tímidos, pasivos, serios, sensibles y poco orientados al compañerismo. — Actitud defensiva, sumisa u hostil — Dificultad en las relaciones interpersonales. — Escasas aspiraciones. — Dificultad para afrontar los problemas. — Centrados en los aspectos más negativos de las situaciones. — Necesitan la aprobación constante de quienes les rodean. — Tienen miedo a lo nuevo y desconocido, con dificultad para adaptarse a los cambios. 	<ul style="list-style-type: none"> — Confían en ellos y en los demás. — Se aceptan, y conocen sus limitaciones. — No se frustran fácilmente. — Se sienten competentes y seguros de sí mismos. — Desarrollan su trabajo creativamente. — Se enfrentan a la vida con optimismo. — Se sienten orgullosos de sus logros. — Son capaces de tomar decisiones y asumir responsabilidades. — Suelen ser colaboradores, curiosos y mantienen muchas relaciones interpersonales. — Colaboran con los demás y son sensibles a sus sentimientos. — Son exigentes y buscan metas cada vez más elevadas. — Tienen facilidad para comunicarse y entablar amistades. — Tienen sentido del humor. — No tienen miedo a lo nuevo o diferente, y se adaptan bien a los cambios.

Adaptado de Vallés (1997).

adecuados de comunicación. Se comienza evaluando las habilidades de comunicación de los padres mediante autoinformes, o también a través de la observación de situaciones realizadas en la propia sesión. En función de los déficits detectados, se establece un plan de trabajo basado en el entrenamiento en habilidades de comunicación. Algunas de las estrategias que forman parte de este entrenamiento son:

- Resolución de casos prácticos: mediante ejercicios de lápiz y papel se facilita que los padres identifiquen conductas inadecuadas desde el punto de vista de una comunicación eficaz, proponiéndose formas alternativas para comunicarse adecuadamente. Las situaciones prácticas pueden referirse a momentos familiares habituales (por ejemplo, dialogar con los hijos sobre el colegio, pedirle a un adolescente que ordene su habitación, etc.), y otros relacionados directamente

te con las drogas (por ejemplo, una hija llega a casa tarde y ebria).

- Modelado: los monitores del programa pueden actuar como modelos de manera informal (durante todo el desarrollo de las sesiones) o formal (representando situaciones donde se practica la comunicación eficaz). Si las sesiones se realizan en grupo, los componentes pueden actuar mutuamente como modelos, al observar comportamientos adecuados e inadecuados por parte de los otros miembros del grupo.
- Representación de papeles: es un método muy empleado para la adquisición y mejora de nuevas habilidades. Se simulan situaciones en las que se pongan a prueba el repertorio de conductas comunicativas por parte de los padres.
- Tareas para casa: entre sesiones es frecuente solicitar a los participantes que pongan en práctica lo aprendido. Las tareas van aumen-

tando progresivamente su grado de dificultad. En la siguiente reunión se revisan las dificultades con las que se han encontrado los padres a la hora de comunicarse con sus hijos y se evalúan las mejoras. De este modo, se fortalece el aprendizaje llevado a cabo en las reuniones y se generaliza la aplicación de las habilidades comunicativas en contextos reales.

b) Entrenamiento en habilidades sociales

En prevención familiar de las adicciones se trabajan habilidades de todo tipo, prestando especial atención a la asertividad. El objetivo es sensibilizar sobre el papel de la autoafirmación en la adquisición y mantenimiento de hábitos saludables de los hijos, identificar obstáculos al comportamiento asertivo, aprender a ser padres asertivos y conocer formas para que los adolescentes adquieran juicio propio y habilidades de autoafirmación. La estrategia indicada para lograr estas metas es el entrenamiento asertivo. Este procedimiento se desarrolla en varios pasos:

1. Evaluación de las habilidades asertivas por parte de los padres.
2. Educación:
 - a) Estilos de comportamiento: pasivo, asertivo, agresivo.
 - b) Obstáculos para decir que «no» de forma adecuada.
 - c) Reconocer los derechos personales.
3. Entrenamiento en habilidades:
 - a) Selección de una habilidad concreta a entrenar.
 - b) Modelado por parte del monitor-terapeuta.
 - c) Role-playing, escenificando una situación relacionada con la habilidad.
 - d) Reforzamiento positivo a los participantes, destacando los aspectos positivos de su ejecución.
 - e) Feedback por parte del monitor y resto del grupo, señalando los aspectos mejorables de la intervención del grupo de participantes. Se debe atender a

los aspectos verbales, paraverbales y no verbales de la interacción social representada.

f) Repetición del role-playing.

c) Entrenamiento en habilidades de negociación y resolución de conflictos

Se persigue sensibilizar sobre la importancia de la toma de decisiones para la prevención de comportamientos de riesgo. También se pretende capacitar a los padres y madres para afrontar eficazmente los problemas surgidos en el ambiente familiar. Por último, se persigue capacitarles para enseñar a sus hijos métodos adecuados para afrontar los problemas de la vida. El procedimiento más utilizado para el entrenamiento en resolución de problemas es la técnica de D'Zurilla y Goldfried (1971). El método incluye los pasos siguientes:

1. Orientación hacia el problema:
 - a) Percepción del problema.
 - b) Valoración de las causas.
2. Definición y formulación del problema:
 - a) Recopilación de información relevante para el problema.
 - b) Comprensión del conflicto.
 - c) Establecimiento de metas realistas respecto al problema.
 - d) Revaloración del problema.
3. Búsqueda del mayor número de alternativas como posible solución al problema:
 - a) Principio de cantidad antes que calidad:
 - b) Principio de dilación del juicio: no valorar aún las consecuencias.
 - c) Principio de variedad.
4. Valoración de cada solución posible, atendiendo a las consecuencias de la puesta en práctica de esa alternativa, tanto positivas como negativas, a corto y largo plazo.
5. Toma de decisiones.
6. Puesta en práctica de la medida elegida.
7. Evaluación de la puesta en práctica.

- a) Autoevaluación.
- b) Autorrefuerzo, si los resultados son satisfactorios, o nuevo proceso, si la medida no ha solucionado el problema.

Para finalizar, se presenta una tabla (cuadro 16.4) en la que se sintetizan las principales estrategias de prevención familiar descritas en este apartado.

16.5.5. Ejemplo de un programa de prevención familiar

Un modelo de programa de prevención familiar del consumo de drogas es el prestigioso programa

norteamericano *Strengthening Families Program* (Fortalecimiento de la familia) (Kumpfer, Molraard y Spoth, 1996), que fue adaptado en nuestro país por Errasti, Al-Halabí, Secades-Villa, Fernández-Hermida, Carballo y García-Rodríguez (2009), denominándose *Familias que funcionan*. Se trata de un programa de prevención universal y selectiva.

La versión original del programa se dirige a familias con padres que han tenido problemas de abuso de sustancias, e incluye tres componentes: a) programa de formación para padres y madres, que persigue mejorar las habilidades en la educación de los hijos; b) formación para niños y niñas: tiene como objetivo mejorar la socialización de los hijos,

CUADRO 16.4

Estrategias de prevención familiar

Educación de padres	Psicología del adolescente. La comunicación en la familia. Estilos educativos positivos. Información sobre las drogas. Timidez. Autonomía y autoestima.	
Mejora de habilidades parentales	<i>Entrenamiento en habilidades de comunicación</i>	Resolución de casos prácticos. Modelado. Representación de papeles. Entrenamiento en imaginación. Tareas para casa.
	<i>Entrenamiento en habilidades sociales</i>	Evaluación de las habilidades asertivas de los padres. Estilos de comportamiento: pasivo, asertivo, agresivo. Obstáculos para decir no. Derechos personales. Selección de una habilidad concreta a entrenar. Modelado. Role-playing. Reforzamiento positivo. Feedback. Repetición del role-playing.
	<i>Entrenamiento en resolución de problemas</i>	Orientación hacia el problema. Definición del problema. Búsqueda de alternativas. Valoración de cada solución. Toma de decisiones. Puesta en práctica de la medida elegida.

y c) formación para familias: su meta es mejorar la calidad de las relaciones familiares.

La intervención se realiza en catorce sesiones semanales, con una duración de dos horas. En la primera parte los padres/madres y los hijos/as trabajan por separado. En la segunda hora la sesión es conjunta, terminando con alguna actividad lúdica (cena, película, etc.).

El *Proyecto Familia* ha evaluado varios programas preventivos, entre otros el *Programa de Fortalecimiento de la Familia de Iowa* (Iowa Strengthening Families Program, ISFP), una revisión del programa *Fortalecimiento de la Familia*. Tiene una duración de siete semanas, realizándose una sesión semanal de dos horas de duración. Cada una de las sesiones está dividida en dos partes: durante la primera hora, padres y adolescentes se reúnen por separado, desarrollando lo que los autores denominan un «currículo de adquisición de habilidades». En la segunda hora de reunión, se reúnen los dos grupos y practican las habilidades aprendidas en la primera parte. El contenido de las sesiones para padres es:

- Estrategias de clarificación de expectativas basadas en el desarrollo infantil.
- Uso apropiado de la disciplina.
- Manejo de emociones relacionadas con sus hijos.
- Formas de comunicación eficaz con los hijos.

En las sesiones para los hijos se tratan los mismos puntos, añadiendo además el aprendizaje de estrategias para afrontar la presión social y otra serie de habilidades sociales. En la parte conjunta de la sesión, padres e hijos practican la resolución de conflictos y las habilidades de comunicación.

La eficacia de este programa parece probada: las medidas en el índice de iniciación al alcohol (*Alcohol Initiation Index, AII*) fueron significativamente más bajas en el grupo intervención que en el grupo control, resultados que se mantenían en los seguimientos a los 12 y 24 meses (Spath, Redmond y Lepper, 1999). En los padres se observó también una mejora en las habilidades educativas. Tras evaluar los resultados del programa, se constata que mejoran de forma significativa las relaciones familiares, disminuyen

los conflictos familiares, los problemas de conducta infantil, la agresividad y el abuso de sustancias.

La versión española está dirigida a escolares de 10-14 años. Se compone de siete sesiones principales y cuatro de mantenimiento. Los resultados con población española muestran que el programa es eficaz para reducir el incremento en el consumo de drogas en adolescentes a partir de la asistencia a siete sesiones, tanto en el seguimiento a un año como a dos años, y para reducir algunos de los factores de riesgo familiares.

16.6. GUÍA DE ORIENTACIÓN FAMILIAR EN ADICCIONES

En este último apartado se presenta información útil para padres y madres en el momento de hablar con los hijos sobre las drogas, al mismo tiempo que una orientación sobre cómo actuar en el caso de encontrarse con un hijo consumidor. Estas orientaciones-guía se deben adaptar a las características específicas de cada familia y, por tanto, al tipo de relación establecida en ellas. Por último, se presenta una serie de estrategias preventivas en relación al uso de las TIC y las redes sociales en adolescentes, dirigidas a los padres y educadores.

16.6.1. Información para padres acerca de las drogas

¿Qué es una droga?

Droga es toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de las funciones de éste (Organización Mundial de la Salud). Por tanto, son drogas todas las sustancias con propiedades que alteran de alguna forma el sistema nervioso. Ejemplos: alcohol, éxtasis, heroína, cocaína, marihuana, tabaco, ciertos medicamentos, etc.

¿Qué diferencia hay entre uso y abuso?

Uso es el consumo que no repercute negativamente en la salud de la persona que utiliza la

droga ni perjudica a las personas de alrededor. Ejemplos: beber una copa de cava en una fiesta después de haber cenado (consumo responsable), o tomar un medicamento para el insomnio prescrito por el médico (seguimiento de una prescripción). Sin embargo, abuso es el consumo que tiene consecuencias negativas para la salud de la persona y/o puede afectar negativamente a otros. Ejemplos: beber alcohol en una fiesta si a continuación se ha de conducir, emborracharse, mezclar alcohol con determinados medicamentos, etc. Con las drogas de síntesis, la intoxicación y otros efectos negativos pueden producirse con una sola pastilla, ya que, al desconocerse la cantidad de droga en cada comprimido (dosis de sustancia activa), las repercusiones para la salud son imprevisibles.

¿Qué es tolerancia y dependencia?

Tolerancia es el estado de adaptación del organismo a la droga. La respuesta ante la misma dosis de droga disminuye, por lo que se hace necesario ir aumentando progresivamente la dosis para obtener los mismos efectos psicoactivos. Ejemplo: una persona que prueba por primera vez el alcohol puede marearse con una copa. En cambio, una persona acostumbrada a beber necesita varias copas para marearse. Dependencia es el estado físico y/o psíquico causado por la interacción entre el organismo y la droga. La dependencia física es el malestar físico experimentado por el organismo debido a la ausencia de droga. En algunos casos, la conducta de búsqueda de droga pretende paliar el síndrome de abstinencia o estado desagradable producido por la ausencia de droga en un organismo habituado a la sustancia. La dependencia psíquica es el estado de inquietud psicológica y el fuerte deseo de consumir droga de forma continuada o periódica, que experimenta la persona ante la falta de droga. Ejemplo: una persona con alcoholismo puede tener temblores, náuseas, vómitos, insomnio, etc. (dependencia física), o sentirse irritable y experimentar un fuerte impulso a beber (dependencia psíquica), cuando lleva un par de días sin beber (síndrome de abstinencia).

Tipos de drogas

Existen diferentes tipos de drogas, que se distinguen por los efectos que producen en la persona que las consume:

- Las drogas *estimulantes* aumentan la actividad del sistema nervioso.
- Las drogas *depresoras* disminuyen la actividad del sistema nervioso.
- Las drogas *perturbadoras* alteran el funcionamiento del sistema nervioso, principalmente la percepción que se tiene de las cosas.

16.6.2. Pautas de comportamiento ante el consumo de drogas de los hijos

Existen guías de referencia para padres que sirven de ayuda, ofreciendo información sobre las drogas, factores de riesgo y protección, servicios de asesoramiento y atención, y pautas de comunicación. Algunas de estas publicaciones son: *Drogas: Guía para padres y madres* (Fundación Vivir sin Drogas, 1999), *Mi hijo, las drogas y yo* (García-Rodríguez, 2000), *Drogas ¿por qué? Educar y Prevenir* (Macià, 2003), *SOS-Drogas: cómo ayudar a mi hijo: Guía de prevención y orientación para padres* (Levant, 2003), *Adolescentes, alcohol y drogas* (Dillon, 2010), *¿Y si mi hijo se droga?* (Begoña, 2005), *Cómo tratar con sus hijos el tema del alcohol y las drogas. Decir «no», no es suficiente* (Schwebel, 1999) o *10 Pasos para ayudar a sus hijos/as a afrontar el desafío del alcohol y las demás drogas* (EDEX, 2003).

Según la Fundación Vivir sin Drogas (1999), cuando existen sospechas o se observan evidencias de consumo de alcohol o de cualquier otro tipo de droga por parte de un hijo es recomendable seguir una serie de pautas que pueden ser de utilidad como guía orientativa para padres y madres:

- a) Actuar con calma y serenidad.
- b) Proporcionar a tu hijo una explicación plausible del motivo de tu preocupación.
- c) Comprobar si tu hijo tiene información sobre los riesgos que se asocian al consumo de sustancias.

- d) Enseñar que el consumo es una opción y no una obligación. Cada persona decide sobre su propio comportamiento.
- e) Proporcionar información sobre las consecuencias negativas del consumo, principalmente entre aquellos que se encuentran en su etapa de desarrollo (adolescentes).
- f) Administrar normas sólidas sobre las fiestas. Mantenerse accesible y disponible, proporcionar comida sólida y preguntar el lugar de la celebración.
- g) Preguntar a tu hijo su opinión sobre las drogas y aclarar que tu preocupación tiene su origen en su bienestar físico y psicológico.
- h) Anticipar una conducta eficaz, independientemente de las creencias de tu hijo sobre las drogas.
- i) Aplicar habilidades comunicativas, como la escucha activa y la empatía.
- j) Controlar la comunicación no verbal y paraverbal: tono de voz cálido y firme, gestos pausados y tranquilos, y velocidad del habla moderada.
- k) Procurar no enfadarse ni amenazar, aunque creas que miente.
- l) Asegurarse de que comprende que eres una ayuda y apoyo tanto en los momentos buenos como los malos, y no alguien que dificulta su camino.
- m) Aclarar tanto las conductas aceptables como las inaceptables.
- n) Comprobar su capacidad para asumir y responsabilizarse de su propio comportamiento y de las consecuencias del mismo.
- o) Ayudar a tranquilizarse, sentarlo en una habitación tranquila y explicar que las sensaciones serán temporales en caso de encontrar a tu hijo con síntomas de pánico tras el consumo de drogas sintéticas.
- p) Relajar, colocar en posición de recuperación o llamar a una ambulancia (si no mejora al tiempo), en el caso de encontrar a tu hijo con síntomas de somnolencia tras el consumo de heroína o tranquilizantes.
- q) Llamar a una ambulancia, colocar en posición de recuperación, controlar su respira-

ción y su temperatura corporal en caso de encontrar a tu hijo con una pérdida de conciencia tras una sobredosis de cualquier tipo de droga.

Por otro lado, la guía para padres *10 Pasos para ayudar a sus hijos/as a afrontar el desafío del alcohol y las demás drogas* (EDEX, 2003) pretende servir de reflexión a los padres y de canal de comunicación en el seno de la pareja. Los contenidos específicos son: escuchar activamente, hablar de las drogas, promover la autoestima, ofrecer un buen modelo, reforzar valores positivos, desarrollar habilidades de resistencia a la presión grupal, establecer normas familiares, fomentar actividades recreativas, educar en procesos de toma de decisiones y comprometerse como padre y ciudadano.

16.6.3. Pautas de comportamiento ante el abuso de las TICs y las redes sociales

La dependencia a internet o a las redes sociales hace referencia a un uso excesivo asociado a una pérdida de control, junto a una serie de síntomas como ansiedad, depresión o irritabilidad ante la no posibilidad de acceso a internet (Greenfield, 2009). Los padres tienen, por tanto, un papel importante en la prevención de esta adicción. A continuación, se presenta una serie de pautas preventivas (Mayor-gas, 2009; Ramón-Cortés, 2010):

- Acordar el número de horas de uso del ordenador limitando el tiempo de conexión.
- Poner límites al uso de cualquier aparato tecnológico.
- Delimitar la ubicación del ordenador en espacios de común acceso.
- Controlar los contenidos de navegación.
- Fomentar las relaciones sociales.
- Estimular la realización de actividades de ocio saludable.
- Desarrollar actividades en grupo y el trabajo en equipo.
- Fomentar la comunicación en el ámbito familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adger, H. (2000). Children in alcoholic families: Family dynamics and treatment issues. En S. Abbott (ed.), *Children of alcoholics: Selected readings, Volume II* (pp. 385-395). Rockville, MD: National Association of Children of Alcoholics.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. Thorofare, NJ: Slack.
- Becoña, E. (1999). Epidemiología del juego patológico en España. *Anuario de psicología*, 30(4), 7-19.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. y Vázquez, F. L. (2001). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. Madrid: Síntesis.
- Begoña, A. P. (2005). *¿Y si mi hijo se droga?* Barcelona: Grijalbo.
- Brown, S. (2008). Developmental Perspective on Alcohol and Youths 16 to 20 Years of Age. *Pediatrics*, 121, 290-310.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E. y Mantecón, A. (2008). Qué drogas se prefieren para las relaciones sexuales en contextos recreativos. *Adicciones*, 20(1), 37-47.
- CEAPA (1988). *Drogodependencias y su prevención. Cuaderno de Formación*. Madrid.
- Chassin, L., Carle, A., Nissim-Sabat, D. y Kumpfer, K. L. (2004). Fostering resilience in children of alcoholic parents. En K. I. Maton (ed.), *Investing in children, youth, families and communities: Strength-based research and policy*. Washington, DC: APA Books.
- Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (eds.), *Vulnerability to drug use* (pp. 15-51). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Dillon, P. (2010). *Adolescentes, alcohol y drogas*. Barcelona: Médici.
- D'Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification, *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22(2), 91-96.
- EDEX (2003). *10 Pasos para ayudar a sus hijos/as a afrontar el desafío del alcohol y las demás drogas*. Bilbao: EDEX.
- Errasti, J. M., Al-Halabí, S., Secades-Villa, R., Fernández-Hermida, J. R., Carballo, J. L. y García-Rodríguez, O. (2009). Prevención familiar del consumo de drogas: El programa «Familias que funcionan». *Psicothema*, 21(1), 45-50.
- Espada, J. P. y Méndez, F. X. (2002). Intervención familiar en la prevención del abuso de drogas. En J. R. Fernández-Hermida y R. Secades (coords.), *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias* (pp. 201-227). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Espada, J. P. y Méndez, F. X. (2003). *Prevención del abuso de alcohol y drogas de síntesis*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Espada, J. P., Sussman, S., Huedo-Medina, T. B. y Alfonso, J. P. (2011). Relation between substance use and depression among Spanish adolescents. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(1), 79-90.
- Fernández, J. R. y Secades, R. (2003). *Guía de referencia para la evaluación de programas de prevención de ocio alternativo*. Gijón: Colegio Oficial de Psicólogos y Plan Nacional sobre Drogas.
- Fundación Pfizer (2009). *La juventud y las redes sociales en Internet*. Madrid: Fundación Pfizer.
- Fundación Vivir sin Drogas (1999). *Drogas: Guía para padres y madres*. Bilbao: Fundación Vivir sin Drogas, FAD y Secretaría de Drogodependencias del Gobierno Vasco.
- García-Rodríguez, J. A. (2000). *Mi hijo, las drogas y yo*. Madrid: Editorial EDAF.
- Greenfield, D. N. (2009). Tratamiento psicológico de la adicción a Internet y a las nuevas tecnologías. En E. Echeburúa, F. J. Labrador y E. Becoña (eds.), *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes* (pp. 189-200). Madrid: Pirámide.
- Griffin, K. W., Botvin, G. J., Scheier, L. M., Diaz, T. y Miller, N. L. (2000). Parenting practices as predictors of substance use, delinquency and aggression among urban minority youth: Moderating effects of family structure and gender. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(2), 174-184.
- Hawkins, J. D. y Weis, J. G. (1985). The social development model: an integrated approach to delinquency prevention. *Journal of Primary Prevention*, 6, 73-97.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.

- Jackson, C., Henriksen, L., Dickinson, D. y Levine, D. W. (1997). The early use of alcohol and tobacco: its relation to children's competence and parents behavior. *American Journal of Public Health*, 87, 359-364.
- Jessor, R. y Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. San Diego, CA: Academic Press.
- Johnson, J. L. y Leff, M. (1999). Children of substance abusers: Overview of research findings. *Pediatrics*, 10, 1.085-1.099.
- Kaplan, H. B. (1980). *Deviant Behavior in defense of self*. New York: Academic Press.
- Kumpfer, K. L. y Johnson, J. L. (2007). Intervenciones de fortalecimiento familiar para la prevención del consumo de sustancias en hijos de padres adictos. *Adicciones*, 19(1), 13-25.
- Kumpfer, K. L., Alexander, J. F., McDonald, L. y Olds, D. L. (1998). *Family-focused substance abuse prevention*. What has been learned from others fields. En R. S. Ashery, E. B. Roberston y K. L. Kumpfer (eds.), *Drug Abuse Prevention through family interventions* (pp. 78-102). Rockville: NIDA Research Monograph, 177.
- Kumpfer, K. L., Molraard, V. y Spoth, R. (1996). The Strengthening Families program for the prevention of delinquency and drug use. En R. Peters y R. McMahon (eds.), *Preventing childhood disorders, substance abuse and delinquency*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Kumpfer, K. L., Olds, D. L., Alexander, J. F., Zucker, R. A. y Gary, L. E. (1998). Family etiology of youth problems. En R. S. Ashery, E. B. Roberston y K. L. Kumpfer (eds.), *Drug Abuse Prevention through family interventions* (pp. 42-77). Rockville: NIDA Research Monograph, 177.
- Levant, G. (2003). *SOS-Drogas: cómo ayudar a mi hijo: Guía de prevención y orientación para padres*. Barcelona: Océano.
- Macià, D. (2003). *Drogas ¿por qué? Educar y prevenir*. Madrid: Pirámide.
- Masten, A. y Faden, V. (2008). Underage Drinking: A Developmental Framework. *Pediatrics*, 121, 235-251.
- Mayorgas, M. J. (2009). Programas de prevención de la adicción a las nuevas tecnologías en jóvenes y adolescentes. En E. Echeburúa, F. J. Labrador y E. Becoña (eds.), *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes* (pp. 221-249). Madrid: Pirámide.
- Merikangas, K. R., Dierker, L. y Fenton, B. (1998). Familiar factors and substance abuse: Implications for prevention. En R. S. Ashery, E. B. Roberston y K. L. Kumpfer (eds.), *Drug Abuse Prevention through family interventions* (pp. 12-41). Rockville: NIDA Research Monograph, 177.
- Miller, J., Naimi, T., Brewer, R. y Everett, S. (2007). Binge Drinking and Associated Health Risk Behaviors Among High School Students. *Pediatrics*, 119, 76-85.
- Muñoz-Rivas, M. J. y Graña, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13, 1, 87-94.
- Observatorio Español sobre Drogas (OED). *Informe 2009. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) (2009). *Informe anual 2009. El problema de la drogodependencia en Europa*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2009). *Guía para la ejecución de programas de desarrollo de aptitudes de la familia en materia de prevención del uso indebido de sustancias*. Publicaciones de las Naciones Unidas.
- Ramón-Cortés, F. (2010). ¿Internet amenaza el contacto real? *El País Semanal*, 1736, 24-25.
- Schwebel, R. (1999). *Cómo tratar con sus hijos el tema del alcohol y las drogas. Decir «no», no es suficiente*. Barcelona: Paidós.
- Tasic, D., Budjanovac, A. y Mejovsek, M. (1997). Parent-child communication in behaviorally disordered an «normal» adolescents. *Psicothema*, 9(3), 547-554.
- Zapata, M. A., Torres, Y. y Montoya, L. P. (2011). Riesgo de juego patológico. Factores y trastornos mentales asociados en jóvenes de Medellín-Colombia. *Adicciones*, 23(1), 17-25.

La atención a los enfermos crónicos en la familia

17

JUAN A. CRUZADO

17.1. INTRODUCCIÓN

Las *enfermedades crónicas* son trastornos permanentes que requieren largos períodos de cuidado y tratamiento paliativo y no tienen curación, si bien se disponen de tratamientos que permiten su control y el mantenimiento de la calidad de vida y el bienestar. Las condiciones crónicas tienen un fuerte impacto psicológico personal, familiar y social. Los factores etiológicos de estas enfermedades son múltiples y en su mayor parte prevenibles.

Desde el último tercio del siglo xx se ha producido un incremento de las enfermedades crónicas frente a las agudas, de modo que en la actualidad las enfermedades crónicas son el principal problema sanitario en los países desarrollados (WHO, 2010a). En concreto, en España, según la Coalición de Ciudadanos con enfermedades crónicas (<http://coalicion.org/leronicosp/situacion.php>), hay 15.000.000 de personas con enfermedades crónicas. El 41,5 por 100 de los hombres y el 46,3 por 100 de las mujeres han declarado que padecen al menos un problema crónico de salud, porcentaje que sube al 76,5 por 100 entre los mayores de 65 años (Información y Estadísticas Sanitarias, 2009). Según la OMS (WHO, 2010b), el 90 por 100 de las personas en nuestro país morirá a consecuencia de una enfermedad crónica. De conformidad con los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (2006), cada persona entre 65 y 74 años tiene una media de 2,8 problemas o enfermedades crónicas, elevándose a 3,23 para las personas mayores de 75 años.

Los pacientes crónicos utilizan los servicios sanitarios con mayor frecuencia y son, en gran parte, responsables del crecimiento del número de consultas por paciente. El 80 por ciento de las consultas de Atención Primaria y el 60 por 100 de los ingresos hospitalarios en nuestro país corresponden a pacientes crónicos (Información y Estadísticas Sanitarias, 2009). El Sistema Nacional de Salud, diseñado para dar respuesta a la enfermedad aguda, empieza a ser consciente de la necesidad de reorientarse para tratar de forma satisfactoria las enfermedades crónicas y así seguir cumpliendo con su función social.

Las principales enfermedades crónicas son cuatro: las cardiovasculares (por ejemplo, infarto, ictus cerebral, hipertensión, etc.), la diabetes, los trastornos respiratorios (por ejemplo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, EPOC o el asma), y el cáncer. A ellas se añaden otras, tales como enfermedades neurodegenerativas (por ejemplo, enfermedad de Alzheimer), artritis, trastornos de dolor crónico (por ejemplo, lumbalgia, fibromialgia, etc.) y SIDA, entre otras. Si bien las enfermedades crónicas son mucho más prevalentes en las personas mayores, en niños se observa también la presencia de trastornos crónicos como la espina bífida, parálisis cerebral, fibrosis quística y múltiples enfermedades congénitas, asma, diabetes y cáncer infantil.

La *pluripatología* se define por la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas que conllevan la aparición de reagudizaciones y patologías interrelacionadas que condicionan una especial fragilidad clínica que grava al paciente con un deterioro progresivo, y una disminución gradual de su autonomía

y capacidad funcional, generando una frecuente demanda de atención a diferentes ámbitos asistenciales (atención primaria, atención especializada, servicios sociales); demanda, además, que en la mayoría de las ocasiones será imposible programar (Ministerio de Salud y Políticas Sanitarias, 2009).

La *fragilidad* es un concepto fisiopatológico y clínico que intenta explicar la diferencia entre envejecimiento satisfactorio y patológico, definiéndose como un declinar generalizado de múltiples sistemas (principalmente osteomuscular, cardiovascular, metabólico e inmunológico), cuya repercusión final lleva a un agotamiento en la reserva funcional del individuo y a una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de múltiples resultados adversos, como discapacidad, dependencia, hospitalización, institucionalización y muerte (Ministerio de Salud y Políticas Sanitarias, 2009). Evidentemente, no todos los ancianos frágiles tienen comorbilidad, ya que, así como ésta traduce un agregado de enfermedades manifiestas en el individuo, la fragilidad realmente nos estaría hablando de un agregado de pérdidas subclínicas.

La *discapacidad*, por su parte, se define como la incapacidad para realizar actividades esenciales de una vida independiente; es decir, se trata de un término utilizado para referirse a los déficit en la actividad de un individuo y las restricciones para su participación en el entorno real en el que vive (Ministerio de Salud y Políticas Sanitarias, 2009). No cabe duda de que, en algunas ocasiones, máxime en las personas mayores, tal discapacidad lleva inexorablemente a la *dependencia*, si no se actúa contra ella desde el entorno sanitario, mediante prevención secundaria y terciaria, diagnósticos precisos y tratamientos médicos y rehabilitadores adecuados.

Las características comunes de las enfermedades crónicas son las siguientes (Poveda, 2008):

1. Padecimiento incurable: permanente e irreversible, con períodos de remisión y recaídas.
2. Multicausalidad o plurietiología: están asociadas a diversos factores químicos, físicos, ambientales y socioculturales, muchos de ellos relacionados con el modo de vida y el trabajo. En las enfermedades cardiovasculares, por ejemplo, intervienen múltiples

causas: tabaco, hipercolesterolemia, hipertensión, estrés, etc.

3. Multiefectividad: un factor de riesgo puede producir múltiples efectos sobre distintos problemas de salud (por ejemplo, el tabaco puede producir cáncer de pulmón, EPOC o infartos).
4. No contagiosas.
5. Discapacidad en diversos grados.
6. Rehabilitación: requieren entrenamiento específico del paciente y de su familia para asegurar su cuidado y una estrecha colaboración y supervisión del equipo de cuidados.
7. Importancia social: determinada por morbilidad, mortalidad, discapacidades en la población activa, repercusión socioeconómica y gasto sanitario que generan.
8. Prevenibles: tanto de modo primario, mediante la modificación de determinados factores, como secundario, mediante su detección precoz.
9. Afectación psicológica, social y económica importante, tanto para el paciente como para su familia.

17.2. FAMILIA Y ENFERMEDADES CRÓNICAS

La enfermedad crónica afecta a las funciones instrumentales del sistema de la familia como unidad social. A lo largo de la historia humana, y en todas las sociedades, el sistema familiar se ha organizado para satisfacer las demandas de un conjunto de funciones críticas instrumentales, funciones que son esenciales tanto para los miembros familiares como para la sociedad en general:

- En primer lugar, la función de la familia como una unidad económica que proporciona el material esencial para las necesidades de sus miembros: alimentación, vivienda y vestido.
- En segundo lugar, la función familiar de satisfacer las necesidades evolutivas y emocionales de los miembros de la familia en cualquier etapa del ciclo vital en que se encuentren.

Los niños pequeños, adolescentes, adultos jóvenes, adultos de mediana edad y los mayores tienen diferentes necesidades emocionales y sociales, pero nunca se desarrollan completamente y de forma independiente fuera del sistema familiar.

- Por último, la función familiar de atención primaria y el sistema de apoyo a los familiares enfermos y discapacitados. A pesar de la existencia de un amplio sistema institucional asistencial a largo plazo, de la asistencia consistente en hogares de ancianos, centros de rehabilitación y hospitales de cuidados crónicos que sirven como un sustituto para el sistema de la familia, la gran mayoría de las personas con discapacidad (jóvenes y adultos) están atendidos por sus familias.

El escenario sanitario que adquiere mayor relevancia en la actualidad es el de las personas mayores, con una enfermedad crónica avanzada, que presentan múltiples déficit funcionales y necesidades de servicios de salud que requieren asistencia continua (Wilkinson y Lynn, 2005). Al mismo tiempo, se está produciendo una transferencia de los cuidados de los hospitales a la atención domiciliaria y ambulatoria, y con ello de las responsabilidades del cuidado diario a largo plazo de los pacientes médicamente complejos a la familia. Así pues, los familiares son un factor fundamental en el manejo de la enfermedad y el mantenimiento de la calidad de vida del paciente. De modo correlativo, las necesidades de atención del paciente, ya sea en el propio hogar, en las instituciones o de modo mixto, tienen un impacto directo y significativo sobre los cuidadores familiares, y por eso ha aumentado la necesidad de profesionales de la salud dedicados a la intervención de las familias afectadas.

La persona con una enfermedad crónica experimenta un sinnúmero de emociones negativas: tristeza, impotencia, ansiedad, miedo, soledad... La cronicidad generalmente requiere un total reajuste en el estilo de vida individual. Así, las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, por ejemplo, deben tener planeados sus días alternando períodos de actividad con períodos de descanso, de

modo que la persona tiene que adaptarse a la sintomatología, ya que de lo contrario se limitaría e incapacitaría a la persona en un grado mucho mayor. Los familiares ven modificada en la misma medida todas sus actividades, así como las emociones del paciente se hacen extensivas también a ellos mismos, ya sea la pareja, los hijos, padres o hermanos. Tanto uno como los otros se desaniman fácilmente a causa del cambio en sus papeles, las complicaciones del tratamiento y la amenaza constante de las limitaciones y la muerte. La enfermedad crónica puede llegar a dominar sus vidas y alterar la organización y funcionamiento familiar.

El impacto familiar de las enfermedades crónicas depende de dimensiones claves que determinan la adaptación familiar (Rolland, 1994; Almgren y Diwan, 2008):

- *El comienzo de la enfermedad*: las familias se adaptan de modo diferencial según la enfermedad tenga un comienzo agudo o repentino (por ejemplo, infarto de miocardio) o gradual (como en la enfermedad de Alzheimer).
- *El curso*: las enfermedades crónicas son muy diferentes en la medida en que son progresivas, es decir, empeoran con el tiempo, como en la enfermedad de Alzheimer, o son constantes, es decir, son relativamente estables como en la osteoartritis. Asimismo, algunas enfermedades crónicas progresivas conllevan períodos de relativa estabilidad interrumpida por retrocesos dramáticos o recaídas (como en muchos tipos de cáncer), mientras que otros manifiestan un curso muy consistente y relativamente predecible de empeoramiento gradual o rápido (como en la diabetes tipo 2 o la enfermedad cardíaca).
- *El resultado de enfermedades*: las enfermedades crónicas pueden caracterizarse en su resultado final como fatales o no. Las enfermedades no fatales no ofrecen una línea de tiempo previsible de la muerte ni tienen por qué ser la principal causa de muerte (por ejemplo, la osteoartritis), aunque muchas (por ejemplo, la diabetes) pueden acortar la vida e incluso ser fatales a largo plazo. Las

enfermedades mortales (por ejemplo, el cáncer de páncreas), por el contrario, implican una confrontación más directa y requieren un proceso de adaptación específico del individuo afectado y su familia con el proceso de muerte y el fallecimiento.

- *El grado de discapacidad*: las enfermedades crónicas difieren en cuanto a los efectos directos o sostenidos en la independencia funcional de un individuo y las capacidades cognitivas y comunicativas, que pueden ir de mínimos a altos grados de discapacidad, con importantes implicaciones para la adaptación familiar.

Con carácter general, la tipología psicosocial distintiva de una determinada enfermedad depende de las interacciones entre las cuatro dimensiones clave de la enfermedad identificada por Rolland (1994): aparición, curso, resultados y grado de incapacidad.

Una enfermedad crónica puede afectar negativamente a las funciones instrumentales de la familia en una variedad de maneras. Rolland (1994) identificó cuatro componentes del funcionamiento familiar que pueden verse afectadas drásticamente por la naturaleza y el curso de una enfermedad crónica y que deberían ser evaluados.

1. Los patrones estructurales y de organización del sistema familiar; es decir, las enfermedades crónicas pueden afectar a los roles familiares, la cohesión y las relaciones entre los miembros familiares.
2. El componente de la comunicación familiar incluye el grado de comunicación abierta y directa, frente a la latente y restringida, los patrones de inclusividad familiar, y los modos de tratar temas dolorosos o que implican riesgos.
3. Pautas multigeneracionales de afrontamiento, es decir, cómo las familias se han adaptado a diversos tipos de adversidad y evolucionado con el tiempo. Cada enfermedad o crisis que enfrenta una familia se contextualiza en la experiencia histórica de dicha familia, y los patrones de adaptación

adquiridos, y el modo en que la familia se enfrenta a la enfermedad actual, se incorpora a su evolución.

4. Por último, las familias tienen «sistemas de creencias» (construcciones compartidas de la realidad, visiones del mundo) que refuerzan la identidad de la familia y que dan sentido a las complejidades cotidianas y las crisis, incluidas las que se introducen por la aparición y progresión de la enfermedad crónica. Por ejemplo, muchas familias tienen la creencia de que los familiares siempre han de estar «apegados y cuidar de los nuestros en momentos que lo necesitan». Estas creencias son especialmente importantes cuando se han de afrontar los cuidados de un familiar con Alzheimer (por ejemplo, «siempre dijimos a mamá que no permitiríamos que fuera a una institución de ancianos, pero ahora que tiene Alzheimer, ¿cómo podemos romper la palabra que le dimos?»).

Los miembros de la familia asumen a menudo el rol de cuidador en circunstancias repentinas y extremas, con una guía y apoyo ausente o mínima del sistema de salud, por lo que las familias se encuentran ante retos que implican considerables consecuencias psicológicas y físicas. Los familiares necesitan información especializada, accesible y precisa sobre la progresión de la enfermedad; educación y entrenamiento para el manejo de la enfermedad crónica del familiar afectado, participación y apoyo para la toma de decisiones médicas, servicios auxiliares de apoyo o respiro familiar, ayuda económica, apoyo emocional, y una gama de otros servicios que ayuden a los familiares a satisfacer las necesidades de sus seres queridos. Sin embargo, estas necesidades están a menudo ignoradas y desatendidas por el sistema de salud. De hecho, la mayoría de los cuidadores familiares están en una posición tanto de prestar atención como de estar necesitados de recibirla; por eso se ha calificado a los cuidadores de familia como «el paciente oculto» (Wilkinson y Lynn, 2005).

Conforme avanza la enfermedad, la atención directa e indirecta al paciente se hace cada vez más compleja. Estas tareas pueden requerir una gran

cantidad de tiempo y esfuerzo y tener un efecto potencialmente negativo en la salud de los familiares y en su bienestar. Se ha desarrollado una gran cantidad de investigación sobre la carga del cuidador, de modo que los efectos personales, sociales y de salud de los cuidados están bien documentados. El *cuidador principal* es la persona que habitualmente proporciona los cuidados a una persona enferma o con discapacidad, física o psíquica, que le impide ser autónoma. Según reconoce el Ministerio de Salud y Políticas Sanitarias (2009), los planes de cuidados del paciente crónico, especialmente en aquellos que presentan un deterioro funcional o cognitivo importante, deben incluir la atención del cuidador/a.

Numerosos estudios han demostrado que los cuidadores tienen un mayor riesgo de problemas de salud mental, como depresión, problemas de salud física o tensión emocional, así como un aumento de la mortalidad en comparación con los no cuidadores (Crespo y López, 2007; Zarit, Bottigi y Gaugler, 2007). Así, Schulz y Beach (1999) encontraron que los cuidadores que estaban estresados presentaban un riesgo de mortalidad un 63 por 100 mayor que los controles no cuidadores. Los cuidadores y sus familias también corren riesgos económicos. El estudio SUPPORT (1995) encontró que casi un tercio de las familias perdieron todos o la mayor parte de sus ahorros en caso de enfermedad grave; en concreto, el 29 por 100 perdió su principal fuente de ingresos, y el 55 por 100 experimentaba pérdidas de ingresos u otros cambios vitales o enfermedades familiares.

La familia es un agente principal en el cuidado de las personas con enfermedades crónicas y supone un ahorro muy elevado al sistema nacional de salud.

17.3. TRAYECTORIAS DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA

La trayectoria de la enfermedad crónica denota el curso fluctuante y variable de las fases de la enfermedad en el tiempo, así como las medidas adoptadas por los distintos familiares para controlar su curso; de hecho, el curso de la trayectoria de la enfermedad moldea la experiencia de los familiares. Se

han identificado nueve fases de la enfermedad crónica (Corbin, 1998):

1. *Pre-trayectoria*: no están presentes signos o síntomas.
2. *Trayectoria inicial*: aparición de los primeros signos y síntomas (incluye las pruebas diagnósticas).
3. *Estable*: se manejan y controlan los síntomas, y la enfermedad se maneja mediante un tratamiento determinado.
4. *Inestable*: el tratamiento previamente adoptado no permite controlar los síntomas.
5. *Aguda*: síntomas graves y que no se alivian, o se desarrollan complicaciones de la enfermedad que requieren hospitalización.
6. *Crisis*: se produce una situación potencialmente que amenaza la vida (por ejemplo, un estado crítico que requiere atención de emergencia).
7. *Regreso*: un retorno gradual a una forma aceptable de vida dentro de los límites impuestos por la discapacidad o la enfermedad.
8. *Descendente*: el estado mental y físico se deteriora.
9. *Agonía*: la muerte en un período de semanas, días u horas.

El estudio de las trayectorias proporciona una descripción de los grandes grupos de pacientes crónicos, cada uno con diferentes cursos temporales de enfermedad, necesidades de servicios y prioridades de atención, así como permite identificar barreras a los cuidados de calidad. Lynn y Adamson (2003), Lynn, Chaudhry, Simon, Wilkinson y Schuster (2007), así como Júdez (2007), categorizan la salud de la población general de acuerdo a tres categorías: *a*) personas sanas y personas con condiciones agudas, limitadas en el tiempo; *b*) las personas con enfermedades crónicas estables o precoces que son compatibles con sus roles sociales y sus actividades, y *c*) las personas con enfermedades crónicas graves, progresivas y, con el tiempo, mortales. En este tercer grupo se pueden distinguir tres diferentes trayectorias, que son las siguientes:

1. Las enfermedades que presentan estabilidad funcional, seguida de una fase terminal de-

- finida de semanas o días, en que se produce un rápido aumento de síntomas y signos de deterioro y discapacidad. Se ejemplifica por el escenario tradicional de muerte por cáncer.
- Una trayectoria marcada por un largo curso de deterioro con crisis periódicas, con períodos de estabilidad e incluso «recuperación», con una muerte súbita. Un claro ejemplo es la insuficiencia cardíaca congestiva y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

- Un largo y lento declive, con discapacidad constantemente progresiva antes de morir, que corresponden al anciano frágil, con enfermedad de Parkinson o con demencias.

En la figura 17.1 se pueden observar las trayectorias de mortalidad más comunes y el porcentaje de las personas afectadas en los países desarrollados.

Murray, Kendall, Boyd y Sheikh (2005), y Murray, Kendall, Grant, Boyd, Barclay y Sheikh (2007),

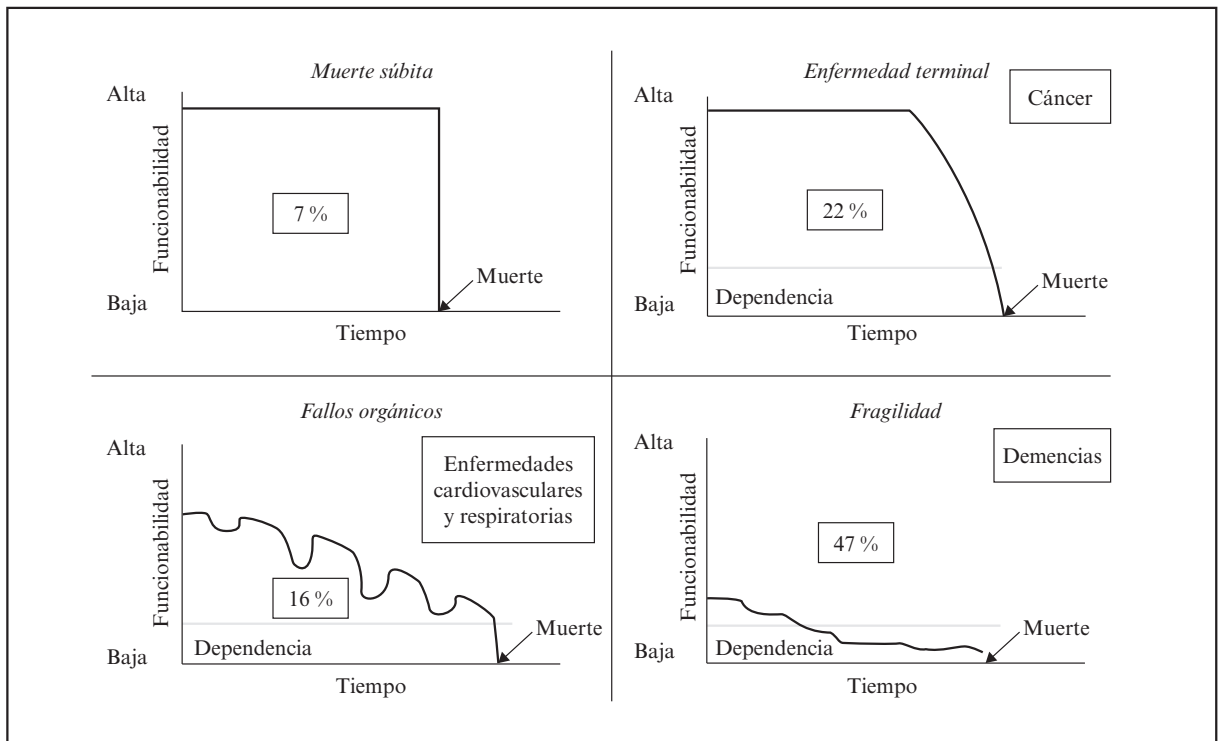


Figura 17.1.—Trayectorias de mortalidad (Lynn y Adamson, 2003; Lynn, Chaudhry, Simon, Wilkinson y Schuster, 2007).

han estudiado las trayectorias en enfermedades crónicas mortales, mediante entrevistas a pacientes y familiares. Dichas trayectorias de la enfermedad crónica pueden dividirse en las dimensiones físicas, psicosociales, psicológicas y espirituales, que varían en distintas fases de la enfermedad: diagnóstico y tratamiento, retorno a casa, recidivas, enfermedad

avanzada y terminal. Estas trayectorias se ejemplifican en la figura 17.2, en el caso del cáncer de pulmón. Más recientemente, Murray, Kendall, Boyd, Grant Highet y Sheikh (2010) han estudiado las trayectorias en los familiares de los pacientes de cáncer de pulmón que son una réplica de la del propio paciente (véase la figura 17.2).

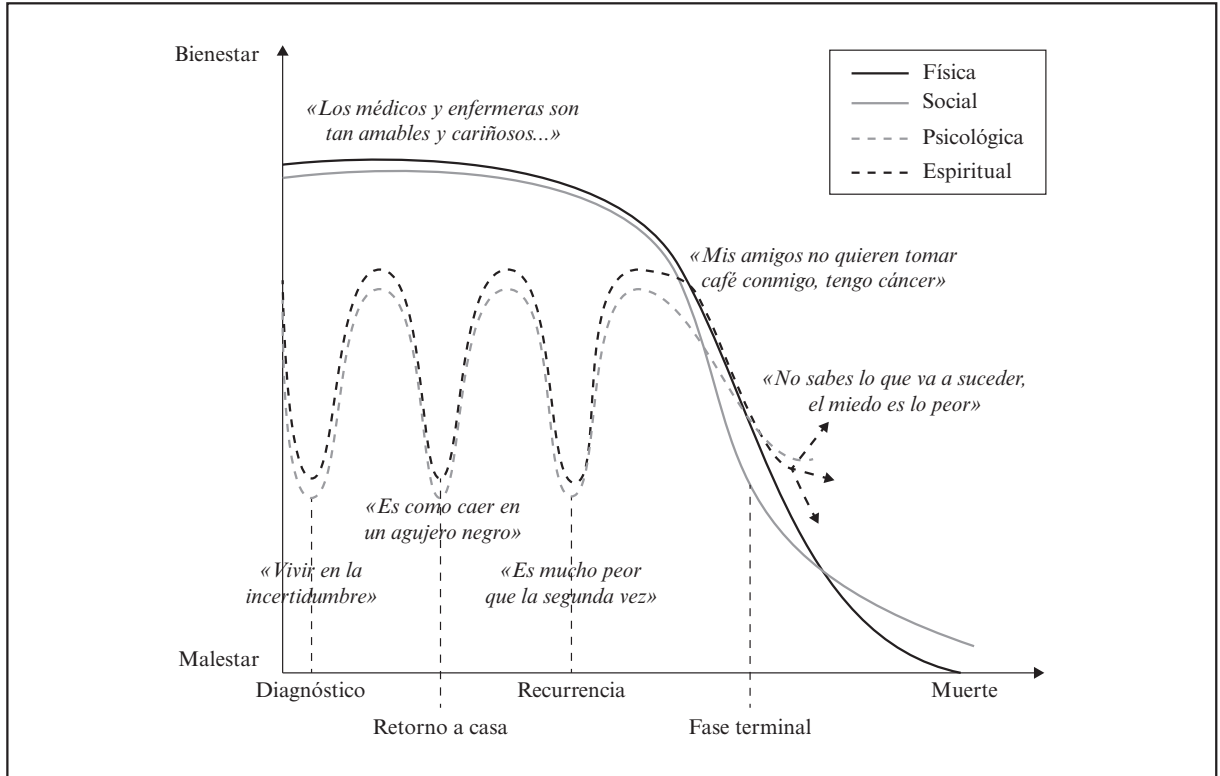


Figura 17.2.—Trayectoria de las enfermedades crónicas terminales.

Bienestar físico: muchos de los familiares cuidadores sienten síntomas físicos de cansancio, alteraciones en el sueño, dolores, etc., preocupaciones acerca de cómo su propio estado de salud afecta al cuidado del paciente y dudas acerca de su propia capacidad de cuidado (por ejemplo, «*es mi responsabilidad ayudar a ir al servicio y asear a mi padre, pero con mis problemas de espalda no sé como voy a continuar haciéndolo*»).

Bienestar social: según el paciente va progresivamente empeorando, el cuidador se siente menos y menos capaz de dejarle solo, restringiendo su actividad social, contactos, hobbies, trabajo y periodos vacacionales y de descanso (por ejemplo, «*no puedo no salir a pasear, hablar con la gente...*»). La organización y sistemas de apoyo dentro de la familia pueden ser motivo de unión, o bien de desacuerdos y conflictos.

Bienestar psicológico: los familiares, del mismo modo que los pacientes, se sienten como en una montaña rusa, con estados de ánimo que suben y bajan en momentos claves de estrés y ansiedad (véase figura 17.3). En el diagnóstico y tratamiento pueden sentirse ansiosos, con miedo e incertidumbre y en ocasiones esperanzados. Al volver a casa, el nivel de estrés continúa e incluso puede aumentar, al observar que el paciente padece síntomas y signos de enfermedad, y que su funcionamiento personal y vida social puede estar deteriorado. Eso conlleva una reorganización de roles y actividades para los familiares que altera su vida habitual; las recaídas son tan temidas por los familiares como por los pacientes, por lo que el miedo y las preocupaciones están muy presentes. La enfermedad avanzada puede acompañarse de indefensión y tristeza.

Bienestar espiritual: de modo paralelo al estado psicológico, el diagnóstico y los tratamientos familiares producen un fuerte impacto que cuestiona su orientación y metas vitales (por ejemplo, «es como si hubiera sucedido un terremoto que borrara todos los caminos a los que me dirigía», «es como si hubiera venido un huracán que nos ha dejado sin caminos»). En la vuelta a casa, a algunas personas se le hace difícil aceptar la nueva realidad y los cambios a un estado y organización familiar muy diferente (por ejemplo, «no me pudo hacer a la idea de cómo van a ser las cosas a partir de ahora»); las recidivas pueden producir una profunda inseguridad en los familiares (por ejemplo, «nuestra vida está bajo la espada de Damocles»). Finalmente, la situación de enfermedad avanzada y de terminalidad puede provocar sentimiento de claudicación (por ejemplo, «mejor que termine cuanto antes»). En contraste, los familiares pueden encontrar importantes beneficios en la experiencia provocada por la enfermedad crónica y el cuidado del enfermo: mayor cercanía de la pareja, mayor unidad familiar, una visión positiva de ellos mismos y su familia, mayor interés en empatizar con otras personas, un cambio en las prioridades vitales, y un aumento de intereses trascendentes y espirituales, en lugar de materiales.

En resumen, existen trayectorias típicas para las enfermedades crónicas progresivas, tales como el cáncer de pulmón avanzado, que describen las dimensiones de bienestar social, psicológico y espiritual y el sufrimiento en las diferentes fases de la enfermedad. Los familiares también experimentan patrones típicos de bienestar y malestar en estas dimensiones en paralelo con los pacientes. El apoyo a los familiares con enfermedades crónicas avanzadas se debe proporcionar en las cuatro transiciones fundamentales: el momento del diagnóstico y tratamiento, en la casa después del tratamiento inicial, en la recurrencia y en la etapa avanzada y terminal.

17.4. LA INTERVENCIÓN FAMILIAR EN LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Un enfoque del manejo de la enfermedad crónica centrado en la familia está en agudo contraste con los enfoques tradicionales enfocados al paciente. En

concreto, Fisher y Weihs (2000) hacen hincapié en: *a)* definir y evaluar el contexto relacional en el que se lleva a cabo el manejo de la enfermedad; *b)* incluir a los familiares como posibles objetivos para la intervención; *c)* responder a las necesidades psicoeducativas, personales y relacionales de los miembros de la familia; *d)* considerar la enfermedad crónica no como una serie de episodios agudos, sino como un proceso continuo que requiere la prolongación de los cuidados en los que interactúan el equipo médico y la familia, y *e)* asumir que el paciente y sus familiares son el objetivo conjunto, de modo que la eficacia de las intervenciones se ha de evaluar por los resultados obtenidos para ambos.

La familia afecta a los siguientes aspectos de la enfermedad crónica: *a)* la adherencia y cumplimiento de los tratamientos prescritos, el mantenimiento de hábitos saludables y de autocuidado del paciente; *b)* la toma de decisiones y el consentimiento informado de los tratamientos; *c)* el mantenimiento de la calidad de vida y el control de síntomas físicos, y *d)* el estado emocional, las respuestas de estrés y la salud mental del paciente.

Los resultados de la investigación prospectiva en un gran número de enfermedades muestran que las siguientes características de la familia cumplen una función de protección contra los resultados negativos del manejo de enfermedades crónicas: la cercanía y la cohesión de la familia; competencias en habilidades de afrontamiento dirigidas a los problemas y a las emociones dentro de la familia; organización y comunicación familiar abierta, clara y directa acerca de la enfermedad y sus implicaciones, y la capacidad para la solución de problemas y la toma de decisiones.

Las características familiares que aumentan el riesgo de malos resultados de control de enfermedades incluyen: la hostilidad intrafamiliar, la crítica y la culpa, el perfeccionismo y la rigidez de la familia, el trauma psicológico relacionado con el diagnóstico inicial y el tratamiento de la enfermedad, el estrés extrafamiliar, la falta de un sistema de apoyo extrafamiliar, y la presencia de psicopatología, abusos físicos y maltrato en la familia, así como una historia de duelos y pérdidas recientes antes de la aparición de la enfermedad crónica.

La *claudicación familiar* se define como la incapacidad de los miembros para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente (Gómez Sancho, 1995; Gómez Calle, 2006). La crisis de claudicación familiar se produce cuando todos los miembros del grupo familiar claudican a la vez, y es consecuencia de una reacción emocional aguda de los familiares a cargo del enfermo, y en especial del cuidador principal. La claudicación, como su propio nombre indica, supone una rendición de la familia ante la enfermedad, y supone un enorme sufrimiento individual y colectivo de la familia y para el enfermo.

Los programas de intervención familiar en la enfermedad crónica se han de diseñar y aplicar de modo interdisciplinar, de modo que se integren los aspectos médicos, psicológicos y sociales. La intervención se planifica a partir de la condición y estado médico del paciente, la evaluación psicológica del paciente y su familia, así como la valoración económica y social de la familia.

La intervención familiar en una enfermedad crónica puede abarcar los siguientes componentes.

- Información médica acerca del diagnóstico, pronóstico y tratamientos disponibles (objetivos, procedimientos, aspectos temporales, consecuencias y efectos colaterales de los tratamientos).
- Decisión médica compartida y ayuda a la toma de decisión por el propio paciente, asesorado por el equipo médico y apoyado por sus familiares.
- Habilidades y competencias para mejorar la adherencia y el cumplimiento de los tratamientos médicos; mantenimiento de conductas saludables.
- Afrontamiento de los síntomas y complicaciones de la enfermedad y los tratamientos en cada una de las fases de la enfermedad (por ejemplo, qué hacer ante el aumento de dolor).
- Mejorar la comunicación familia-paciente, aspecto esencial para que el paciente y la familia logren una representación objetiva y realista de la enfermedad, los objetivos y tratamiento, sus efectos colaterales y el manejo de la enfermedad, impidiendo así una conspiración o pacto de silencio.
- Comunicación de la enfermedad y apoyo mutuo entre los miembros de la familia adultos, así como informar y orientar a los niños de distintas edades y personas vulnerables dentro de la familia acerca de la enfermedad, así como asesorar sobre cómo informar a familiares lejanos, amigos y personas del entorno laboral.
- Resolución de problemas y administración de tiempo para atender a los cuidados, que incluye cambios en roles y responsabilidades dentro de la familia, para impedir la sobrecarga y mantener al máximo la autonomía y las actividades habituales tanto del paciente como de los miembros de la familia, e impedir así que la persona enferma adopte el único rol paciente, y un miembro de la familia el rol de cuidador en exclusiva, creando así un problema de codependencia.
- Manejo de estados emocionales adversos (ira, tristeza, incertidumbre, miedo, culpa, rumiaciones, negación y evitación), repercusiones en la autoestima y en la sexualidad.
- Mantenimiento de la actividad doméstica, laboral y recreativa tanto de la persona enferma como de los familiares.
- Atención a los problemas de salud de los familiares, detectando la aparición de síntomas de claudicación relacionados tanto con el esfuerzo (dolor mecánico crónico, artralgias, cefaleas, astenia...) como psíquicos (insomnio, depresión, ansiedad...).
- Preparación para la pérdida y el duelo.

17.5. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FAMILIAR EN ENFERMEDADES CRÓNICAS

La evaluación psicológica de la familia ante una enfermedad crónica debe explorar las siguientes áreas:

- Estructura familiar. Se ha de realizar un genograma, que ofrezca una representación

tangible y gráfica de la familia y permita explorar la estructura familiar de forma clara, así como observar y poner al día el cuadro familiar. Se determinará la jerarquía, roles, subsistemas, adaptabilidad, cohesión, proximidades-distancias y límites generacionales y entre familia y entorno, que determinan quién hace qué, dónde y cuándo.

- Patrones familiares y pautas de comunicación-apoyo: evaluar la organización de la familia y el reparto de roles, normas de funcionamiento, comunicación sobre la enfermedad abierta y directa o restringida, y la flexibilidad para cambiar ante las situaciones (*¿cómo tuvo que reorganizarse la familia, o cómo deberá hacerlo? ¿En este momento? ¿Durante el curso de la enfermedad? ¿De qué manera han cambiado a partir del diagnóstico los roles que cumplían antes de la enfermedad los miembros de la familia? ¿Hay diferencia entre los roles instrumentales y los afectivos? ¿Cuánta responsabilidad asume el miembro afectado en relación con la enfermedad? ¿En qué medida es esta situación congruente con las expectativas familiares?*). Además del miembro enfermo, *¿quién se hace cargo de las principales responsabilidades del cuidado para el control de la enfermedad? ¿Cómo se decidió? ¿Cómo se sienten todos con respecto a ese arreglo? ¿Pueden otros miembros compartir responsabilidades para aliviar la carga desproporcionada que soporta?*
- Características culturales y creencias: creencias y expectativas de la familia acerca del dominio y el control de la enfermedad, y percepción de las causas de la enfermedad.
- Pautas multigeneracionales y ciclo de vida familiar: cómo se han afrontado en la familia otros problemas o enfermedades, en qué fase del ciclo vital se encuentran los miembros de la familia (adultez, jubilación, adolescencia...) y cómo les afecta y reaccionan ante la enfermedad.
- Puntos fuertes y recursos dentro de la familia: sistemas de apoyo, nivel educativo, aspectos económicos y laborales.
- Funcionamiento de pareja y sexualidad.
- Vulnerabilidad previa (acontecimientos estresantes previos, abusos o maltrato familiar, problemas de alcohol o drogas, psicopatología previa).
- Información y afrontamiento de la enfermedad crónica a lo largo de su trayectoria: grado de información y comprensión médica de la enfermedad y sus tratamientos; participación activa en las decisiones sobre los tratamientos, en la ayuda instrumental y emocional al paciente; habilidades de cuidados y ayuda al cumplimiento de los tratamientos; habilidades de afrontamiento emocional; habilidades del manejo de las emociones propias, del paciente y de los otros miembros de la familia; habilidades de solución de problemas y administración de tiempo; necesidades percibidas y objetivas de ayuda instrumental y emocional y riesgos de claudicación familiar.
- Afrontamiento del posible deterioro progresivo y fallecimiento del enfermo, y exploración de posibles factores de duelo complicado.

Los instrumentos de evaluación fundamentales son la entrevista, la observación y el uso de cuestionarios validados. En el área de la salud, los más utilizados para evaluar el funcionamiento familiar son los siguientes:

- La Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (*The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale, FACES*). Se basa en el Modelo Circumflejo de Sistemas Familiares y Maritales (Olson, 2000), según el cual la cohesión, la flexibilidad y la comunicación son las tres dimensiones que principalmente definen el constructo funcionamiento familiar. La cohesión se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia. La flexibilidad familiar se define como la magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia. El FACES II (Olson, Portner y Bell, 1982) cumple el doble propósito de dar información acerca del funciona-

miento familiar percibido y del funcionamiento ideal. Proporciona una medida de la cohesión y la adaptabilidad familiares. El cuestionario consta de treinta ítems, de los cuales 16 se ocupan de la cohesión («en mi familia nos sentimos muy cerca unos de otros») y 14 de la adaptabilidad (por ejemplo, «en mi familia intentamos probar nuevos modos de resolver problemas»). Para cumplimentar el cuestionario, los miembros de la familia deben señalar, en una escala de cinco puntos, que va desde casi nunca (1) a casi siempre (5), en qué medida cada pregunta es aplicable a su familia y a su ideal de familia. De este modo, se obtienen cuatro valores: cohesión y adaptabilidad percibidas, y cohesión y adaptabilidad. El FACES III (Olson, Portner y Lavee, 1985; Olson et al., 1992) ha sido desarrollado para evaluar dos de las principales dimensiones: la cohesión y la flexibilidad familiar. Consta de 40 ítems, cada uno con una escala Likert de cinco opciones, igual que la FACES II, divididos en dos partes. La parte I, compuesta por 20 ítems y que evalúa el nivel de cohesión y flexibilidad de la familia tal como el sujeto la percibe en ese momento («familia real»). Y la parte II, compuesta por 20 ítems que reflejan el nivel de cohesión y flexibilidad que al sujeto le gustaría que hubiese en su familia («familia ideal»). Esta parte incluye los mismos ítems que la primera, pero se modifica la consigna general. De las diferencias entre las escalas «real» e «ideal» se puede obtener el índice de satisfacción que la persona tiene con el funcionamiento de su familia.

- El cuestionario APGAR Familiar (*Family APGAR*) fue diseñado por Smilkstein (1978) para explorar la funcionalidad familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (*adaptability*), cooperación (*partnership*), desarrollo (*growth*), afectividad (*affection*) y capacidad resolutoria (*resolve*). En comparación con otras escalas similares, presenta la gran ventaja de su reducido número

de ítems y facilidad de aplicación. Se encuentra validada en nuestro medio por Bellon, Delgado, Luna del Castillo y Lardelli (1996). Se trata de un cuestionario que puede administrarse tanto por el entrevistador como ser autoadministrado. Consta de cinco cuestiones, con tres posibles respuestas cada una, que se puntúan de 0 a 2. Su rango es, por tanto, de 0 a 10. Existe una versión recogida por Smilkstein, Ashworth y Montano (1982) en que se presentan cinco posibles respuestas para cada cuestión.

- El inventario de auto-informe familiar (*Report Family Inventory, SFI*, Beavers, Hampson y Hulgus, 1990). Evalúa la percepción del funcionamiento individual de la familia, y se compone de 36 ítems, que evalúan cinco áreas: competencia/salud familiar, conflicto, cohesión, expresividad y liderazgo directivo. El instrumento es la adaptación del Modelo de funcionamiento familiar de Beavers (Beavers, Hampson y Hulgus, 1985). Se requieren entre 5 a 10 minutos para su cumplimentación, y se administra por el entrevistador. Se pide a las personas que valoren cada frase en una escala de 5 puntos. Una puntuación baja indica mayor competencia.
- El Índice de relaciones familiares (*Family Relationships Index, FRI*; Moos and Moos, 1986) contiene tres escalas de las nueve escalas de Escala de Ambiente Familiar (*Family Environment Scale*, Moos and Moos, 1986). Las tres escalas son: la cohesión (el compromiso, ayuda y apoyo que a los miembros de la familia aportan el uno al otro), la expresividad (actuar abiertamente y expresar los sentimientos directamente) y el conflicto (la expresión libre de la ira y la agresión). El FRI consta de 12 ítems (4 por subescala) y los encuestados indican si los ítems son verdaderos o falsos en relación con su familia. El cuestionario ofrece puntos de corte para clasificar a las familias que funcionan bien (cohesión = 4, y FRI > 9) y las familias con riesgo (cohesión 4 o FRI < 9).

- La subescala de funcionamiento general del dispositivo de evaluación de la familia (*General Functioning subscale of the Family Assessment Device, FAD-GF*; Miller, Epstein, Bishop y Keitner 1985) es una escala de 12 ítems que mide la salud/patología global de la familia, con seis ítems redactados para describir el funcionamiento saludable, y seis redactados para describir el funcionamiento no saludable. Los ítems evalúan áreas de solución de problemas, comunicación, roles, capacidad de respuesta afectiva, implicación afectiva y control de la conducta. Los encuestados indican en una escala de 4 puntos el grado en que sienten que cada ítem describe a su familia. Las puntuaciones más altas en el FAD indican una mayor disfunción familiar. Una media familiar de más de 2 indica que la familia es problemática.

17.6. LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FAMILIAR EN EL CÁNCER DE MAMA

La intervención psicológica idónea en el caso del cáncer debe orientarse tanto al paciente como a los miembros de la familia a lo largo de todo el proceso asistencial. La trayectoria del cuidado al paciente de cáncer queda ejemplificada en la figura 17.3. El cáncer es la patología más temida por la mayor parte de las personas, que consideran que es sinónimo de muerte, además de sufrimiento y malestar. A este respecto, conviene aclarar que las enfermedades oncológicas son varias, con pronósticos y tratamientos diferentes. Actualmente se dispone de tratamientos eficaces del cáncer, que en promedio permiten la curación de un 48 por 100 de los afectados y el mantenimiento como una enfermedad crónica en el 35 por 100 de los casos, mientras que en el 17 por 100 no se logra detener el avance de la enfermedad. En este caso los cuidados palia-

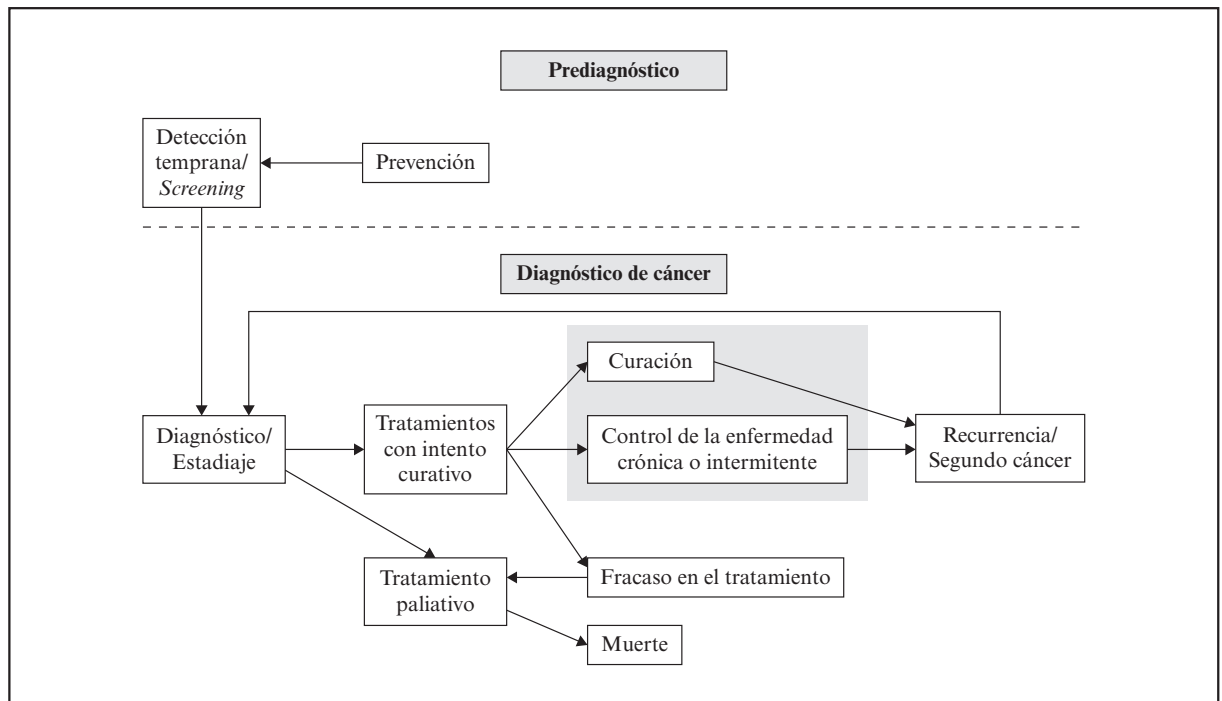


Figura 17.3.—Trayectoria en el cuidado del cáncer.

tivos permiten el mantenimiento del bienestar y el alivio del sufrimiento. La eficacia de estos tratamientos depende del tipo de cáncer, del estadio de la enfermedad y de las características de los pacientes. La adaptación psicológica depende los recursos y capacidad de afrontamiento personales y familiares, así como de la comunicación y asistencia del equipo de profesionales sanitarios.

A continuación se expone un protocolo de intervención psicológica en el cáncer de mama. Se exponen diferentes protocolos de intervención familiar para cada una de las fases o procesos asistenciales, en concreto los siguientes: consejo genético oncológico, diagnóstico, tratamiento quirúrgico, de radio o quimioterapia, retorno a casa (supervivencia), recurrencia y cáncer avanzado.

17.6.1. Consejo genético

Entre el 5 y el 10 por 100 de los cánceres de mama son hereditarios. En la actualidad se dispone de test genéticos que permiten determinar la presencia de mutaciones de transmisión dominante en los genes BRCA1 o BRCA2, que aumentan la probabilidad de cáncer. El Consejo Genético Oncológico (CGO) es el proceso de comunicación por el cual se informa a las personas que tienen una historia amplia de cáncer familiar de su riesgo de padecer cáncer hereditario y transmitirlo a sus hijos, se les ayuda a comprender e interpretar el riesgo y se les asesora para tomar las medidas preventivas más idóneas, así como la mejor forma de adaptarse a su situación (Pérez-Segura y Díaz-Rubio, 2003). El CGO orienta a las personas para que tomen decisiones que les permitan el mayor control sobre el cáncer tanto para ellos mismos como para sus hijos, hermanos y otros familiares, de acuerdo a sus valores (véase Cruzado, 2010a).

La decisión de la participación en CGO se basa en una decisión familiar más que personal, ya que los resultados de los test genéticos tienen implicaciones familiares, y las personas que realizan el CGO son conscientes de las obligaciones y responsabilidades con respecto a su familia (Cruzado, 2010b). La información genética implica tres dimensiones de responsabilidad en: *a)* el propio cuidado; *b)* la ayuda

a otros miembros familiares, y *c)* la influencia para que otros familiares realicen el CGO. De hecho, muchas personas llevan a cabo el CGO por sus hijos o hermanos, con independencia del interés en su propia persona. Se aconseja incluir a los familiares más cercanos en la consulta inicial, con el acuerdo del probando, fomentar la participación de la familia en el proceso de asesoramiento y toma de decisiones, y advertir de la implicación que puede tener para sus familiares la información que se llegue a obtener y la conveniencia de que él o ella misma, en su caso, transmita dicha información a aquéllos. Es preciso ayudar a los pacientes a explorar las vías prácticas para informar a sus parientes de los resultados del test genético, discutir el compartir información sobre su riesgo con sus familiares consanguíneos, y recordar el riesgo de sus familiares desde los momentos iniciales. Es aconsejable proveer al paciente con información escrita que detalle las implicaciones de sus resultados en un lenguaje claro que pueda compartir con sus familiares. Así se facilita la diseminación de la información, de forma que cada miembro familiar puede ejercer su derecho a conocer o no el resultado.

Los objetivos psicológicos de la intervención en CGO se centran en los siguientes aspectos:

- Lograr que el participante y sus familiares más cercanos obtengan una adecuada percepción de riesgo, ya que la mayor parte de los participantes suelen tener una percepción exagerada.
- Interpretar adecuadamente los resultados, ya que la ausencia de mutación significa que se tiene el mismo riesgo que la población general, pero no la ausencia de riesgo; la presencia de mutación positiva indica un riesgo aumentado, pero no que se vaya a padecer cáncer necesariamente; el resultado no informativo no indica la ausencia de riesgo, sino su desconocimiento.
- Enseñar habilidades de manejo de los estados emocionales adversos: incertidumbre, miedo y preocupaciones en torno al cáncer, así como los sentimientos de estigmatización y baja autoestima, sobre todo en los casos de mutación positiva o no informativa.

- Mediante el consejo o entrenamiento, optimizar la comunicación y apoyo en la pareja, hermanos y padres.
- Asesorar sobre cómo comunicar la información a los hijos menores.
- Ayudar a la toma de decisión sobre el inicio del CGO, y sobre todo la adopción de tratamientos preventivos o vigilancia. Estas intervenciones pueden incluir tratamientos quirúrgicos como mastectomía profiláctica, es decir, la extirpación de las mamas, seguida de reconstrucción mamaria y/o la ooforectomía (extracción de los ovarios). Estos métodos requieren procesos de toma de decisión asistida, personal y familiar, ya que implican cambios permanentes que afectan a la imagen corporal y, en el caso de la ooforectomía, una menopausia adelantada, pérdida de la fertilidad, efectos en la sexualidad, molestias físicas y riesgos quirúrgicos. Sin embargo, estos tratamientos reducen el riesgo de cáncer y pueden proporcionar una mayor tranquilidad.
- Ayudar al mantenimiento de la calidad de vida tras las intervenciones profilácticas.

La intervención familiar debe tener en cuenta que existen importantes diferencias de género en cuanto a la información y comunicación sobre el cáncer hereditario en las familias. Las mujeres se comunican más abiertamente y con todos los familiares. Los hombres son mucho más reservados, informan que vienen para ayudar a sus hijas o hermanas, que les resulta difícil hablar del tema y que generalmente son excluidos de las discusiones familiares en torno al riesgo de cáncer de mama. Los hombres se benefician mucho de las ayudas psicológicas e informan que el CGO les ha ayudado a mejorar las relaciones familiares y comunicarse sobre temas previamente evitados.

Los hijos de estas familias tienen un ambiente familiar en que el cáncer esta presente; no obstante, estos niños no se diferencian de los niños sin riesgo familiar de cáncer. Es importante, a la hora de informarles, tener en cuenta la edad, el nivel de comprensión y la estrategia de comunicación, en la que debe predominar el proporcionar una perspectiva de con-

trolabilidad del problema y de tranquilidad, de forma que los niños pueden mantener un sentido de seguridad que les impida que adopten estrategias evitativas, pesimistas o que impliquen pérdida de autoestima.

17.6.2. Intervención psicológica familiar en el diagnóstico y toma de decisión

El proceso diagnóstico de cáncer, el conjunto de pruebas, su interpretación y las decisiones sobre los tratamientos (en cáncer de mama: mastectomía, lumpectomía, posible reconstrucción, tratamientos de radioterapia y quimioterapia), así como la segunda opinión, se asocian a una elevada ansiedad e incertidumbre para la paciente y su familia. La primera reacción al diagnóstico o su sospecha puede ser de negación, incredulidad, aceptación pasiva o un shock emocional, ya que en la mayoría de los casos el diagnóstico es inesperado, para después de un cierto tiempo llegar paulatinamente a cierta adaptación. En todo caso, constituye una amenaza a la supervivencia, al bienestar psicológico y social, y a los proyectos vitales del propio paciente y de su familia (véase Cruzado, 2010c).

Los objetivos de la intervención psicológica familiar en esta fase son los siguientes:

- Información y comprensión del diagnóstico, pronóstico y tratamientos. La mejor manera de dar la información es mediante una entrevista con la paciente acompañada por los familiares más cercanos, en la que se permitan dialogar y resolver las dudas. En general, las mujeres, sobre todo las jóvenes, quieren una información veraz y completa, y no gustan de eufemismos ni informaciones parciales. Sin embargo, hay personas que prefieren una información mínima, a lo que tienen derecho; incluso pueden preferir delegar el consentimiento informado en sus hijos o pareja. El pacto o conspiración del silencio se ha de prevenir (véase cuadro 17.1)
- Asistir a las personas en la decisión comparada acerca de las mejores opciones de tratamiento (véase Sepucha y Belkora, 2010). Se

CUADRO 17.1

Cómo tratar el pacto de silencio (Arranz, Barbero, Barreto y Bayes, 2003)

El pacto o conspiración del silencio se produce cuando los familiares y el personal sanitario acuerdan de forma explícita o implícita ocultar al paciente la información del diagnóstico, pronóstico, tratamiento o la gravedad. El paciente queda aislado, sin conocimiento ni participación en las decisiones, carente de comprensión, sin preparación para afrontar los problemas presentes y futuros, que llevará a la incertidumbre, la desconfianza en el equipo, la hostilidad o la indefensión.

Situación: El Dr. J. P. acaba de completar el diagnóstico de la paciente Juana, que padece un cáncer avanzado con un pronóstico de vida muy corto. Dicha paciente está hospitalizada. Su deseo es informar adecuadamente a la paciente acerca de su enfermedad. Cuando el médico se dispone a entrar en la habitación, en el pasillo el hijo mayor le pregunta sobre lo que va a hablar con su madre y le pide que no quiere que se le diga nada, estando presentes la madre y otra de las hijas. ¿Qué se debe hacer en este caso?

En este caso el objetivo debe ser atender a las necesidades informativas de la paciente, y al mismo tiempo hacer que la familia acepte la emisión de información y se comunique adecuadamente con el paciente.

El primer paso es mantener la entrevista en el contexto y lugar adecuado, que no es el pasillo. Por eso el médico debe decir: «Les veo muy preocupados; si le parece vamos a sentarnos y hablar de ello en el despacho». Las directrices de la sesión (véase Arranz et al., 2003) son las siguientes:

- Empatizar con la familia y tranquilizarla: «Entiendo su preocupación... Nuestra intención es la misma que la de ustedes: que su madre y esposa tenga el mayor bienestar...».
- Identificar lo que temen y hacerlo explícito: «¿Qué es lo que más les preocupa o temen si la enferma supiera...?».
- Anticipar consecuencias del secretismo: ¿Cómo cree Ud. que se sentirá en el momento en que perciba lo avanzado de su enfermedad y que se le está engañando? ¿No cree que mantener este secreto puede tener un alto costo emocional para ustedes mismos? Disimular suele ser difícil y agotador.
- Confrontar opiniones, siempre desde la empatía: cómo le gustaría ser informado y tratado si él estuviera en el lugar del enfermo: «Si usted estuviera en su lugar, ¿qué cree que le ayudaría más?». Aquí se puede inquirir la opinión de cada uno de los presentes.
- Proponer y llegar a un acuerdo: ¿Qué le parece si escuchamos juntos al enfermo y evaluamos que es lo que le ayudaría?».
- Informar a partir de lo que sabe y quiere saber la enferma.

han de exponer las distintas opciones terapéuticas que se consideran más idóneas en el caso del cáncer de mama, que pueden ser diversas: mastectomía radical, seguida de reconstrucción (decidir qué tipo de reconstrucción) o no, procedimientos de cirugía conservadora seguidos de radioterapia, etc. A través de una comunicación interactiva entre paciente, familia y equipo médico y psicológico, se va aplicando un método de toma de decisión que respeta los valores y preferencias de la paciente.

- Aspectos relacionados con la fertilidad. Cuando se trata de mujeres jóvenes que han de decidir acerca de tratamientos de quimio-

terapia, no se debe olvidar la preservación de la función ovárica (véase Bermejo, Almonacid y Lluch, 2010). Entre los procesos empleados para ello se encuentra la criopreservación de embriones y de ovocitos, y la preservación de la corteza ovárica. Dada su importancia, la fertilidad tras el tratamiento debe discutirse antes del inicio del mismo, aplicando un modelo de atención en el que la paciente, después de haber recibido la información necesaria, pueda tomar una decisión respecto a su futuro como larga superviviente de cáncer, en el que se contemple la fertilidad. Asimismo, en mujeres embarazadas recién diagnosticadas de cáncer se ha de discutir la posibilidad de

tratamientos que no dañen al feto, la viabilidad del feto y la posibilidad de aborto.

- Comunicación abierta y apoyativa en la familia. Se ha de mantener una adecuada comunicación familiar durante todo el proceso. En relación a los niños, se ha de tener en cuenta que captan con facilidad que algo está alterado, y muchas veces lo que imaginan puede ser peor que la realidad, por lo que es mejor proporcionarles el tipo de información que sea precisa desde los momentos iniciales, sobre todo si el niño es casi adolescente, ya que si se le informa más tarde perderá la confianza y temerá que posiblemente estén ocurriendo hechos negativos que se le ocultan. Los mensajes han de estar ajustados al nivel de maduración cognitiva y emocional del niño. Lo mejor es que se lo comuniquen los propios padres, en términos sencillos y calmadamente, para que pueda entender la situación, aclarando sobre todo cómo va a afectar a las actividades habituales del niño (que se ha de procurar que sean las mínimas posibles). Los niños preguntan muchas veces, por lo que conviene estar disponible y aclarar todas las dudas, con sinceridad, sin crear falsas expectativas y reconociendo lo que no sabemos. Como los niños están centrados en sí mismos, conviene aclarar que ellos no tienen ninguna culpa de los cambios que han sucedido.
- Afrontamiento dirigido al problema en la familia. Identificar los problemas, necesidades e intereses instrumentales del paciente y su familia y aplicar técnicas de *counselling* y solución de problemas. Las pruebas médicas, la preparación para la hospitalización y los tratamientos conllevan cambios importante en las tareas domésticas y en el funcionamiento laboral, escolar y social. Es necesario una adecuada planificación y redistribución de roles, así como buscar recursos y ayudas.
- Afrontamiento dirigido a las emociones en la familia. Identificar vulnerabilidades y recursos para el manejo de emociones y conflictos familiares. Detectar emociones nega-

tivas: incertidumbre, ira, miedo, tristeza, rumiaciones, estigmatización, negación de adaptación o culpa, y aplicar intervenciones de *counselling*, expresión emocional y apoyo, control de la activación y técnicas cognitivo-conductuales, según sea necesario.

17.6.3. Intervención psicológica familiar durante el tratamiento del cáncer de mama

Los tipos de tratamiento más usuales en cáncer de mama son la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia.

17.6.3.1. Preparación quirúrgica

En la cirugía debemos distinguir cuatro estresores multidimensionales que afectan a la adaptación del paciente y su familia (véase figura 17.4) (Cruzado, 2010c): 1) el peligro representado por la cirugía en sí misma, esto es, la amenaza de la anestesia general, incisión, amputación, etc.; 2) los efectos postoperatorios del procedimiento: dolor, malestar y reducida capacidad para la actividad física y la ambulación; 3) la incapacidad para reasumir los roles sociales deseables, como son actividades recreativas, deberes familiares y ocupacionales, y 4) aspectos asociados a la condición médica a largo plazo, síntomas y signos de enfermedad, así como la expectativa de próximas intervenciones médicas (radioterapia, quimioterapia, etc.). La intervención psicológica familiar durante el tratamiento se basa en los siguientes aspectos.

Acogida en el hospital

Presentar a los miembros del equipo, orientar sobre normas y contexto hospitalario, dar información clara sobre los periodos de visitas, quiénes pueden acompañar al paciente en la habitación, etc. Intentar mantener el confort del paciente y la familia. Subrayar la asistencia informativa y de apoyo, así como preservar la intimidad, dignidad y participación en las decisiones de los pacientes y los familiares.

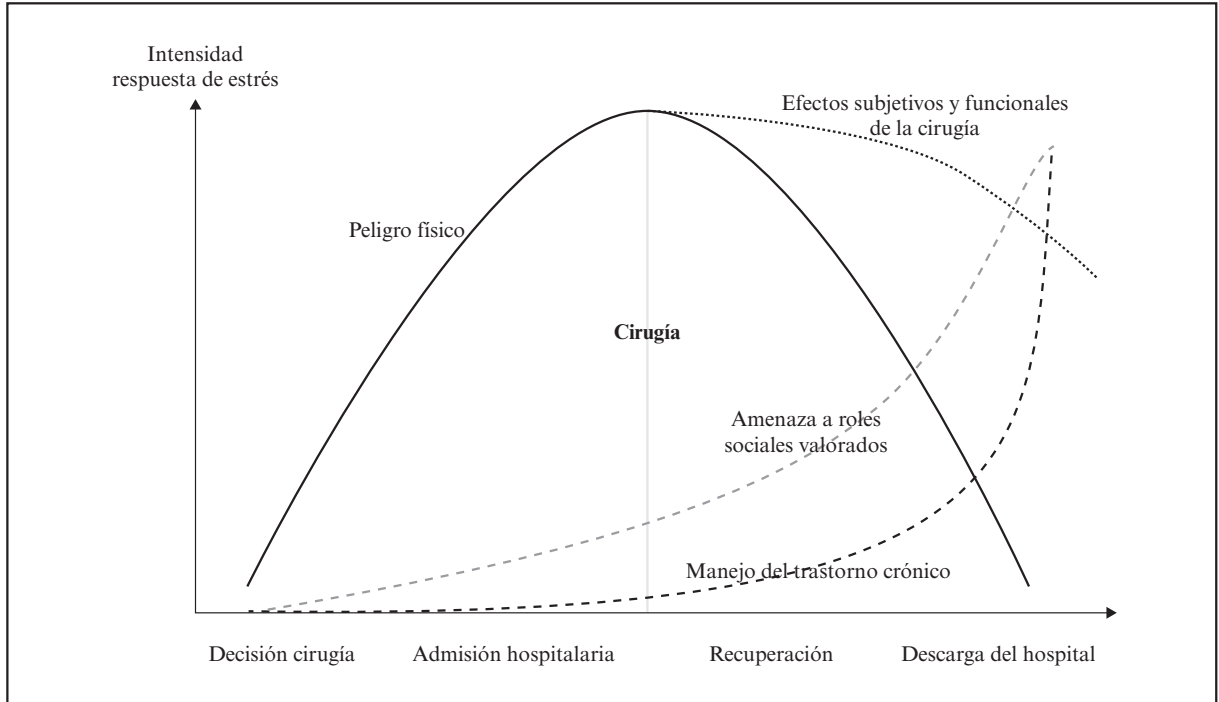


Figura 17.4.—Diagrama temporal de estresores.

Información al paciente y a sus familiares de los aspectos objetivos del tratamiento médico. La paciente y su familia se han de formar una representación objetiva del proceso, para tener claro en qué consiste el tratamiento, sus razones, los aspectos temporales, el proceso de recuperación, las consecuencias a corto y largo plazo de la intervención, los costes que conlleva y los riesgos, ventajas y posibilidades esperanzadoras de la intervención de forma realista. Por ejemplo, en el caso de una mastectomía, es importante que la paciente sepa la respuesta a estas preguntas: *¿Qué tipo de cirugía necesito? ¿Puedo llevar a cabo una cirugía conservadora? ¿Cuál es la más recomendable? ¿Es necesario realizar un vaciamiento axilar? ¿Por qué? ¿Cuánto tiempo tarda la cirugía? ¿Qué precauciones tengo que seguir tras la intervención? ¿Cuánto tiempo puedo estar ingresada? Más adelante, una vez realizada la intervención: ¿Cuándo me retirarán los puntos? ¿Cuándo podré incorporar a mi actividad habitual? ¿Tendré que reali-*

zar ejercicios especiales? ¿Cuáles? Así se llega al consentimiento informado con seguridad y confianza.

Información subjetiva y emocional asociada al tratamiento médico

Se han de abordar las reacciones emocionales que se pueden dar durante el proceso de la intervención quirúrgica. Aquí conviene explicar la naturaleza transaccional del estrés, reinterpretando la situación quirúrgica. Para ello, se les comunica que la hospitalización y la cirugía son situaciones difíciles que pueden producir miedo, ansiedad, tristeza, frustración y otras reacciones desadaptativas. Pero los acontecimientos en sí mismos no causan directamente estas respuestas, sino que dependen de la forma en la que: *a)* los valoramos y el significado que le damos (lo que llamamos valoración primaria); *b)* la valoración de los recursos disponibles para enfrentarnos a ellos, ya sean personales (apoyo de familia y amigos)

o realizar una de los sanitarios (lo que llamamos valoración secundaria), y c) los comportamientos que llevemos a cabo para adaptarnos a estos hechos.

Preparación prequirúrgica

Si es necesario, se ha de realizar una preparación a la cirugía basada en control de la activación, auto-instrucciones y exposición imaginaria (véase Cruzado, 2010c). El cuidador principal puede participar en esta preparación.

Preparación posquirúrgica

La estancia media en el hospital tras la mastectomía es muy corta (menos de 8 días en promedio), y se requiere estructurar bien la intervención. En las horas siguientes a la cirugía la paciente estará en reanimación (la cual puede variar en función del hospital y de la paciente), tiene el pecho vendado y drenaje, recibe suero y medicación por vía intravenosa y es posible que note los efectos secundarios de la anestesia (molestias en la garganta provocadas por la intubación, náuseas y sequedad en la boca). Entre las 24-40 horas después de la cirugía es un momento oportuno para comenzar el tratamiento psicológico. Cuando de nuevo se incorpore a su cama hospitalaria y se encuentre consciente, se le ha informar de los resultados de la intervención, y explicarle que en ese momento los síntomas propios de la fase postquirúrgica son normales e inherentes al proceso, que tiene un drenaje, una movilidad reducida temporal del brazo, un dolor producto de la incisión quirúrgica controlado, etc. La mujer sentirá sensación de insensibilidad y acorchamiento, que desaparecerá poco a poco, en el momento en que empieza a ingerir alimentos y a caminar. El cuidador principal y los familiares deben estar informados simultáneamente de todo el proceso y aclarar todas sus dudas.

Rehabilitación

En primer lugar se le enseña a la paciente ejercicios de rehabilitación para acelerar su recuperación. El objetivo de la rehabilitación es realizar los movimientos del hombro, flexión, extensión, abducción,

aducción y rotaciones externas e internas, con mayor estímulo (levantar el brazo hacia el cabecero de la cama, cepillarse el pelo, gatear por la pared, limpiar cristales). Deben ser ejecutados de forma suave, progresiva y sin brusquedades, con el fin de evitar el edema del brazo y del hemitórax, ya que al hacer un vaciamiento axilar el drenaje linfático y venoso es deficiente. De esta forma facilitará la recuperación y se impedirá que existan limitaciones físicas, con el objeto de que se incorpore cuanto antes a su vida cotidiana. Asimismo, se le indica que siga una serie de precauciones, como evitar quemaduras de sol, modo de depilación de la axila o sobrecarga en el brazo, y estar atenta a la aparición de señales de inflamación, tumefacción o enrojecimiento en la zona operada, siguiendo los métodos de autoexploración. Si aparecen cualquiera de estos signos deberá acudir a su médico. El cuidador principal y los familiares deben estar informados simultáneamente de todo el proceso y ayudar a la paciente a realizar estos ejercicios.

Afrontar los trastornos del esquema corporal

La imagen corporal es un capítulo central en lo que se refiere a las repercusiones psicológicas que la extirpación de la mama tiene para la mujer. En este sentido, aparecen sentimientos de asimetría (que se acompañan con dificultades tanto para poder llevar cualquier tipo de vestido como para verse desnuda ante el espejo), así como disminución de la sensación de feminidad y atractivo físico. Para paliar este problema se administra información sobre el uso de los distintos tipos de prótesis existentes, se facilita dichas prótesis y se explica el momento de su utilización. Se puede utilizar el libro de autoayuda de la Asociación Española contra el cáncer, ECC, así como medios de asesoramiento acerca de ortopedias y lencerías específicas para pacientes mastectomizadas. Con el objeto de eliminar la ansiedad ante el cambio corporal que supone la amputación, se lleva a cabo una técnica de exposición gradual hasta la respuesta final: poder verse desnuda. En este caso, la pareja del paciente tiene con mucha frecuencia dificultades para habituarse a la imagen corporal de su mujer; por ello, hay que informarle y estimular la comunicación en la pareja. Es más conveniente tra-

bajar la exposición a la cicatriz y al cambio corporal de forma conjunta con la paciente.

17.6.3.2. *Los tratamientos de radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia*

Estos tratamientos se asocian a alto malestar psicológico, debido al miedo, la percepción de los síntomas negativos, cambios en la imagen corporal, sexualidad, actividades de la vida diaria y síntomas de ansiedad, irritabilidad, tristeza y falta de autoestima.

Los pasos recomendados para la intervención psicológica para la quimioterapia (en radioterapia es semejante) son los siguientes:

- La acogida del equipo médico, enfermería y psicólogo.
- Información del procedimiento de quimioterapia, en qué consiste, qué tipo de fármacos se aplican, cuáles son las razones de ello, los efectos beneficiosos que tiene, la duración del tratamiento y los horarios en que se aplicará, así como los problemas o desafíos que suscita la quimioterapia y los procedimientos médicos para superarlos o paliarlos, en caso de que se presenten.

Los efectos más significativos, dependiendo del protocolo de que se trate, son:

- Alteraciones digestivas, náuseas y vómitos. Para controlarlos pueden emplearse, si es necesario, antieméticos.
- Caída del cabello (alopecia), que en la mayor parte de los casos es temporal y se recupera totalmente, aunque no siempre.
- Fotosensibilidad, es decir, alteraciones de la piel por tomar el sol, por lo que se recomienda la no exposición solar.
- Astenia, que en determinados casos puede requerir medicación específica.
- Déficit inmunológico, por lo que se deben prevenir posibles infecciones.
- Mucositis, o llagas en áreas bucales, por lo que es necesario ingerir la comidas en trozos pequeños, seleccionar comida que no sean

irritantes, blandas, y tomar enjuagues que aconsejará la enfermera.

- Pérdida de la menstruación, una menopausia adelantada (que no siempre es reversible) y pérdida de la libido temporal. Esto debe consultarse con el personal médico antes, durante y después del procedimiento, así como toda la marcha del tratamiento y los síntomas.

Las habilidades para el afrontamiento psicológico de la quimioterapia para el paciente (véase Cruzado, 2010c) implican la aplicación de la relajación progresiva y la respiración diafragmática. Asimismo, es necesario llevar a cabo una planificación de la actividad, ya que la quimioterapia puede producir astenia, así como descansar y no realizar actividades que impliquen esfuerzo tras las sesiones de quimioterapia, delegar responsabilidades, buscar ayudas para realizar las tareas domésticas y el cuidado de los niños, priorizar las tareas que son importantes y urgentes, y emprenderlas con antelación antes de las sesiones de infusión. Es importante mantener un nivel mínimo de ejercicio físico para prevenir el estado de fatiga. Se ha de entrenar en el manejo de estrategias específicas para los síntomas. En el caso de la pérdida del cabello, lo más apropiado es informar si se prevé, y en caso de que así sea la idoneidad de dejarlo muy corto, o incluso al cero o afeitado antes de la quimioterapia. Conviene discutir cómo se abordará esta estética (se puede simular en un ordenador cómo será su aspecto sin pelo), si utilizará pelucas, lo cual es menos recomendable que los gorros o pañuelos actuales, o si se exhibirá tal cual, así como el aspecto de las cejas (si se las dibujará o no, nunca con tatuajes). Esto es una forma de conseguir la aceptación del cambio, su habituación y potenciar la sensación de control. Asimismo, se ha de estimular la discusión con su pareja y familiares como ayuda adicional sobre estos temas.

El cuidado de los niños durante la hospitalización y tratamiento

Como queda dicho, los niños deben estar informados del proceso de tratamiento que se está llevando a cabo, dependiendo de su edad y nivel madura-

tivo. Hay que explicar la ausencia de la madre debido a los tratamientos, las razones y la duración de dichas intervenciones. Se ha de procurar que los niños sigan en la medida de lo posible con sus actividades habituales (comida, hábitos de sueño, actividad escolar, etc.), sobre todo los niños pequeños. Asimismo, se ha de minimizar el número de diferentes cuidadores en niños de corta edad, para no desorientarles. Se ha de permitir que los niños estén en contacto con el paciente durante cortos períodos de tiempo en el hospital o en la cama en casa, en los momentos adecuados, con una preparación previa, previendo la apariencia que va a tener la persona enferma y su estado (por ejemplo, aparatos, cama hospitalaria, cambios en la apariencia personal como la caída del pelo, etc.), así como instruirles sobre el comportamiento que el niño ha de tener (por ejemplo, avisando que la abuela está cansada y que por eso van a estar poco tiempo, y que no puede saltar a la cama o arrastrar sillas)... A utilizar también el teléfono, animar a mandar cartas, dibujos... A muchas madres les gusta tener fotos y dibujos de sus hijos en el hospital. Por otro lado, conviene tener a mano videojuegos o actividades distractores para los momentos de espera en las salas del hospital. Responder con sinceridad todas las preguntas que formule el niño, hacerle saber que se está haciendo lo más indicado, dar muestras de afecto y hacerle ver que no tiene culpa de nada, y que el alejamiento del ser querido se debe a razones de tratamiento. Por último, se ha de discutir lo que está sucediendo con los maestros y educadores, para que estén preparados y presten su ayuda.

Adherencia y cumplimiento del tratamiento

Deben aplicar técnicas de *counselling*, comunicación intrafamiliar y solución de problemas dentro del marco familiar, así como enseñar las habilidades precisas a los familiares para manejo de los síntomas físicos en el hogar, y la adherencia y el cumplimiento del tratamiento médico de modo ambulatorio.

Afrontamiento familiar centrado en el problema

Es preciso identificar los posibles problemas objetivos que implican la hospitalización y los trata-

mientos, planificando con antelación cómo se va a organizar el funcionamiento del hogar y los problemas laborales y escolares durante la hospitalización, la administración de la quimioterapia o de la radioterapia. Hay que buscar recursos y ayudas de familiares, amigos y de servicios sociales.

Afrontamiento familiar centrado en las emociones

Es necesario identificar necesidades emocionales en el marco familiar, aplicar técnicas de *counselling* y cognitivo-conductuales para el manejo de emociones negativas, y prever los conflictos familiares que puedan surgir.

17.6.4. Sobreviviendo al cáncer de mama

La intervención quirúrgica va seguida de: *a)* cambios subjetivos: dolor, pérdida de movilidad, posible linfedema, alteración en la imagen corporal y en el estado emocional; *b)* cambios en los roles valorados, de pareja, familiar, ama de casa, laboral y otros, y *c)* el manejo de la enfermedad crónica. Los síntomas físicos y emocionales persisten durante meses tras el tratamiento. Asimismo, las intervenciones médicas de quimioterapia o radioterapia pueden continuar de modo ambulatorio.

Tras regresar al domicilio pasarán seis semanas aproximadamente hasta que puedan realizar las actividades cotidianas de forma normalizada. En el momento inmediato tras ser dada de alta no se dispone de una capacidad plena para asumir las funciones que eran habituales, y los cien primeros días que siguen son un período difícil de afrontar. Por ello deberemos dotar de estrategias a la paciente y a sus familiares para enfrentarse a los problemas que puedan surgir de forma más frecuente. Uno de ellos consiste en las limitaciones de la actividad en el hogar, ya que se dispone de mucho tiempo libre y pocas distracciones, por lo que se facilita la posible presencia de pensamientos rumiativos de victimización, minusvaloración personal y estados de tristeza y ansiedad. Para ello es útil:

- La identificación del propio estado emocional y su expresión, es decir, el desahogo o ventilación emocional es altamente aconsejable, incluso el llorar produce muchas veces alivio y no debe contenerse, mientras que la evitación de estas expresiones puede ser muy dañina. Conviene explicárselo a la paciente y sus familiares, ya que tanto unos como otros temen estas expresiones y en muchas ocasiones tratan de ocultarlas o evitarlas.
- Instruir en la identificación de estos pensamientos desadaptativos y sustituir esas cogniciones negativas (por ejemplo, «*La cirugía no resolverá mi diagnóstico de cáncer*», «*Voy a morir pronto*», «*Nunca podré llevar una vida como antes*», «*La gente me va a rechazar*», «*¿Porque a mí?*»...) por otras más adaptativas (véase Cruzado, 2010c).
- Ayudar a la paciente y a su familia a realizar una programación horaria de actividades gratas y de dominio. La planificación y solución de problemas se hace necesaria, ya que se produce un cambio en roles. Por ejemplo, las amas de casa, tras la hospitalización, no pueden hacer todo el trabajo en el hogar. En este caso se necesita abordar las cogniciones al respecto, corregir la posible victimización y pérdida de autoestima, así como una estrategia de solución de problemas, para priorizar, delegar, distribuir las tareas y facilitar de forma gradual la reinstauración de las actividades previas. Los familiares deben reorganizar sus roles de modo adecuado, respetar la autonomía de la paciente y dejar que vaya asumiendo funciones paulatinamente.
- Asesorar sobre los problemas relativos a la comunicación a los propios hijos pequeños, en el sentido ya explicado, así como a otros, de la enfermedad: amigos, vecinos, compañeros de trabajo...
- Informar de cómo se ha de buscar ayuda psicológica profesional, y la utilidad de ponerse en contacto con las asociaciones de mujeres afectadas FECMA, AECC y otras asociaciones.

Relaciones sexuales y de pareja

Tras la vuelta al hogar es posible que al principio haya momentos embarazosos, puesto que es una situación novedosa también para el compañero, que en ocasiones no sabe cuándo reanudar las relaciones sexuales. Hay que asesorar a la pareja sobre los problemas a que han de hacer frente: cambios en imagen corporal, efectos del estrés, de la medicación, etc. Estimular la comunicación de los sentimientos y deseos que ambos puedan sentir, fomentar la expresión de afecto y discutir los problemas y sus posibles soluciones para poder llevar una vida sexual activa.

Intervención familiar para el mantenimiento y recuperación de hábitos saludables

Tras el cáncer, muchos pacientes y los propios familiares pierden importantes hábitos saludables tal como el ejercicio físico, así como ven deteriorados hábitos alimenticios, actividades recreativas y de ocio. Conviene llevar a cabo un entrenamiento adecuado para recuperar o adquirir estos hábitos fundamentales para el mantenimiento de la salud y la calidad de vida.

Valoración de los resultados del tratamiento y de la calidad de vida

El paciente y los familiares pueden ser ayudados a valorar el estado de salud física y mental tras el cáncer de una forma realista y centrada en lo que se puede hacer; es decir, que sea un fiel reflejo de la información emitida por el equipo sanitario, y evitar así, por un lado, la exageración del riesgo, de las limitaciones de la actividad y de la incapacidad no justificada, y por otro la minimización de las problemas de salud y del bienestar, que pueden conducir a comportamientos irresponsables. Los resultados de las intervenciones contienen aspectos positivos y negativos al mismo tiempo en muchas ocasiones; por ejemplo, una mujer de 40 años que realiza una ooforectomía puede sentir que su cáncer de ovario está curado, pero sentirse mal por tener una menopausia adelantada, pérdida de fertilidad y de deseo sexual. Aprender a valorar las ventajas alcanzadas, aceptar

lo que no se puede cambiar, personal y familiarmente, y centrarse en gozar de lo que se tiene, no significa resignarse, sino un paso para seguir poniendo todos los medios disponibles para vivir lo mejor posible.

En este mismo sentido, conviene dialogar en familia sobre el efecto que ha tenido y tiene en su vidas el cáncer, y si es posible encontrar aspectos beneficiosos. El crecimiento personal es un cambio positivo que las personas y sus familias experimentan como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de la vivencia de un suceso traumático, como es el cáncer. Entre ellos, se pueden identificar: *a)* mejora de las relaciones interpersonales y una mayor cohesión familiar; *b)* mayor apreciación de la vida; *c)* mejoras en la propia percepción de los recursos psicológicos, habilidades y características personales; *d)* mayor espiritualidad, y *e)* cambios en las prioridades y metas de la vida. Kim, Schulz y Carver (2007) muestran que los familiares que aceptan lo sucedido desarrollan relaciones más empáticas, cambian sus prioridades, mejoran su satisfacción vital, reducen síntomas depresivos y modifican sus prioridades («*El cáncer de mama ha hecho que nuestra familia esté más unida y me ha hecho sentir que hemos dado lo mejor de nosotros, y que siempre nuestra familia está ahí*»).

17.6.5. Recidivas

La recidiva del cáncer produce un impacto emocional mucho mayor que el diagnóstico inicial para el paciente y su familia. Los temores y preocupaciones se hacen mayores cuando se acercan las revisiones y se mantiene hasta recibir los resultados. En el caso de recibir buenas noticias se alivia la ansiedad hasta la siguiente revisión; en caso contrario, la situación puede llegar a vivirse de forma casi traumática.

Existe una relación recíproca entre el nivel de miedo y ansiedad que ocasiona la recidiva en el superviviente de cáncer y en la familia, de modo que se influyen mutuamente. De hecho, Mellon, Kershaw, Northouse y Freeman-Gibb (2007) muestran cómo los familiares temen más una recidiva que los propios supervivientes. La ansiedad ante las recidivas es mayor en las mujeres más jóvenes y con más educación (Mellon et al., 2007). Las mujeres cuidadoras princi-

pales tienen más temor a las recidivas que los hombres cuidadores (Mellon et al., 2007). Los cuidadores familiares que presentan menor temor a la recidiva son las que muestran mayor dureza (*hardiness*), menos incertidumbre, mejor calidad de vida y más apoyos sociales (Mellon et al., 2007). Cuantos más acontecimientos estresantes existen en la familia mayor temor se presenta a la recidiva, tanto para el propio superviviente como para sus familiares (Mellon et al., 2007).

Las estrategias para prevenir y tratar los temores y la desadaptación familiar a las recidivas son las siguientes:

- En primer lugar, ante el temor a la recidiva, la paciente y sus familiares deben responder a la pregunta: *¿qué aspectos son controlables en esta situación?* La respuesta pasa por mantener la adherencia a las revisiones periódicas y métodos de vigilancia, comunicarse con el equipo médico con confianza y preguntar todas las dudas. Se ha de hacer ver que la consulta médica es la mejor garantía para alcanzar mayor seguridad, ya que en caso de confirmar que está sana, como en el caso de detectar cualquier problema, se aplicarían los tratamientos adecuados para su control de la forma más inmediata.
- En segundo lugar, conviene dialogar acerca del significado y las implicaciones de una recidiva: *¿qué significa una recidiva?* Muchos pacientes y familias consideran que una recidiva representa el fracaso de los esfuerzos anteriores y, sobre todo, la inexistencia de vías terapéuticas. Se trataría de ayudar a alcanzar un pensamiento más útil, adaptativo y realista, a través de un diálogo socrático, ya que si bien una recidiva es una mala noticia, se ha de reconocer que los tratamientos anteriores han permitido un período libre de enfermedad y, por tanto, han sido positivos. El que se detecte una recidiva no significa que no vaya a tener un tratamiento que permita el control de la enfermedad, pues eso sería una adivinación de futuro. Dialogar sobre cómo tanto la paciente como su familia están ahora más preparados para afrontar

tar la enfermedad, ya que actualmente saben más que antes, conocen y tienen confianza en su equipo médico y pueden identificar los recursos de que disponen en el presente.

- En tercer lugar, dialogar con la paciente y la familia sobre *¿cómo se sienten ante una posible recidiva?* Identificar pensamientos rumiativos y niveles de ansiedad: *¿qué se puede hacer para controlar la ansiedad y la preocupación rumiativa?* Enseñar a distinguir entre preocupaciones que tienen un contenido racional o realista de aquellas que son irracionales. En el caso de que sean irracionales, exageradas o poco realistas, interrumpir la cadena de pensamientos, preguntarse a sí mismos *¿qué estaría yo haciendo si no estuviera pensando esto?*, y comprometerse en acciones útiles, atractivas o recompensantes. En el caso de que las pensamientos tengan contenido racionales, habrá que preguntarse: *¿hay algo que pueda hacer?* Si hay varias acciones que puedan ser realizadas, valorarlas y llevarlas a cabo cuanto antes, mientras que si ya se han realizado, o están en curso, interrumpir la cadena de pensamientos y pasar a hacer las acciones alternativas.
- Mantener objetivos y metas vitales deseadas, y actividades que motiven y sean altamente atractivas, y centrarse en el aquí y ahora.

17.6.6. Intervención psicológica familiar en cáncer de mama avanzado y terminal

El cáncer avanzado y terminal es un suceso estresante por la agudización de síntomas negativos que producen sufrimiento en el paciente, el temor a su próxima pérdida, y los cambios en la estructura, funcionamiento y sistema de vida de sus miembros. Las amenazas en esta fase son las siguientes: *a)* la falta de información, incertidumbre o la conspiración del silencio; *b)* la indefensión y falta de participación en las decisiones; *c)* el control de síntomas molestos: astenia, dolor, problemas cognitivos, etc.; *d)* el miedo ante muerte; *e)* la pérdida de

roles sociales; *f)* dependencia; *g)* falta de intimidad, compañía o soledad, y la separación de la familia; *h)* los pensamientos negativos; *i)* depresión o ansiedad, y *j)* las necesidades espirituales y el estrés existencial.

Los cuidados paliativos pueden llevarse a cabo en el domicilio, en unidades de cuidados paliativos en los hospitales o en centros residenciales. La posibilidad de recibir los cuidados en el propio domicilio y morir en casa dependen de la disponibilidad y recursos de la propia familia; en este caso, se necesita una familia bien preparada y con una asistencia médica y social sostenida y de alta calidad.

En el final de la vida se corre el riesgo de la claudicación familiar (Gómez Sancho, 1995; Gómez Calle, 2006). En este caso aparecen en la familia pensamientos derrotistas (por ejemplo, «mejor que muera cuanto antes y acabe esto»), pacto de silencio, hablar del paciente en tercera persona cuando está presente (por ejemplo, «dice que ha comido bien, pero no sabe lo que dice»), respuestas de ira en el paciente y en la familia, abandono del familiar en instituciones o ingresos en residencias de modo forzado. Esta crisis emocional familiar suele tener unos desencadenantes comunes, siendo los más frecuentes los incluidos en la tabla 17.1 Para detectar precozmente esta situación se debe considerar desde el principio la posibilidad de la claudicación familiar incluso en las familias aparentemente mejor adaptadas; por eso se ha de llevar a cabo una labor preventiva, dando recursos a la familia nuclear, llevando a cabo una evaluación adecuada, revisando periódicamente la situación de la familia respecto a los cuidados, e intervenir lo más inmediatamente posible.

Los elementos básicos de la intervención en esta fase son:

- La información al paciente y la familia.
- La participación en la toma de decisiones del paciente y la familia. Mantener al máximo la autonomía del paciente y el cumplimiento de sus deseos, y tener en cuenta las instrucciones previas o testamento vital, que se refiere al documento escrito

TABLA 17.1

*Factores desencadenantes de claudicación familiar
(Gómez-Calle, 2006)*

- Discontinuidad de cuidados.
- Mala relación con el equipo de cuidados.
- Indefensión social (carencia de recursos y aislamiento).
- Encarnizamiento terapéutico.
- Abandono por profesionales con técnicas curativas.
- Inundación informativa: malas noticias sin digerir, información brutal.
- Sobreidentificación del equipo de cuidados.
- Cambio del equipo.
- Información contradictoria.
- Conspiración del silencio.
- Mal control de síntomas.
- Enfermedades oportunistas.
- Accidentes.
- Morbilidad de los cuidadores.
- Muerte de algún miembro de la familia (diferente al paciente).
- Ruina económica.
- Abusos realizados por personas inescrupulosas que prometen curaciones milagrosas.

por el que la persona manifiesta anticipadamente su voluntad —con objeto de que ésta se cumpla en el momento que no sea capaz de expresarse personalmente— sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.

- El control de los síntomas y el mantenimiento del confort del paciente por parte del equipo médico.
- Adiestramiento a los familiares del enfermo para el control del síntomas, poniendo a disposición de los familiares ayudas y asistencia, que les permitan momentos de respiro y descanso.
- Entrenar a los familiares a manejar las emociones del paciente y las suyas propias.

- Entrenar la comunicación con el paciente y entre los propios familiares. Solución de conflictos, reparto de tareas y roles de cuidado en la familia.
- Evaluar y tratar los problemas de salud de los familiares tanto físico (por ejemplo, dolores, fatiga, etc.) como psicológicos (por ejemplo, insomnio, tristeza, etc.).
- Enseñar cómo procurar una muerte digna y atender a las necesidades espirituales del paciente.
- Preparación temprana del duelo, y detección temprana de riesgo de duelo complicado. Esta detección debería realizarse en base a lo siguiente, teniendo en cuenta los factores de riesgo (véase el cuadro 17.2), la evaluación psicológica y la información acerca del entorno familiar (genograma).

CUADRO 17.2

Factores de riesgo de duelo complicado (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos, 2008)

1. Características de la enfermedad, de los cuidados en la FFV y de la naturaleza de la muerte:
 - Muerte repentina o inesperada, especialmente: *a*) si se ha producido en circunstancias traumáticas; *b*) si supone un estigma (suicidio, homicidio, SIDA); o *c*) si el doliente no ha tenido ocasión de prepararse o anticiparla.
 - Enfermedad prolongada y doliente en edad media.
2. Características del doliente:
 - Fase del ciclo vital (adolescentes, viudos, etc.).
 - Historia de pérdidas previas, especialmente no resueltas, como infidelidad, divorcio o abortos.
 - Factores estresantes concurrentes: tensiones familiares, problemas económicos o laborales, insatisfacción con los cuidados y/o abuso de alcohol o psicofármacos.
 - Enfermedad física o mental.
 - Intenso sufrimiento durante la enfermedad.

CUADRO 17.2 (continuación)

- Mala adaptación inicial a la pérdida, expresada como sufrimiento emocional intenso o depresión grave.
 - Incapacidad o limitación en el uso de las estrategias de afrontamiento: cuidarse físicamente, modulación del sufrimiento del duelo, acceder a las ayudas disponibles, etc.
 - Personas solitarias y/o distantes.
 - Tener poco control interno sobre las creencias (por ejemplo, sentir que no controla su propia vida).
3. Relaciones interpersonales:
- La percepción de apoyo social insuficiente.
 - El doliente no tiene una persona de confianza con quien compartir sus sentimientos, dudas o preocupaciones.
 - La experiencia del duelo altera la red de apoyo social, por ejemplo no encontrarse con sus viejos amigos con la misma frecuencia que antes del fallecimiento.
 - El doliente no está satisfecho con la ayuda disponible durante la enfermedad.
 - Relación ambivalente o dependiente con el fallecido.
 - Matrimonios con una relación especialmente buena, duradera y exclusivista.
 - Familias con bajos niveles de cohesión, comunicación y de capacidad para resolver conflictos.

CUADRO 17.2 (continuación)

4. Características del fallecido:
- Niños, adolescentes, adultos jóvenes, progenitores (especialmente si el padre o la madre que sobrevive tiene pocas capacidades de afrontamiento).

17.7. CONCLUSIONES

Los pacientes y sus cuidadores familiares reaccionan ante las enfermedades crónicas como una unidad y, como resultado, las dos partes tienen necesidades que requieren la ayuda de los profesionales de la salud. En la actualidad, hay consenso general en que cuando los pacientes y los cuidadores son tratados al mismo tiempo, se consiguen importantes sinergias que contribuyan al bienestar de ambos (por ejemplo, Northouse, Katapodi, Song, Zhang y Mood, 2010). Cuando las necesidades de los cuidadores no se tratan, su salud mental y física está en riesgo, y a los pacientes se les niega la oportunidad de obtener una atención óptima a través de unos cuidadores familiares bien preparados psicológica y técnicamente. Los programas de atención dirigida sólo hacia los pacientes rara vez son suficientes para satisfacer sus necesidades, ya que gran parte de la atención del paciente depende de los cuidadores familiares. Para proporcionar una atención óptima integral, el plan de atención debe centrarse en las unidades paciente-familia, bien apoyadas por el equipo sanitario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almgren, G. y Diwan, S. (2008). Typology of Chronic Illness and Impact on the Family. En G. Christ y G. Almgren (eds.), *Health Care and Older Adults Resource Review*. Nacional Center for Gerontological Social Work [publicación en línea]. Disponible en http://depts.washington.edu/geroctr/mac/1_6health.html [con acceso el 4 de enero de 2010].
- Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P. y Bayés, R. (2009). *Intervención emocional en cuidados paliativos* (4.ª ed.). Barcelona: Ariel.
- Beavers, W. R., Hampson, R. B. y Hulgus, Y. F. (1985). The Beavers approach to family assessment. *Family Process*, 24, 398-405.
- Beavers, W. R., Hampson, R. B. y Hulgus, Y. F. (1990). *Beavers Systems Model Manual*. Dallas, TX: Southwest Family Institute.
- Bellon, J. A., Delgado, A., Luna del Castillo, J. D. y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria*, 18, 289-296.

- Bermejo, B., Almonacid, V. y Lluch, A. (2010) Aproximación clínica de la toma de decisiones sobre fertilidad en pacientes de cáncer de mama. *Psicooncología*, 7, 287-298.
- Corbin, J. M. (1998). The Corbin and Strauss chronic illness trajectory model: an update. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 12, 33-41.
- Crespo, M. y López, J. (2007). *El estrés en cuidadores de mayores dependientes*. Madrid: Pirámide.
- Cruzado, J. A. (2010a). Impacto psicológico del Consejo Genético Oncológico. En A. M. Alonso, M. M. Benavides, I. Blanco, J. Brunet, J. García-Foncillas, J. I. Mayordomo et al. (eds.), *Cáncer hereditario* (pp. 345-392). Madrid: SEOM.
- Cruzado, J. A. (2010b). *La toma de decisión de los participantes en consejo genético oncológico*, 341-362.
- Cruzado, J. A. (2010c). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Madrid: Síntesis.
- Fisher, L. y Weihs, K. (2000). Can addressing family relationships improve outcomes in chronic disease? *Journal of Family Practice*, 49, 561-566.
- Gómez Calle, J. A. (2006). La familia y la enfermedad en fase terminal. *Revista Electrónica de Portales Medicos.com*. Disponible en <http://www.portalesmedicos.com/monografias/familial/> [acceso 4 de enero de 2011].
- Gómez Sancho, M. (1994). *Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*. Las Palmas de Gran Canaria: Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria (ICEPSS).
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. *Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos (monografía en Internet)*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Disponible en <http://www.osanet.euskadi.net> [acceso el 4 de enero de 2011].
- Información y Estadísticas Sanitarias (2009). *Indicadores de salud 2009*. Ministerio de Sanidad y Políticas Sanitarias.
- Instituto Nacional de Estadística (2006). *Encuesta nacional de salud (publicación en Internet)*. Disponible en http://www.ine.es/inebmenu/mnu_salud.htm [acceso 4 de enero de 2011].
- Kim, Y., Schulz, R. y Carver, C. S. (2007). Benefit Finding in the Cancer Caregiving experience. *Psychosomatic Medicine*, 69, 283-291.
- Lynn, J. y Adamson, D. M. (2003). *Living well at the end of life. Adapting health care to serious chronic illness in old age*. Santa Monica: RAND.
- Lynn, J., Chaudhry, E., Simon, L., Wilkinson, A. M. y Schuster, J. L. (2007). *The Common senseguide to improving palliative care*. Oxford: Oxford University Press.
- Mellon, S., Kershaw, T. S., Northouse, L. L. y Freeman-Gibb, L. (2007). A family-based model to predict fear of recurrence for cancer survivors and their caregivers. *Psycho-Oncology*, 16, 214-223.
- Miller, I. W., Epstein, N. B., Bishop, D. S. y Keitner, G. I. (1985). The McMaster family assessment device: Reliability and validity. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11, 345-356.
- Ministerio de Sanidad y Políticas Sanitarias (2009). *Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones (publicación en Internet)*. Disponible en http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf [acceso el 4 de enero de 2011].
- Moos, R. H. y Moos, B. S. (1986). *Family Environment Scale Manual*. Consulting Psychologists Press: Palo Alto, CA.
- Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K. y Sheikh, A. (2005). Illness trajectories and palliative care. *British Medical Journal*, 330, 1007-1011.
- Murray, S. A., Kendall, M., Grant, E., Boyd, K., Barclay, S. y Sheikh, A. (2007). Patterns of social psychological and spiritual decline towards the end of life in lung cancer. *Journal of Pain and Symptoms Management*, 34, 393-402.
- Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., Grant, L., Highet, G. y Sheikh, A. (2010). Archetypal trajectories of social, psychological, and spiritual wellbeing and distress in family care givers of patients with lung cancer: Secondary analysis of serial qualitative interviews. *British Medical Journal (publicación en línea)*. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2883691/?tool=pubmed> [acceso el 4 de enero de 2010].
- Northouse, L. A., Katapodi, M. C., Song, L., Zhang, L. y Mood, D. W. (2010). Interventions with Family Caregivers of Cancer Patients: Meta-Analysis of Randomized Trials. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 2010, 60, 317-339.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167.
- Olson, D. H., McCubbin, H. I., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M. y Wilson, M. (1992). *Family Inventories*. Minneapolis: Life Innovation.
- Olson, D. H., Portner, J. y Bell, R. Q. (1982). *FACES II*. St. Paul, MN: University of Minnesota.
- Olson, D. H., Portner, J. y Lavee, Y. (1985). *FACES III*. St. Paul, MN: University of Minnesota.

- Pérez Segura, P. y Díaz-Rubio, E. (2003). Consejo genético. *Psicooncología*, 0, 49-56.
- Poveda, R. (2008). *Generalidades sobre el paciente crónico (publicación en línea)*. Disponible en http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_cuidad_cronic_1.htm [acceso 4 de enero de 2011].
- Rolland, J. (1994). *Families, illness, and disability: An integrative treatment model*. Nueva York: Basic Books.
- Schultz, R. y Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality. *JAMA*, 282, 215-2219.
- Sepucha, K.-R. y Belkora, J. (2010). Importance of decision quality in breast cancer care. *Psicooncología*, 7, 313-328.
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*, 6, 1231-1239.
- Smilkstein, G., Ashworth, C. y Montano, D. (1982). Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. *Journal of Family Practice*, 15, 303-311.
- The SUPPORT Principal Investigators (1995). A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients the Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT). *JAMA*, 274, 1591-1598.
- WHO (2010a). *Chronic diseases and health promotion (publicación en línea)*. Disponible en <http://www.who.int/chp/en/> [acceso 4 de enero de 2011].
- WHO (2010b). *Impact of chronic diseases in Spain (publicación en línea)*. Disponible en http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/spain.pdf. [acceso 4 de enero de 2011].
- Wilkinson, A. M. y Lynn, J. (2005). Caregiving for advanced chronic illness patients. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*, 9, 122-132.
- Zarit, S. H., Bottigi, K. y Gaugler, J. E. (2007). Stress and caregiver. En G. George Fink (ed.), *Encyclopedia of Stress* (2.^a ed.) (pp. 416-418). Nueva York: Plenum Press.

M.^a PILAR BARRETO
GLORIA SAAVEDRA

En nuestro ámbito, la familia es con frecuencia el marco de pertenencia y referencia de las personas, cobrando una mayor relevancia en los acontecimientos vitales importantes. La muerte de uno de sus miembros (o la cercanía de la muerte por un proceso de enfermedad) afecta con frecuencia al resto, así como a la estructura y funcionamiento familiar. Durante el presente capítulo vamos a hacer referencia a la intervención con las familias en situación de final de vida, es decir, cuando la enfermedad de uno de sus miembros hace previsible la cercanía de la muerte. Posteriormente revisaremos la intervención en los trastornos adaptativos que pueden aparecer en dicha situación, y concluiremos con el abordaje del duelo por el fallecimiento de un ser querido.

18.1. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON FAMILIAS EN SITUACIÓN DE FINAL DE VIDA

La atención a los familiares de los pacientes tiene dos vertientes fundamentales (Meseguer y Cortés-Funes, 2000). Por un lado, sería deseable reforzar su papel como cuidadores y potenciar sus habilidades en el cuidado del paciente, ya que su papel en este sentido es fundamental. Por otra parte, como protagonistas de la situación paliativa, la intervención de todos los profesionales que le atienden debe ir encaminada a promover las habilidades personales de afrontamiento de cada miembro de la familia ante situaciones críticas y relacionales, así como a

dar soporte emocional ante el sufrimiento que la situación les genera.

Del mismo modo, promover la comunicación con el paciente es un objetivo terapéutico con las familias de los pacientes en situación de final de vida (Barreto y Martínez, 2000), evitando la conspiración de silencio y disminuyendo la incoherencia informativa entre el paciente y familia para disminuir la sensación de soledad, incomunicación..., no desde la confrontación, sino haciendo conocedora a la familia de ventajas de la comunicación, así como evidenciando el objetivo común («que el paciente sufra lo menos posible»).

De esta manera, cuando hablamos de potenciar el cuidado que la familia proporciona a la persona que se encuentra en situación de final de vida, esto incluye también ayudar al familiar a «proporcionar soporte al enfermo»: entrenamiento en comunicación, en manejo emocional (por ejemplo, qué hacer cuando el paciente llora, se queja...).

A continuación recogemos algunas sugerencias que diversos autores señalan como importantes aspectos a tener en cuenta cuando trabajamos con pacientes y familias que se encuentran en situación de final de vida (Arranz, Barbero, Barreto y Bayés, 2003; Barreto, 2002; Barreto y Martínez, 2003; Bayés, 2001; Saavedra, Albert y Barreto, 1997):

- Las características de la situación de final de vida hacen precisa la planificación de objetivos a muy corto plazo y el planteamiento de la acción terapéutica de manera urgente.
- Únicamente el trabajo interdisciplinar puede garantizar que demos una respuesta adecua-

- da a las múltiples necesidades que presentan el paciente y la familia: control de síntomas, relación adecuada, promoción de la autonomía... Dada la constante interacción entre estas necesidades, sería deseable que la intervención del psicólogo estuviera enmarcada dentro de la de un equipo multidisciplinar amplio con objetivos terapéuticos comunes.
- Es esperable que la promoción de autonomía del paciente tenga efectos beneficiosos para la persona que se encuentra en situación de final de vida y para sus familiares.
 - La revisión de las propias actitudes ante la muerte que tienen los profesionales (ansiedad, miedos, prejuicios...) facilitará la realización de su labor profesional de forma efectiva, minimizando el coste emocional asociado.
 - El marco de intervención idóneo en el que situar cualquier estrategia de intervención en situación de final de vida nos la ofrece el counselling, que nos permite caracterizar nuestra relación con las familias por la empatía, veracidad y aceptación incondicional. Nos sitúa en un modelo de relación no paternalista (en la línea del diálogo socrático defendido desde las teorías cognitivas de corte clásico) que, sustentado en las habilidades de comunicación, en el planteamiento de solución de problemas y en la autorregulación emocional, pretende fomentar la utilización de recursos personales por parte de las personas (pacientes y familiares) para optimizar el afrontamiento de las situaciones en las que se encuentran.
 - Un aspecto clave de la intervención con pacientes y familiares es el refuerzo de sus recursos personales, el fomento de la utilización de las estrategias adaptativas existentes, actuales y previas, así como el fomento de las redes de apoyo social.
 - La enfermedad, la pérdida de funcionalidad del paciente y la cercanía de la muerte, van asociadas con frecuencia a la pérdida de sensación de control. Mediante el fomento de su participación activa en el cuidado del paciente, su implicación en la toma de decisio-

nes y favoreciendo el autocuidado, podemos aumentar la sensación de control de las familias, disminuyendo así el sufrimiento que genera.

- Conviene ser sensibles ante los momentos de cambio, ya que éstos hacen necesaria la readaptación y provocan ansiedad. Anticipar los problemas que preveamos pueden aparecer puede ser de utilidad para, una vez más, fomentar estrategias de solución de problemas desde la empatía y el refuerzo.

Ante la cercanía de la muerte, en ocasiones se produce lo que en la literatura se define como la conspiración de silencio (Googins, 1999; Alonso, 2000): se trata del acuerdo, explícito o no, de alterar la información al paciente por parte de las personas de su entorno (familiares, amigos y/o profesionales sanitarios) con el fin de ocultar información diagnóstica, pronóstica y/o relativa a la gravedad de la situación.

Entre los factores que con más frecuencia están favoreciendo la aparición del pacto de silencio, el más habitual es la necesidad de la familia de proteger al paciente, entendiendo que la información proporcionará mayor sufrimiento a la persona enferma debido a las reacciones emocionales que desencadenará. También es habitual que las propias dificultades de la familia para enfrentarse a la situación de enfermedad y/o terminalidad lleve a la evitación y a posponer situaciones dolorosas, como puede ser la transmisión de información negativa. Por último, también la dificultad de algunos profesionales para enfrentarse al hecho de dar malas noticias (y manejar las emociones intensas que estas noticias suscitan) puede dificultar el proceso de información, favoreciendo o manteniendo situaciones de clara incomunicación.

Con frecuencia, existe un desfase entre las necesidades de información del paciente y la percibida por sus allegados, hecho que claramente contribuye a la aparición y mantenimiento del pacto de silencio (Centeno y Núñez, 1998, Ruiz y Coca, 2008, Saavedra y Barreto, 2008).

Algunas de las consecuencias del pacto de silencio que afectan tanto al paciente como a la familia son, por ejemplo, los sentimientos de soledad, la

incomunicación, el aislamiento, la sensación de no ser comprendido por el entorno y la imposibilidad de cerrar asuntos pendientes (materiales, como un testamento, o emocionales, como despedirse de alguien).

Entre los objetivos del personal sanitario que atiende a personas que se encuentran en situación de final de vida se encuentran (Arranz et al., 2003) el de apoyar al paciente y su familia en el proceso de adaptación, así como el de fomentar la comunicación más clara y abierta posible en función de las necesidades del paciente, previniendo e interviniendo, en su caso, sobre la conspiración de silencio.

Como sugerencias encaminadas a la prevención del pacto de silencio, podríamos señalar la importancia de evaluar las necesidades de información del paciente y su familia lo más precozmente posible. Para ello, la reunión de acogida del equipo con el paciente y la familia cuando éstos llegan a un servicio asistencial puede ofrecer un marco de interacción idóneo en este sentido (Arranz, 2005).

Es importante valorar las necesidades de información real del paciente y sus allegados, ya que nos ayudará a respetar el derecho del paciente a conocer su situación clínica, y también el derecho a no conocerla si es lo que desea. En el caso de que encontremos discrepancia entre las necesidades del paciente y las de sus seres queridos, el diálogo empático y sincero con éstos que permita la atención de sus también prioritarias necesidades, temores y preocupaciones, parece el camino de elección. El counselling y el uso de las habilidades de comunicación son, de nuevo, una herramienta fundamental (Arranz et al., 2003), permitiéndonos identificar qué temores o preocupaciones de los familiares están en la base de su negativa a la información. El que puedan expresar esos temores y preocupaciones en un entorno de acogida y validación, donde no se sientan juzgados o culpabilizados, puede ser el primer paso hacia una relación terapéutica eficaz. Posteriormente, tal como señalábamos anteriormente, sería deseable reflexionar con la familia sobre las consecuencias de la no información, tanto para el paciente como para ellos mismos, confrontando desde la acogida y sugiriendo acuerdos.

Si todo el grupo familiar se ve afectado ante la enfermedad o proximidad de la muerte de uno de

sus miembros, los niños, obviamente, no son una excepción (Sanders, 1990). Ellos pueden no acabar de entender lo que está pasando, pero observan cambios en su entorno que pueden desencadenar sentimientos variados: de abandono, pérdida, enfado, resentimiento... Con frecuencia, los adultos dedican menos tiempo al niño como consecuencia de la enfermedad y todo lo asociado con ella: el paciente no siempre puede hacerlo, y el resto de adultos, al asumir el cuidado del enfermo y algunos de los roles que desempeñaba, tienen menos disponibilidad.

Los sentimientos ante la muerte y también su expresión pueden variar en función del momento del desarrollo en el que se encuentre el niño; existe amplia evidencia en la literatura respecto a las consecuencias a largo plazo de las pérdidas parentales sufridas en edad temprana (Luecken, 2008).

Puede ser de mucha utilidad (Kroen, 2002) el fomentar la expresión emocional de los niños de todas las edades (también de los adolescentes), así como hablar con ellos de lo que está ocurriendo en su familia. Ellos se habrán hecho una idea (más o menos acertada) de lo que pasa, y sólo hablando con ellos podremos conocer cómo han entendido las cosas y corregir los aspectos menos adecuados. Por ejemplo, el niño puede pensar que su padre enfermo ya no quiere estar con él igual que antes. Aunque esto no sea así, si el niño lo piensa se sentirá mal. Hablando con él podemos detectar esta idea y hacerle ver que sí le quiere, aunque ahora le dedique menos tiempo o juegue con él de forma distinta.

En algunos casos, la manifestación de las emociones en la infancia puede tomar la forma de malestar corporal (dolor de cabeza o de barriga), enfado hacia el paciente o hacia otros, adopción de costumbres de la persona enferma, idealización, culpa...

Algunas de las sugerencias que recoge la literatura, tanto para el profesional como para las personas del entorno del niño, se exponen a continuación (Conselleria de Sanitat, 2010):

- Fomentar la conversación con el niño en relación con la enfermedad/muerte del paciente y con los sentimientos que esto le genera: preguntarle cómo se siente, si está triste, enfadado...

- Intentar que no se sienta juzgado por sentirse así y reconfortarle cualquiera que sea la respuesta que ofrezca.
- Aunque es probable que no necesiten toda la información disponible, responder a sus preguntas con sinceridad, sin decir mentiras, y seleccionando la información que se ofrece en función de la edad del niño. Utilizar en la conversación un lenguaje adaptado a su capacidad de comprensión. Dar respuestas sencillas a preguntas sencillas.
- Después de darle información, pedir feedback respecto a qué ha entendido. Preguntarle al respecto y volver a explicar aquellas cosas que no se adaptan a lo que queríamos transmitir.
- Asumir que no tenemos todas las respuestas, y reconocerlo con sinceridad ante alguna de sus preguntas.
- El que la familia y personas más cercanas compartan tiempo con el niño ayudará a que éste tenga una mayor sensación de seguridad y disminuirá su sensación de abandono.
- Permitir que el niño pase algo de tiempo con el enfermo puede ayudarle a sentirse útil y no excluido.
- Que los adultos del entorno del menor compartan con ellos algunos de sus sentimientos puede facilitar que entienda como normal la expresión emocional y a que no tenga la impresión de sentirse de forma distinta a todos.
- Sería deseable que el niño pueda mantener los roles propios de su edad, y que no asuma funciones o tareas que no le son propios por su posición en la familia.
- Hablar de la enfermedad y del paciente con naturalidad y sin dramatismos, también delante del niño, puede ser un método de modelar la comunicación fluida.
- Que en el colegio tengan información de la situación especial que se está viviendo en la familia permitirá que puedan prevenir y estar atentos a la aparición de dificultades.
- Intentar que el niño no se sienta culpable por hacer cosas divertidas o pasárselo bien, animándole a continuar con sus actividades co-

tidianas y normalizando también la expresión de emociones positivas.

- Hablar de la muerte con el niño utilizando palabras que pueda entender. Para disminuir la aparición de miedos posteriores, no ligar el concepto de muerte a viajes o sueños y reforzar la idea de que es algo irreversible.
- Dejar al niño participar en ritos de despedida (funerales...), explicándole previamente en qué consistirán y comentándolos con él después. Si no es posible por alguna circunstancia, explicarle que cuando volvamos haremos una «ceremonia privada» de despedida.

18.2. TRASTORNOS ADAPTATIVOS

El DSM-IV-TR propone los siguientes criterios para el diagnóstico del trastorno adaptativo (APA, 2002):

- a) La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los tres meses siguientes a la presencia del estresante.
- b) Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente, del siguiente modo:
 1. Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante.
 2. Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica).
- c) La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o el Eje II.
- d) Los síntomas no responden a una reacción de duelo.
- e) Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de seis meses.

El mismo manual propone especificar si nos encontramos ante un cuadro agudo (si la alteración

dura menos de 6 meses) o crónico (si la alteración tiene una duración mayor). Del mismo modo, se considera que puede cursar (y se codificará de forma diferencial) de diferentes maneras:

- Con estado de ánimo depresivo.
- Con ansiedad.
- De forma mixta (con ansiedad y estado de ánimo depresivo).
- Con trastorno de comportamiento.
- Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento.
- Sin ninguno de los cursos anteriores (codificándose entonces como curso no especificado).

A la hora de realizar el diagnóstico diferencial, además de descartar la presencia de otras alteraciones codificables en los ejes I y II, debemos distinguir el trastorno adaptativo de las reacciones no patológicas al estrés que puede ocasionar el hecho de que un ser querido se encuentre en situación de final de vida. La diferencia la marca el que las reacciones no patológicas, según el DSM-IV-TR, no provocan un malestar superior al esperable y no causan un deterioro significativo de la actividad social o laboral.

En la evaluación de los trastornos adaptativos (tabla 18.1) consideramos fundamental realizar un buen análisis funcional y topográfico de las respuestas problema: qué sintomatología presenta el familiar en los tres niveles de respuesta; con qué frecuencia, intensidad y duración aparecen los síntomas; qué predisponentes y desencadenantes presentan los síntomas (incluidas las características previas del familiar); qué consecuencias emocionales, físicas, conductuales y sociales tienen las dificultades... También nos parece relevante conocer qué repercusiones tienen en la vida cotidiana las dificultades: preocupación que generan en la persona concreta y en las de su entorno, así como interferencia en distintos ámbitos (familiar, laboral, pareja, ocio...). La motivación hacia la solución de las dificultades y hacia la propia terapia psicológica también son variables de interés, así como la confianza del familiar en poder mejorar mediante el tratamiento y la valoración del psicólogo acerca del estado del familiar. Otras

variables de relevancia clínica son la presencia de sintomatología ansiosa, de sintomatología depresiva, de alteraciones conductuales y la presencia de complicaciones: consumo excesivo de alcohol, fármacos u otras sustancias, etc.

TABLA 18.1

Evaluación del trastorno adaptativo

<p>Análisis funcional y topográfico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sintomatología en los tres niveles de respuesta. Frecuencia. Intensidad. Duración. Predisponentes. Desencadenantes. Consecuencias. <p>Repercusiones en la vida cotidiana.</p> <p>Motivación hacia la solución de las dificultades y hacia terapia psicológica.</p> <p>Otras:</p> <ul style="list-style-type: none"> Confianza en poder mejorar mediante el tratamiento. Valoración del psicólogo acerca del estado del familiar. Presencia de sintomatología ansiosa, depresiva, alteraciones conductuales y/o complicaciones.
--

En cuanto a la intervención, estamos de acuerdo en la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz (contrario al usual «dejar descansar y luego retomar actividades») (Van der Klink et al., 2003). Consideramos aplicable el principio de contingencia temporal, que considera fundamental aumentar actividad de la persona de acuerdo con ritmo temporal previamente estructurado y no en función de cómo se encuentre, para de este modo romper el círculo vicioso que se crea con frecuencia entre malestar emocional y evitación de situaciones o inactividad. Este aumento de actividad estaría enfocado tanto a la solución de problemas como a la planificación de actividades agradables y de autocuidado.

Coincidimos con la literatura en que la utilización de fármacos no se debería plantear como tratamiento único, aunque puede ser de utilidad ante síntomas muy graves (Botella, Baños y Guillén, 2008).

TABLA 18.2

Intervención en el trastorno adaptativo

Psicoeducación. Técnicas en función del caso: Solución de problemas. Habilidades de comunicación. Autocontrol. Manejo de la ira. EMA. Prevención de recaídas.
--

El inicio de la intervención psicológica (tabla 18.2) vendría marcado por la intervención psicoeducativa. La acogida del familiar y la normalización de la sintomatología son elementos clave para disminuir la ansiedad y el malestar que generan las propias dificultades, así como para el establecimiento de la necesaria vinculación terapéutica. Forma parte también de la psicoeducación el transmitir información de las respuestas comunes a los acontecimientos estresantes, centrándonos más, en función de la sintomatología que presente la persona que tenemos delante, en información sobre la ansiedad, la depresión o las alteraciones de conducta. A continuación se presentaría al familiar la base lógica de las técnicas de tratamiento que vamos a utilizar. Situándonos en la línea de las teorías vigentes de estrés (Lazarus y Folkman, 1984), explicaríamos cómo (figura 18.1) ante los problemas, la amenaza percibida y la sensación de falta de recursos provocan sensación de incapacidad, de estar desbordado, de no poder hacer frente a los problemas, sentimientos de desesperanza... Ante estas sensaciones y sentimientos, son frecuentes los síntomas clínicos de ansiedad y depresión. Éstos, a su vez, aumentan la frecuencia de aparición de conductas ineficaces y de modos de afrontamiento inadecuado, que disminuyen la sensación de autoeficacia personal, aumentando la amenaza percibida y cerrando un círculo vicioso que tiende a perpetuarse.

Con la finalidad de promover el papel activo del familiar y su compromiso al cambio, se plantea como objetivo del tratamiento el ayudar a afrontar

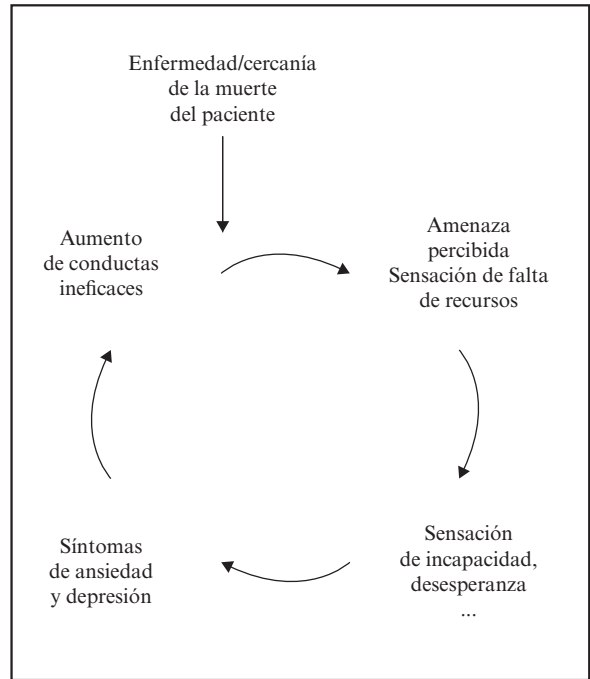


Figura 18.1.—Psicoeducación en el trastorno adaptativo.

de modo más eficaz los problemas que genera la situación de su ser querido (situación de final de vida o fallecimiento) e intentar aprender modos de funcionar más efectivos.

Las técnicas de intervención variarán en función del caso concreto ante el que nos encontremos. A continuación pasamos a comentar las más habituales.

De utilidad en un amplio número de casos serán las estrategias de solución de problemas. Consideramos importante ayudar al familiar a: analizar los estresores concretos que podemos encontrar en la situación actual; determinar si pueden eliminarse o modificarse; priorizar de forma consensuada, en función del malestar generado en el propio familiar y de la opinión del terapeuta; entrenamiento en estrategias de solución de problemas, aplicación del listado de problemas y generalización de la estrategia. Los pasos a seguir en la estrategia de solución de problemas son (D'Zurilla y Nezu, 2007):

- Orientación hacia el problema: en este apartado se pretende fomentar las creencias de autoeficacia, saber reconocer los problemas, viendo los mismos como un reto, usar y controlar las emociones en la solución de problemas, así como aprender a parar y pensar antes de actuar.
- Formulación y definición del problema: recopilar información relevante basada en los hechos, clarificar la naturaleza del problema, establecer metas realistas y reevaluar el significado del problema para el bienestar del individuo.
- Generación de soluciones alternativas: utilizando los principios de cantidad, aplazamiento del juicio y variedad.
- Toma de decisiones: anticipación de los resultados de la decisión, evaluación de los posibles resultados de la misma (juzgar y comparar) y preparación de un plan para llevar a cabo la decisión tomada.
- Puesta en práctica y verificación de la solución: realización de la conducta elegida, autoobservación de la conducta y resultado, autoevaluación comparando el resultado producido con el esperado y autorreforzamiento. Si el resultado no es el esperado, será preciso investigar el proceso y hacer los cambios necesarios.

La estrategia de solución de problemas a veces requiere entrenamiento de determinadas habilidades o estrategias necesarias que pueden practicarse en casa.

También es necesario con frecuencia el entrenamiento y promoción del uso de las habilidades de comunicación. De este modo, pretendemos aumentar la eficacia interpersonal del familiar de forma genérica y, de modo más concreto, aumentar sus recursos ante las frecuentes situaciones de comunicación compleja que se dan en la situación de final de vida. Los elementos esenciales del entrenamiento serían (Caballo e Irurtia, 2008):

- Entrenamiento en habilidades propiamente dicho: mediante instrucciones, modelado,

ensayo de conducta, retroalimentación y refuerzo se enseñan conductas específicas, que se practican e intentan integrar en el repertorio conductual del sujeto.

- Reducción de la ansiedad: de forma indirecta (mediante el empleo de conductas más adaptativas) y de forma directa si el nivel de ansiedad es muy elevado (respiración diafragmática, relajación, autoobservación, distracción cognitiva o desensibilización sistemática).
- Reestructuración cognitiva: la modificación de valores, creencias, cogniciones y/o actitudes desadaptativas se suele dar de modo indirecto mediante la adquisición de nuevas conductas. A veces puede estar indicado el uso de autoinstrucciones, técnicas de autocontrol o reetiquetado racional positivo.
- Entrenamiento en solución de problemas, presente de forma implícita más que sistemática en todo el entrenamiento.

Otra de las técnicas de uso habitual en el tratamiento del trastorno adaptativo son las estrategias de autocontrol, que pretenden poner en marcha habilidades que permitan a los familiares regular sus comportamientos de cara a lograr las metas u objetivos que se han fijado. Los pasos de este tipo de estrategias los resume Carrasco (2008):

- Favorecer el compromiso al cambio, siendo las tareas principales focalizar la atención en beneficios y perjuicios, potenciar las expectativas de autoeficacia y comunicar a otros el proyecto de cambio.
- Especificar y evaluar el problema: observación y registro de la conducta y de sus determinantes.
- Planificar objetivos del cambio: concretar metas parciales y finales.
- Diseñar y aplicar estrategias de cambio: control de estímulos, estrategias cognitivas, técnicas centradas en las conductas, autoobservación y autorregistro, entrenamiento de respuesta alternativa, contrato conductual, programación conductual, autorrefuerzo y autocastigo. Práctica en casa.

- Potenciar el mantenimiento y prevenir recaídas: revisar errores, identificar situaciones de alto riesgo, planificar estrategias de afrontamiento y ensayar acciones ante fallos o incumplimientos.

Ante la aparición en el familiar de respuestas de ira que interfieran en la solución de problemas que se le plantean y ocasionen sufrimiento personal y/o deterioro de las relaciones interpersonales, puede trabajarse con él técnicas para el manejo de la ira. Las fases de dichas técnicas serían (Weisinger, 1998):

- Psicoeducación: presentar la ira como respuesta natural y aprendida. Entender por qué aparece.
- Identificar respuestas de ira (o sus desencadenantes) lo más precozmente posible.
- Puesta en práctica de alternativas conductuales. Puede ser útil la utilización de autoinstrucciones, relajación, tiempo fuera o el uso de conductas adaptativas incompatibles.

El EMA (entrenamiento en el manejo de la ansiedad) es un tipo de intervención que pretende la detección de las primeras señales indicadoras de ansiedad, así como la puesta en práctica de los procedimientos de relajación aprendidos y liberación de otras señales de afrontamiento (Suinn y Richardson, 1971). Indicado ante ansiedad importante, se basa en la exposición a imágenes provocadoras de la misma. Se iniciaría con una intervención psicoeducativa en relación con la ansiedad y la técnica a utilizar, continuaría con la adquisición de habilidades y ensayo de las mismas, para finalizar con la aplicación y consolidación de la técnica.

La estrategia de prevención de recaídas nos parece tremendamente útil en cualquier intervención terapéutica. Nos referimos a la necesidad de revisar con el familiar la evolución de las dificultades durante la terapia, ayudándole así a resolver las dudas/cuestiones que puedan surgir. También nos permite valorar el progreso en la reconstrucción de los significados atribuidos a los problemas; observar la disminución del malestar y de la activación fisiológica, y la mejora en la evitación de situaciones, pen-

samientos y emociones; detectar situaciones de riesgo, y fomentar el que se continúe aplicando las técnicas aprendidas para afrontar las dificultades que surjan.

Además de las técnicas terapéuticas concretas que utilizemos, nos parece conveniente realizar una serie de consideraciones generales (Arranz, Barbero, Barreto y Bayés, 2003):

- Considerar el estado emocional del familiar y el soporte social disponible para potenciar su capacidad de adaptación y afrontamiento.
- Permitir/fomentar la expresión emocional. El *counselling* nos va a permitir acoger, validar y normalizar las respuestas emocionales que presente el familiar, así como ayudar a canalizarlas de forma adaptativa.
- Promover la aceptación por parte del familiar de las dificultades como parte consustancial de la vida y fomentar/reforzar la retribución positiva.
- Utilizar medidas generales de soporte como son: regular el proceso de información (rectificar, relativizar, suavizar y/o añadir información a la que el familiar dice tener), motivar hacia la actividad (estimularle a que compruebe los beneficios de la misma), proporcionar o facilitar actividades distractoras (conversaciones, paseos, televisión, radio...), prestar atención anticipada (revisión de necesidades, contención emocional y seguimiento más frecuente en personas con desbordamiento), etc.
- Abordar la cercanía de la muerte: explorar si hay demandas, explícitas o no, de hablar de ello. Respetar el ritmo del familiar. Trabajar la ansiedad anticipatoria o los duelos anticipados.

18.3. DUELO

El duelo está recogido en el DSM-IV-TR (APA, 2002) bajo el epígrafe «Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica». Su diagnóstico se realizaría en el Eje I, código V, código que

recoge los estados no atribuibles a trastornos mentales que merecen atención o tratamiento.

Esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica es una reacción a la muerte de una persona querida. Tal y como señala el citado manual diagnóstico, como parte de su reacción de pérdida algunos individuos afligidos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor (por ejemplo, sentimientos de tristeza y síntomas asociados, como insomnio, anorexia y pérdida de peso) y la persona con duelo valora el estado de ánimo depresivo como normal. El diagnóstico de trastorno depresivo mayor no está indicado, a menos que los síntomas se mantengan dos meses después de la pérdida o por la presencia de ciertos síntomas entre los que se incluyen: 1) la culpa por las cosas, más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida; 2) pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida; 3) preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad; 4) entumecimiento psicomotor acusado; 5) deterioro funcional acusado y prolongado, y 6) experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida.

La realización de la historia de la pérdida o perfil de duelo servirá para orientar la intervención, priorizando conductas problema y ayudando a distinguir duelo normal de duelo de riesgo (Barreto y Soler, 2007). En este sentido, puede ser de interés el registro de:

- Datos generales del fallecido: edad, fecha de fallecimiento, tiempo de convivencia y tipo de relación con el fallecido, aniversarios y fechas importantes.
- Antecedentes personales: problemas de salud, elaboración de posibles duelos previos y coincidencia con otros problemas (familiares, amigos, económicos...).
- Datos sociofamiliares: genograma, relaciones familiares, amigos, situación económica...
- Evolución del proceso de duelo: causa y lugar del fallecimiento, conocimiento de los hechos, pensamientos y sentimientos perturbadores

que manifiesta (por ejemplo, añoranza, culpa, rabia, ansiedad o tristeza...), apoyo emocional percibido, repercusión de la pérdida del ser querido en los planes vitales e impacto de la pérdida.

- Otras preocupaciones o problemas que dificulten el afrontamiento o tengan consecuencias negativas en el estado de ánimo.
- Análisis topográfico y funcional de la sintomatología que presente el doliente: factores precipitantes (tanto de los síntomas como de la búsqueda de ayuda o agravamiento de los mismos), sintomatología (en los tres niveles de respuesta; intensidad, duración y frecuencia de aparición de la misma), consecuencias (emocionales, físicas, conductuales y sociales), repercusiones (preocupación generada en el doliente, competencia y capacidad funcional en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, preocupación en personas del entorno) y otras variables, tales como motivación hacia solución de las dificultades, motivación hacia terapia psicológica, confianza en poder mejorar mediante tratamiento y valoración del terapeuta acerca del estado del doliente (tabla 18.3).

TABLA 18.3

Evaluación del duelo

<p>Datos generales del fallecido. Antecedentes personales del doliente. Datos sociofamiliares. Evolución del proceso de duelo. Otras preocupaciones o problemas. Análisis topográfico y funcional de la sintomatología que presente el doliente.</p>

Para realizar la evaluación es imprescindible una adecuada entrevista clínica. Puede ayudar la realización de preguntas abiertas, claras y breves, dar tiempo al doliente a contestar, reforzar la comunicación y cualquier fragmento de conducta adaptativa, explorar bloqueos de la conversación, identificar

de modo más específico la información relevante, pedir aclaraciones, pedir opinión «¿qué le parece que hablemos del fallecido?», aceptar sentimientos, pensamientos y conductas manifiestas, resumir información para asegurar comprensión, crear expectativas positivas y procurar congruencia entre la conducta verbal y no verbal. Conviene evitar inducir respuestas en el doliente, decir lo que hay que hacer desde la imposición y quitar importancia a las preocupaciones (vs. normalizar desde la acogida).

Algunos instrumentos pueden ayudar a completar la evaluación del doliente. La historia personal de duelo de Soler y Barreto (Barreto y Soler, 2007) o el cuestionario biográfico de Pastor y Sevilla (1995) nos pueden ayudar a recoger la información necesaria para el análisis funcional. El Inventario de experiencias de duelo (Sanders, Mauger y Strong, 1985), en su adaptación al castellano de García-García et al. (2001), nos permite la exploración de las áreas somática, emocional y relacional del doliente. Por su parte, el Inventario Texas Revisado de Duelo (adaptado en nuestro medio por García-García en 1995) permite agrupar a los dolientes en categorías en función de si hay ausencia de duelo, o presencia de duelo retardado, prolongado y agudo. Posee la ventaja de ser más breve que el anterior y presenta como dificultades la excesiva coincidencia con medidas de depresión y el descuido de síntomas asociados con culpa, amargura e irrupción de experiencias alucinatorias. Soler, Barreto y Yi (2002) han desarrollado un instrumento para Valoración del Riesgo de Complicaciones en la Resolución del Duelo, para rellenar por profesionales sanitarios de unidades de cuidados paliativos, detectando así familiares en riesgo.

También puede ser de utilidad la utilización de autoinformes y autorregistros de síntomas u otros aspectos del duelo por parte del doliente.

Tal y como recoge la literatura disponible (Neimyer, 2002; Raphael, Minkov y Dobson, 2001), lejos de ser beneficiosa, la intervención precoz puede entorpecer la búsqueda por parte del doliente de soluciones ante los problemas relacionados con la pérdida, y por tanto interferir en el curso normal de duelo y en el apoyo social informal. Por este motivo, creemos que no está justificada la intervención psicoterapéutica o farmacológica de forma rutinaria.

Respecto a la intervención, a continuación marcamos los hallazgos de la literatura recogidos en otro trabajo anterior (Barreto y Soler, 2007):

- Los resultados de la intervención son mejores cuanto más tiempo ha transcurrido desde la pérdida, y en los casos de duelos por muerte súbita o traumática o más cronificados.
- La intervención preventiva secundaria o selectiva para aquellos dolientes vulnerables a los riesgos de duelo es más efectiva (también para los casos de duelo perinatales y dolientes ancianos).
- También hay muestra de resultados positivos de la intervención en crisis centrada en counselling, potenciando la expresión emocional, la mejora del apoyo social y el reconocimiento de la pérdida y del fallecido.
- La intervención precoz ante patología incipiente o prodrómica parece ser efectiva de forma diferencial con respecto al género del doliente: con mujeres son más eficaces las intervenciones más centradas en solución de problemas, y con hombres las centradas principalmente en las emociones.

En síntesis, la norma general sería no intervenir de forma rutinaria, a menos que exista alto riesgo de complicación (por factores situacionales, personales e interpersonales), duelo patológico y/o trastornos relacionados con la pérdida.

Tal como se recoge en la Guía Práctica sobre Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud (2008), existe mucha variabilidad en los estudios de evaluación de las diferentes intervenciones, pero la evidencia disponible no permite concluir cuál es la terapia más eficaz, exceptuando el asesoramiento psicológico (counselling) en el duelo en niños y adolescentes y en el duelo de riesgo, las terapias de orientación psicodinámicas y cognitivo-conductuales en el duelo complicado, y la psicoterapia junto con antidepresivos en la depresión asociada al duelo.

Siguiendo con las recomendaciones de la misma guía, en el duelo normal se sugiere proporcionar in-

formación acerca del duelo y sobre los recursos disponibles, así como ofrecer apoyo emocional básico. En el duelo de riesgo se recomienda realizar un seguimiento regular, con apoyo emocional, valorando individualmente la necesidad de psicoterapias específicas y estructuradas. Por último, la atención específica y estructurada por servicios especializados (psicología y/o psiquiatría) se realizará con las personas que desarrollen duelo complicado. De igual manera, parece deseable que los profesionales que atienden a los pacientes en la fase final de la vida y a sus familiares deberían tener acceso a una formación elemental en duelo que les capacite para proporcionar cuidados básicos a los dolientes, comprender y explorar sus necesidades, valorar los factores de riesgo y detectar a las personas con duelo complicado para derivarlas a un servicio especializado.

Como señalan Barreto y Soler (2002), si la evaluación que se hace del doliente al inicio se hace de forma empática y adecuada, puede constituir un primer paso terapéutico. La expresión de emociones y la búsqueda de significado tienen un efecto positivo en la resolución adecuada del duelo, de forma similar al beneficio que proporciona recordar y revivir el trauma en la prevención del trastorno de estrés posttraumático. Como ya hemos señalado anteriormente, el counselling puede ser el marco idóneo en el que enmarcar nuestras intervenciones.

El objetivo de la intervención psicológica es ayudar al doliente a hacer frente a los problemas prácticos y emocionales que siguen a la pérdida del ser querido (Kissane y Wendy, 2008). No se trata de olvidar al fallecido, sino de encontrarle un espacio psicológico que permita la entrada del presente y los retos de la vida. Encontrar el equilibrio entre estimular el avance y respetar el ritmo personal del doliente, para evitar el abandono prematuro del tratamiento.

Coincidimos con Barreto y Soler (2007) en que la incorporación de las emociones positivas en la terapia es deseable, puesto que, según se recoge en la literatura, su expresión no sólo no bloquea el adecuado desarrollo del duelo, sino que predice un buen pronóstico. Tal y como señalan estas mismas autoras, excepto en el caso de que la evaluación previa lo desaconseje, parece deseable ofrecer tratamientos

centrados en las emociones para personas con estilo de afrontamiento masculino (centrado en la solución de problemas) y centrados en los problemas para aquellas con estilo de afrontamiento femenino (centrado en emociones).

La evidencia disponible en relación con que las intervenciones con cuidadores de pacientes en situación de final de vida que tienen como objetivo disminuir su malestar y niveles de depresión, contribuyen a disminuir el riesgo de duelo complicado tras la muerte del paciente (Schulz, Boerner y Herbert, 2008) y señalan la importancia de las intervenciones preventivas respecto al duelo. En este sentido, cuando el paciente fallece tras un enfermedad progresiva, parece adecuada la facilitación de aquellos aspectos que se consideran protectores para la resolución del duelo (Barreto y Soler, 2007), tales como la sensación de autoeficacia, competencia y utilidad en el cuidado del paciente, el autocuidado, las ideas de planificación de futuro, la flexibilidad mental frente a las dificultades presentes, anticipación de rituales de despedida, etc.

En relación con la intervención psicológica en el duelo complicado, una vez más el análisis topográfico y funcional de las conductas problema guiará nuestra intervención. Entre los objetivos fundamentales de nuestra labor estarían la potenciación de la realidad de la pérdida; ayudar a la reconstrucción de la representación del yo, de los otros y del mundo tras la pérdida; favorecer el establecimiento de una forma de relación con el fallecido que resulte adecuada en la situación actual; aumentar y reforzar las conductas adecuadas existentes; reducir las conductas desadaptativas e instaurar comportamientos potenciadores del bienestar emocional; reducir ruminaciones en general y pensamientos e imágenes intrusivos acerca del fallecido o las circunstancias de la muerte; reestructurar pensamientos distorsionados causantes de emociones excesivas en intensidad y/o duración; evitar que se reviva el trauma en caso de muertes especialmente «traumáticas» trabajando los aspectos específicos de la pérdida, así como reestablecer de forma adecuada la relaciones alteradas.

Muchas de las técnicas de intervención recomendadas anteriormente para el abordaje de los trastornos adaptativos serían de utilidad en el tema que nos

ocupa (las estrategias de solución de problemas, el entrenamiento en habilidades de comunicación, las estrategias de autocontrol, así como la prevención de recaídas son algunas de ellas). Las técnicas derivadas del condicionamiento clásico y operante, la reestructuración cognitiva y los ensayos conductua-

les, son con frecuencia utilizadas en el abordaje del duelo. También han mostrado su utilidad las técnicas constructivistas, tales como la utilización de biografías, caracterizaciones de la pérdida, cartas que no se envían, escritura de diarios..., que se recogen en un trabajo anterior (Barreto y Soler, 2007).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, C. (2000). La comunicación con la familia del paciente en fase terminal. La conspiración de silencio. En M. Die Trill y E. López Imedio (ed.), *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos* (pp. 93-96). Madrid: Ades.
- APA (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P. y Bayés, R. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel.
- Barreto, M. P. (2002). Palliative Care. En Ballesteros, R. F. (ed.), *Encyclopedia of psychological assessment* (pp. 671-674). London: Sage Publications.
- Barreto, M. P. y Martínez, E. (2000). Cuidados paliativos. En R. Fernández (dir.), *Gerontología Social* (pp. 581-596). Madrid: Pirámide.
- Barreto, M. P. y Martínez, E. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en enfermos terminales. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II* (pp. 243-254). Madrid: Pirámide.
- Barreto, M. P. y Soler, C. (2007). *Muerte y duelo*. Madrid: Síntesis.
- Barreto, M. P., Pérez, M. A. y Molero, M. (1998). La comunicación con la familia. Claudicación familiar. En E. López Imedio (ed.), *Enfermería en cuidados paliativos*. Madrid: Médica Panamericana.
- Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.
- Beck, J. S. (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Madrid: Gedisa.
- Botella, C., Baños, R. M. y Guillén, V. (2008). Una propuesta de tratamiento para los trastornos adaptativos: creciendo en la adversidad. En C. Vazquez y G. Hervás (eds.), *Psicología Positiva Aplicada*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Caballo, V. E. e Irurtia, M. J. (2008). Entrenamiento en habilidades sociales. En F. J. Labrador (coord.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 573-592). Madrid: Pirámide.
- Carrasco, M. J. (2008). «Técnicas de autocontrol». En F. J. Labrador (coord.), *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Centeno, C. y Núñez, J. M. (1998). Estudios sobre la comunicación del diagnóstico de cáncer en España. *Medicina Clínica*, 110, 744-750.
- Conselleria de Sanitat (2010). *Información al paciente: el cuidado a las personas con enfermedad avanzada. Sugereencias y orientaciones*. Generalitat.
- D'Zurilla, T. J. y Nezu, A. M. (2007). *Problem solving therapy. A positive approach to clinical intervention*, 3.^a ed. Nueva York: Springer Publishing.
- García-García, J. A. et al. (1995). Adaptación a nuestro medio del Inventario Texas Revisado de Duelo. *Medicina paliativa*, 2, 197-198.
- García-García, J. A. et al. (2001). Inventario de Experiencias en Duelo (IED): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención primaria*, 27, 86-93.
- Googins, J. C. (1999). Forum on ethics. The conspiracy of silence. *Tex-Med.*, 95(3), 30-32.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos (2008). *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Versión completa* [Internet]. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N.º 2006/08.
- Kissante, D. W. y Lichtenthal, W. G. (2008). Family focused grief therapy: from palliative care into bereavement. En M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut y W. Stroebe (eds.), *Handbook of bereavement research and practice*. Washington, pp. 485-510.
- Kroen, W. C. (2002). *Cómo ayudar a los niños a afrontar la pérdida de un ser querido (un manual para adultos)*. Barcelona: Oniro.

- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Luecken, J. L. (2008). Long-term consequences of parental death in childhood: psychological and physiological manifestations. En M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut y W. Stroebe (eds.), *Handbook of bereavement research and practice* (pp. 397-416). Washington.
- Meseguer, C. y Cortés-Funes, F. (2000). Intervención psicológica con la familia del enfermo en fase terminal. En M. Die Trill y E. López-Imedio (ed.), *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y familia* (pp. 457-472). Madrid: Ades.
- Neimeyer, R. A. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.
- Raphael, B., Minkov, C. y Dobson, M. (2001). Psychotherapeutic and pharmacological intervention for bereaved persons. En M. S. Stroebe et al. (eds.), *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care*. American Psychological Association. Washington, pp. 587-612.
- Ruiz-Benítez, M. y Coca, M. (2008). 11. El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales. *Psicooncología*, 5(1), pp. 53-69.
- Saavedra, G. y Barreto M. P. (2008). Frail elderly and palliative care. *Psicothema*, 20(3), 571-576.
- Saavedra, G., Albert, R. y Barreto, P. (1997). La labor asistencial del psicólogo en cuidados paliativos. *C. Med. Psicosom.*, 44, 19-25.
- Sanders, C. M., Mauger, P. A. y Strong, P. N. (1985). *A manual for the Grief Experience Inventory*. North Carolina: The Center for the Study of Separation and Loss.
- Sanders, P. (1990). *Let's Talk About Death and Dying*. London: Aladdin Books.
- Schulz, R., Boerner, K. y Hebert, R. S. (2008). Caregiving and bereavement. En M. S. Stroebe, R. O., Hansson, H. Schut y W. Stroebe (eds.), *Handbook of bereavement research and practice* (pp. 265-285). Washington.
- Soler, M. C. (2002). *Estudio sobre la implantación de la atención al duelo en el estado español. Construcción de un instrumento de evaluación y programa de intervención*. Memoria de Investigación de la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud.
- Stedeford, A. (1988). *Facing deaths. Patients, families and professionals*. Oxford: Heinemann Medical Books.
- Suinn, R. M. y Richardson, F. (1971). Anxiety management training: a nonspecific behavior therapy program for anxiety control. *Behavior Therapy*, 2, 498-510.
- Van der Klink, J. L. J., Blonk, R. W. B., Schene, A. H. y van Dijk, F. J. (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 429-437.
- Weisinger, H. (1989). *Técnicas para el control del comportamiento agresivo*. Barcelona: Martínez Roca.

La detección de trastornos de salud mental por el psicólogo de familia

19

MANUEL MUÑOZ
BERTA AUSÍN
ELOÍSA PÉREZ-SANTOS

19.1. SALUD MENTAL E INTERVENCIÓN FAMILIAR

La relación entre funcionamiento familiar y salud mental ha sido objeto de un gran número de trabajos de investigación durante las últimas décadas, los cuales han puesto de manifiesto el papel que puede jugar la familia en la génesis, mantenimiento y superación de la enfermedad mental (Sartorius, Leff, López-Ibor, Maj y Okasha, 2005; Patterson, Williams, Edwards, Chamow y Grauf-Grounds, 2009). Las perspectivas tradicionales en las que el funcionamiento familiar se situaba con frecuencia en el origen de la enfermedad mental —por ejemplo «madre o familia esquizofrénica», «madre precursora del autismo» u otros factores psicológicos supuestamente relacionados causalmente con la aparición de enfermedades¹— han sufrido una profunda revisión que ha revestido la investigación de una mayor complejidad y ha dotado a la Psicología Clínica de un mejor conocimiento de las relaciones existentes entre los comportamientos asociados a cada trastorno y los comportamientos de los miembros de la familia (manejo de emociones, expresión emocional, estilos de apego, etc.) (Beach, Jones y Franklin, 2010; Gross, 2007; Miklowitz, 2008). También se ha avanzado en el reconocimiento de la carga psicológica que supone una enfermedad mental para toda la familia en su papel de cuidadores (Magliano et al., 1998; Crespo y López, 2007). Además, estas vi-

siones psicológicas han sido acompañadas por perspectivas biológicas que inciden en el papel de la genética y de otros factores biológicos en el origen de la enfermedad mental (Surgeon General, 2000).

Por otra parte, el conocimiento de los trastornos psicológicos ha mejorado de forma sustancial en los últimos 20 años, y en la actualidad se dispone de instrumentos de detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento eficaces para una mayoría de trastornos mentales (Nathan y Gorman, 1998; Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000; APA, 2006; Hunsley y Mash, 2008). De acuerdo a los principales estudios epidemiológicos (ECA: Kessler et al., 1994; ESEMED: Alonso et al., 2004; WHO: Kessler y Ustun, 2008), casi una de cada cuatro personas sufrirá a lo largo de su vida algún trastorno de salud mental. Los trastornos más prevalentes son los relacionados con el estado de ánimo (alrededor del 21 por 100), de ansiedad (alrededor de un 28 por 100), uso de sustancias (alrededor del 15 por 100) y control de impulsos (alrededor del 25 por 100). Además, un 7 por 100 tendrá tres o más diagnósticos de salud mental. En el caso de los trastornos del estado de ánimo, una gran mayoría de afectados (88 por 100) no buscan ayuda profesional hasta un período que oscila entre los 6 y los 8 años desde la aparición de los primeros síntomas. En el caso de los trastornos de ansiedad, la cifra baja al 60 por 100 de personas que buscan ayuda y lo hacen aún más tarde, entre los 9 y los 23 años desde los primeros síntomas. La situación es algo distinta para

a las familias de culpa, de forma no sólo innecesaria y escasamente justificada, sino literalmente cruel y estigmatizante.

¹ Este hecho se ha constituido en uno de los mayores errores de la Psicología Clínica y ha cargado durante décadas

otros trastornos con menor conciencia de enfermedad; por ejemplo, en el caso de los trastornos por control de impulsos no llegan a la mitad de las personas afectadas las que buscan ayuda profesional (40 por 100). Es decir, son muchas las personas afectadas por los trastornos mentales y, de ellas, una parte importante no busca ayuda profesional o tarda en hacerlo un número importante de años.

Poniendo en relación ambas áreas de conocimiento, se llega a la conclusión de que es muy posible que en el seno de las familias que puedan asistir a un psicólogo de familia haya un número importante de personas afectadas por distintos trastornos de salud mental que, sin duda, mantienen alguna relación con el funcionamiento familiar, pero que, también sin duda, precisan de una atención específica, individual y especializada. Este hecho puede resultar especialmente importante cuando se trabaja con familias con problemas económicos serios, que pertenezcan a alguna minoría, que incluyan entre sus miembros personas mayores o que residan en ámbitos rurales o aislados, porque todos estos grupos tienden a tener más dificultades para pedir y conseguir ayuda.

Sin embargo, no todo es negativo, pues en algunas ocasiones la enfermedad mental es el detonante de procesos de superación de conflictos, dinamización de relaciones y cohesión familiar. La función del psicólogo de familia puede llegar a ser determinante para inclinar la balanza del lado positivo y conseguir prevenir, minimizar el impacto y ayudar a superar los trastornos psicológicos de la forma más rápida y adaptativa posible por las personas afectadas y sus familias. Para afrontar esta tarea con éxito, el psicólogo de familia debe, en primer lugar, tener un conocimiento claro de los principales síntomas y efectos en el comportamiento de los trastornos mentales y, en segundo lugar, de disponer de las herramientas adecuadas para su detección. De este modo, el psicólogo de familia deberá mantener una relación constante con los diferentes aspectos de la salud mental de todos los miembros de la familia. La atención a los posibles problemas de salud mental debe ser una constante en la atención familiar que tiene como principales tareas: la **detección** de los posibles trastornos; la **derivación** a los profesio-

sionales de salud mental para un diagnóstico, evaluación y tratamiento adecuados; el **apoyo** a los tratamientos —psicológicos o psiquiátricos— una vez iniciados; la **activación** de todos los recursos familiares para la superación del problema o la reducción de daños en los trastornos crónicos y, en definitiva, la reducción del impacto de la enfermedad mental en la persona afectada y en toda la familia.

19.2. DETECCIÓN DE TRASTORNOS DE SALUD MENTAL EN LA INTERVENCIÓN FAMILIAR

En el presente capítulo el interés se centra en el papel que juega el psicólogo de familia en la detección de los posibles trastornos de salud mental de los integrantes de la unidad familiar. En este sentido, es necesario definir qué se entiende por detección y señalar las distintas tareas para desarrollar una detección temprana y de calidad en cualquier momento de la intervención familiar.

19.2.1. Detección, diagnóstico y evaluación de trastornos psicológicos

Al abordar las labores necesarias para la detección de los trastornos psicológicos, un primer punto importante es el de distinguir entre *detección*, *diagnóstico* y *evaluación* de los trastornos mentales. Empezando por los aspectos más complejos, actualmente la *evaluación* en Psicología Clínica se entiende como un proceso (Silva, 1989; Muñoz, 2003; Fernández Ballesteros, 2004; Weiner, 2003; Sattler y Hoge, 2005) que implica distintos ejes, momentos y tareas, que se organiza mediante la metodología científica y que tiene como principal objetivo la planificación del tratamiento (Muñoz, 2003; 2008). Es decir, se trata de un proceso de amplio espectro que emplea distintas técnicas y estrategias para determinar el diagnóstico y los elementos fundamentales para la planificación de un tratamiento. Igualmente, la evaluación no finaliza con el inicio del tratamiento, sino que se prolonga a lo largo del mismo y en la valoración del cambio y la eficacia durante los segui-

mientos. El *diagnóstico* en salud mental se entiende como la comprobación del cumplimiento o no de los criterios diagnósticos de una clasificación de trastornos de referencia para asignar una etiqueta diagnóstica (trastorno) con distintos objetivos clínicos.

En la actualidad, las clasificaciones generales de referencia son las DSM-IV-TR (APA, 2000) y CIE-10 (OMS, 1992) para todas las personas, y la DC:0-3R (ZERO TO THREE, 2005) para niños de 0 a 3 años, independientemente de que algunas asociaciones científicas propongan clasificaciones específicas para trastornos concretos, como por ejemplo la American Association on Intellectual and Developmental Disabilities para el retraso mental, que siempre requerirán una formación más específica del psicólogo en el trastorno concreto en cuestión y quedan más alejadas de los objetivos del presente capítulo. Por otro lado, la *detección* es una actividad bien distinta, que se desarrolla principalmente en estudios epidemiológicos y ámbitos de atención sanitaria y social no especializados en salud mental. Con la detección no se persigue una interpretación completa del caso, ni siquiera conocer si se cumplen o no unos criterios diagnósticos; solamente se intentan identificar posibles *casos positivos*, es decir, identificar personas que pudieran estar sufriendo o sufrir en un futuro próximo un trastorno de salud mental (The American Heritage Dictionary, 2007; Byrd y Alschuler, 2008). Puede distinguirse entre la detección de un posible «*caso*» y la de un posible «*trastorno*». Cuando se dice que se ha detectado un **caso**, quiere decirse que una persona dada tiene una probabilidad elevada de tener un trastorno de salud mental, pero no se puede especificar cuál, pues en muchas ocasiones ni siquiera de forma aproximada. Cuando se dice que se ha detectado —no diagnosticado— un **trastorno**, quiere decirse que una persona tiene una probabilidad alta de cumplir los criterios diagnósticos para un trastorno concreto o un grupo de trastornos relacionados, aunque tampoco en esta ocasión se contrasten todos los criterios diagnósticos del trastorno en cuestión. En la mayoría de las circunstancias la detección a realizar en una consulta de familia puede quedar en el primer nivel, *detección de posibles casos* de salud mental, pero también puede considerarse el hecho de que, al

menos para los trastornos más prevalentes, el psicólogo de familia pueda avanzar algo en la *detección de posibles trastornos* más probables.

19.2.2. Tareas y momentos en la detección de trastornos psicológicos en la intervención familiar

El enfoque general para una correcta detección de trastornos de salud mental no es distinto del seguido en los procesos de evaluación psicológica clínica más amplios, es decir, un modelo bio-psico-social que evalúe con distintas técnicas y estrategias las variables psicológicas del cliente, y se interese de igual modo por las variables biológicas y socioculturales que juegan un papel esencial en la génesis, desarrollo y mantenimiento de los trastornos de salud mental (Seligman, Walker y Rosenhan, 2000; Barlow y Durand, 2008). De forma más específica, en el marco de una intervención familiar, la detección de posibles problemas psicológicos puede hacerse en distintos momentos y mediante el uso de distintas estrategias y técnicas complementarias. En la figura 19.1 se ofrece un resumen de las tareas más relevantes para la detección de trastornos durante la intervención familiar y su posterior seguimiento. Se han añadido las principales variables y técnicas a considerar en cada caso.

Como puede observarse, se diferencian dos tipos de estrategias a la hora de detectar problemas de salud mental: una primera, más general, centrada en la identificación de probables casos de salud mental, y una segunda, más específica, centrada en la identificación de probables trastornos. Desde el punto de vista temporal, la detección debe llevarse a cabo al inicio de la evaluación y debe mantenerse durante toda la duración de la intervención familiar, de modo que se identifiquen los problemas lo antes posible, para poder devolver la información a la persona y a su familia y hacer una derivación a un especialista en salud mental que pueda llevar a cabo un diagnóstico y un proceso de evaluación completos. Si el resultado de dicha evaluación confirmase la presencia de un trastorno y la persona precisase de un tratamiento en salud mental, o si algún miembro de la familia ya estuviese recibiendo algún tra-

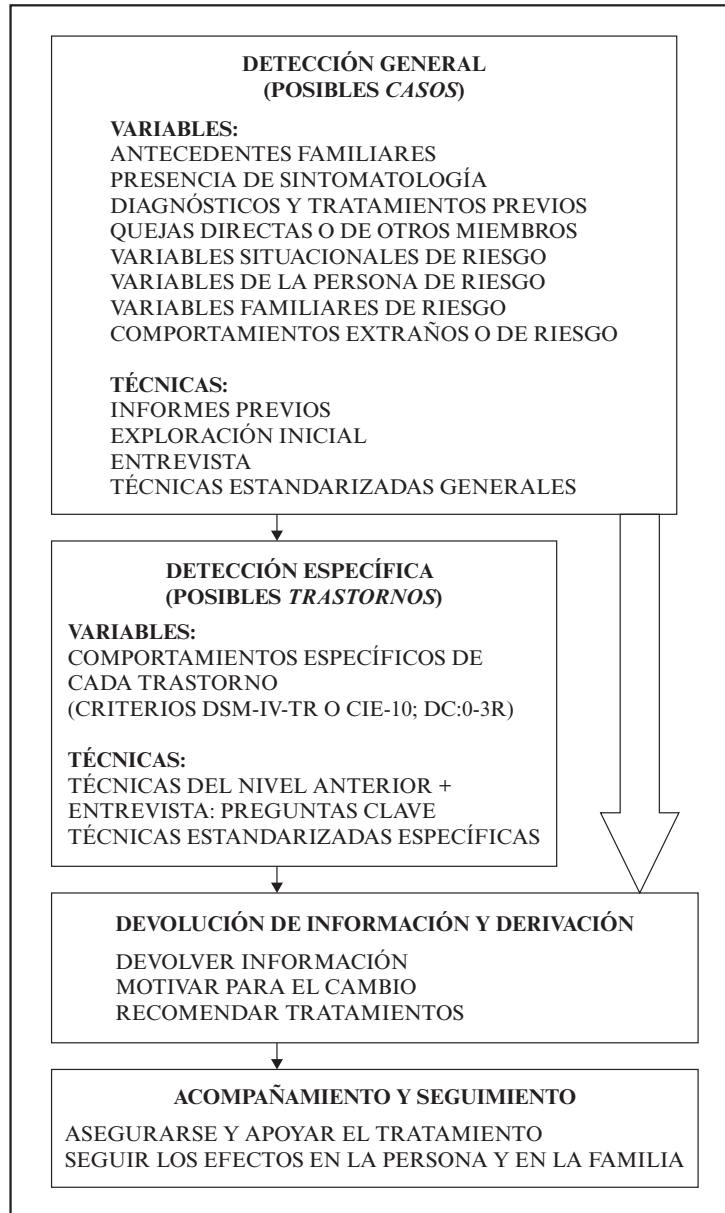


Figura 19.1.—Tareas y herramientas relacionadas con la detección de trastornos de salud mental por el psicólogo familiar.

tamiento de este tipo, el psicólogo de familia debe estar preparado para hacer un seguimiento lo más ajustado posible a la persona implicada y a toda la

familia para implementar la eficacia de la intervención en salud mental y reducir el impacto personal y familiar del trastorno.

19.2.3. Criterios de calidad en la detección

A diferencia de los procesos de evaluación psicológica clínica, en los que el criterio de calidad por excelencia es la *validez de constructo* de la hipótesis explicativa del caso (Haynes y O'Brien, 2000; Muñoz, 2003; 2008; Silva, 1989), la calidad de la detección se fundamenta en la *validez de criterio*, es decir, en la calidad (siempre probabilística) con la que una determinada prueba o estrategia acierta cuando dice que una persona tiene, o no, un trastorno mental. En el ámbito de la detección y diagnóstico, la validez de criterio viene definida de forma operativa por los criterios de *sensibilidad* y *especificidad* de las pruebas, definiendo cada concepto como sigue:

- *Sensibilidad*: Porcentaje de personas con trastornos que se clasifican correctamente (verdaderos positivos).
- *Especificidad*: Porcentaje de personas sin trastornos que se identifican correctamente (verdaderos negativos).

En términos generales, las pruebas de detección deben disponer de una alta sensibilidad, para detectar el mayor número de casos posible. Si hay que cometer errores que sean de falsos positivos, ya que la evaluación detallada posterior se encargará de identificarlos, mientras que si alguna persona queda sin detectar (falso negativo) no va a ser evaluada y, por tanto, el trastorno permanecerá oculto, y sin atención, durante más tiempo.

Por otra parte, la detección es una tarea que se realiza con mucha mayor rapidez y, consecuentemente, mucha menor precisión que el diagnóstico y la evaluación. Además, hay que advertir que las personas detectadas como positivas en una prueba determinada no necesariamente sufren el trastorno; solamente tienen una probabilidad mayor de sufrirlo, de acuerdo a los distintos niveles de calidad de las pruebas (que no siempre son excelentes, por cierto). Es decir, en general la detección tiende a señalar muchos posibles problemas en muchas personas, llegando a ofrecer una visión distorsionada de la realidad si se interpreta de forma errónea o simplista. Por tanto, los resultados de las herramientas de

detección deben tomarse con precaución, pues generalmente no significan más que la conveniencia de llevar a cabo un diagnóstico y un proceso de evaluación psicológica más completos y precisos para descartar o confirmar el problema detectado (Byrd y Alschuler, 2008; Santos-Olmo, De Vicente, Pérez-Santos y Muñoz, 2005).

19.3. DETECCIÓN DE UN «CASO» DE SALUD MENTAL DURANTE LA INTERVENCIÓN FAMILIAR

La detección de posibles casos clínicos debe llevarse a cabo al principio de la relación con el cliente, es decir, durante la *evaluación inicial* de la intervención familiar, para poder ajustar la intervención a las necesidades de las personas con trastornos psicológicos. Sin embargo, es posible que no se detecten algunos problemas al inicio de la evaluación, o que ni siquiera existieran al inicio y aparezcan durante el período de intervención familiar. Por ello, es preciso que la detección de casos se prolongue y abarque a toda la *intervención familiar*. Es decir, el psicólogo de familia debe estar siempre atento a los signos e indicadores de posibles trastornos de salud mental que pudieran ir apareciendo a lo largo de la intervención en los distintos miembros de la unidad familiar.

Para facilitar las tareas de detección de casos clínicos por parte del psicólogo de familia, a continuación se especifican, en primer lugar, las variables relacionadas con los trastornos mentales que pueden ofrecer indicios y primeras pistas y a las que hay que prestar una atención especial. Y, en segundo lugar, las principales técnicas o estrategias diseñadas para detectarlas y que, por su sencillez y calidad, pueden resultar de utilidad en un proceso de intervención familiar.

19.3.1. Principales variables a evaluar

El primer paso para la detección de posibles casos de salud mental es el de saber dónde y cuándo centrar la atención en los diferentes momentos del

proceso de intervención familiar. Se trata de conocer y ser capaz de identificar las situaciones, momentos vitales y los comportamientos más relacionados con la aparición de los trastornos mentales. La investigación psicopatológica y epidemiológica de los últimos años ha ido acumulando evidencia respecto a la relación de algunos sucesos, momentos vitales y comportamientos con la aparición de trastornos psicológicos (Calsyn y Morse, 1992; Meichenbaum y Fitzpatrick, 1993; Muñoz, Panadero, Pérez Santos y Quiroga, 2005; McLaughlin y Hatzenbuehler, 2009).

Se trata de *situaciones de riesgo* en las que, si bien no se generan siempre trastornos mentales, está bien establecida su relación con los mismos, por ejemplo la exposición a situaciones traumáticas. De forma paralela, hay que prestar una atención especial a las personas que pasan por *momentos vitales* delicados (de carácter biológico, psicológico o social), por ejemplo la adolescencia o la jubilación, de los que su relación con la aparición de trastornos está suficientemente documentada. Finalmente, se han identificado *comportamientos* que, sin ser síntomas específicos de ningún trastorno mental, mantienen una relación directa con los mismos, generalmente como comportamientos de riesgo o como consecuencias de los trastornos. En la mayoría de los casos es difícil establecer la dirección de la relación; por ejemplo, algunos comportamientos pueden ser a la vez comportamientos de riesgo para unos trastornos y consecuencias para otros (por ejemplo, abuso de alcohol o acumulación de enseres en la vivienda), pero siempre son informativos de posibles problemas.

Para facilitar estos primeros pasos en la detección, a continuación se resumen las situaciones, momentos y comportamientos relacionados de forma más clara con la aparición de trastornos mentales (en especial con los trastornos más prevalentes) o relacionados de forma más general con la enfermedad mental en su afectación global a la persona. El psicólogo familiar debe tener presente que la información que se ofrece a continuación siempre será incompleta y probablemente parcial, de forma que es preciso que el psicólogo de familia disponga de unos conocimientos básicos sobre la psicopatología y las principales variables y modelos implicados en

los principales trastornos mentales para poder llevar a cabo una detección de los casos con ciertas garantías de calidad.

19.3.1.1. Situaciones de riesgo

Las principales situaciones que se han relacionado con la aparición o agravamiento de los trastornos mentales han sido las denominadas situaciones estresantes o *sucesos vitales estresantes*. En la mayoría de los casos no existe una información que demuestre la relación causal del suceso con un trastorno determinado; por ello, la conceptualización actual hace hincapié en los sucesos vitales estresantes como coadyuvantes de la génesis o del agravamiento del trastorno en colaboración con otras variables biológicas y psicológicas.

Son situaciones especialmente relevantes para las personas que tienden a generar dificultades en la mayoría de los casos y que en algunas ocasiones consiguen superar los recursos personales y sociales y desequilibrar a la persona en sus procesos de afrontamiento del estrés (Sarason, Johnson y Siegel, 1978; Lazarus y Folkman, 1984; Lazarus, 1999). En esas ocasiones aumentan las probabilidades de sufrir un trastorno mental. Un buen resumen de este tipo de sucesos en la población española lo constituye el listado de los sucesos vitales más relevantes considerados por González de Rivera y Morera (1983), que incluye 40 sucesos potencialmente estresantes derivados del instrumento original de Holmes y Rahe (1967). En la tabla 19.1 se recogen los sucesos con un impacto mayor a 60 sobre 100, encontrados por dichos autores en muestras españolas.

Finalmente, hay que resaltar cómo el riesgo aumenta de forma exponencial en distintas situaciones: una de ellas es al coincidir varios sucesos vitales en períodos temporales pequeños (por ejemplo, varias muertes o una suma casual de sucesos en poco tiempo); una segunda puede ocurrir en procesos de cambio que implican cambios de rol y cambios situacionales y culturales (por ejemplo, la emigración, una ruptura familiar, etc.); una tercera puede verse cuando los sucesos se mantienen durante mucho tiempo (por ejemplo, desempleo de larga duración o enfermedades crónicas propias o de un familiar). La

TABLA 19.1
Sucesos con impacto mayor al 60 por 100
 (González de Rivera y Morera, 1983)

Impacto	Suceso
90-100	Muerte del cónyuge.
80-90	Quedarse sin trabajo. Despido. Problema legal grave que pueda terminar en encarcelamiento. Repentino y serio deterioro de la audición o la visión.
70-80	Aborto no provocado. Dificultades en la educación de los hijos. Muerte de un familiar cercano. Separación de los padres (cuando se convive con ellos). Problemas relacionados con el alcohol o las drogas. Enfermedad prolongada que requiere tratamiento médico.
60-70	Matrimonio. Reconciliación. Embarazo deseado o no. Dificultades sexuales. Enfermedad o mejoría de un familiar cercano (convivencia). Hijos lejos del hogar. Préstamo o hipoteca importante. Reducción importante de ingresos (-25 por 100). Enfermedad o accidente que requiera guardar cama. Muerte de un amigo.

mayoría de las situaciones mencionadas pueden afectar a todos los miembros de la familia por igual; sin embargo, hay situaciones más específicas que pueden afectar en mayor medida según la edad y desarrollo madurativo de cada persona. Por ejemplo, un cambio de colegio de un niño es probable que no afecte a los adultos de la familia, pero tenga un impacto importante que, en ocasiones, pueda llegar a influir en la salud mental del más afectado (el niño).

Por otra parte, las situaciones con gran impacto en la vida de las personas no siempre producen resultados negativos, sino que en muchas ocasiones el impacto es positivo. Esto es verdad incluso para situaciones potencialmente muy estresantes, como por ejemplo el fallecimiento de un miembro de la familia, que producen un cataclismo inicial, un proceso de duelo sentido o un recuerdo para toda la vida, pero que en la mayoría de los casos no generan trastornos de salud mental en los miembros de la familia. La atención especial en estas situaciones por parte del psicólogo de familia, además de ayudar a detectar problemas psicológicos, debe sobre todo potenciar el afrontamiento, el apoyo y la resiliencia de la familia en conjunto y de cada miembro en particular.

19.3.2. Momentos vitales de riesgo

Existen otros momentos vitales que, sin configurarse como situaciones estresantes concretas, también pueden llegar a generar riesgos para la salud mental de la persona. Se trata de momentos vitales de cambio asociados al desarrollo personal, familiar o social: cambios biológicos como la adolescencia o la menopausia, cambios de rol en la familia como la maternidad o la separación, o cambios de rol de carácter social como la jubilación. Obviamente, algunos de estos cambios pueden asociarse entre sí. Un ejemplo lo puede constituir la maternidad, que acumula cambios biológicos, psicológicos, familiares y, a veces, sociales; por ejemplo, si la mujer abandona la vida laboral.

Desde un punto de vista del desarrollo, existen momentos previos a la existencia de la persona que pueden llegar a jugar un papel en la aparición posterior de trastornos mentales. Son los agrupados en los *antecedentes familiares* de enfermedad mental. En la actualidad, resulta evidente que si la persona cuenta con antecedentes familiares directos de enfermedad mental, la probabilidad de sufrirla en primera persona a lo largo de la vida aumenta.

En lo directamente relacionado con el desarrollo del *ciclo vital de la persona*, deben considerarse, al menos, los cambios biológicos que reúnen las ocasiones de riesgo más frecuentes. En la tabla 19.2 se resumen los más importantes.

TABLA 19.2

Cambios biológicos con riesgo de aparición de trastornos psicológicos

Inicio de la niñez.
Inicio de la adolescencia y desarrollo sexual.
Primera juventud.
Crisis de madurez.
Menopausia/andropausia.
Vejez.
Accidentes y enfermedades a cualquier edad.
Discapacidad sobrevenida a cualquier edad.
Uso de sustancias con efectos psicológicos a cualquier edad.

Como puede observarse, se trata de momentos vitales por los que pasan todas las personas, la mayoría sin generar problemas o trastornos psicopatológicos. Sin embargo, son momentos de riesgo en los que tiende a aumentar la frecuencia de aparición de trastornos. Por ejemplo, el autismo presenta sus primeros síntomas en la infancia, muchas psicosis, trastornos de pánico o de alimentación inician sus primeras crisis en la última adolescencia-primer juventud, mientras que trastornos asociados a déficits cognitivos severos tienden a ser más frecuentes con el aumento de la edad.

Desde un punto de vista familiar, la Organización Mundial de la Salud señaló en 1978 (OMS, 1978) las principales etapas del ciclo de vida familiar. Son etapas que se presentan en la mayoría de las culturas y que son vividas por la mayoría de las familias. Como en el punto anterior, en la mayoría de los casos las familias pasan por estas fases con mayor o menor dificultad, pero sin llegar a generar procesos psicopatológicos en sus integrantes. Pero también es cierto, coincidiendo con el punto anterior otra vez, que muchos de los problemas de salud mental de las personas tienden a aparecer o agravarse en alguno de esos momentos de transición. En la tabla 19.3 se especifica la clasificación del ciclo vital de la OMS (1978) y se señalan algunas situaciones especialmente delicadas para la salud mental.

Finalmente, también puede identificarse un cierto *ciclo social* en la vida de las personas que, aunque

menos definido que los anteriores, parece disfrutar de una regularidad en muchos ámbitos culturales. Quizá los cambios sociales que han reunido un mayor consenso son los momentos vitales asociados a la formación y la vida laboral por un lado, y a los cambios de residencia por otro. En lo relativo a la formación y vida laboral, el inicio del colegio, los cambios de colegio o de ciclo educativo, el primer trabajo, los cambios de trabajo (cambios, ascensos) y en especial el desempleo y la jubilación suponen etapas asociadas a distintos roles sociales que pueden generar problemas de adaptación que hacen aumentar la probabilidad de trastornos psicológicos. Los cambios de residencia vinculados a la independencia de los padres, a la vida en pareja o en otras comunidades (religiosas, etc.) o a la vuelta a la casa de los padres (si se diera el caso), pueden suponer también momentos vitales de especial riesgo.

TABLA 19.3

Momentos de la vida familiar con riesgo de aparición de trastornos psicológicos (OMS, 1978)

- | |
|---|
| I. Formación: inicio de las relaciones de pareja, inicio de la convivencia. |
| II. Extensión: nacimiento/adopción del primer hijo. |
| III. Extensión completa: nacimiento/adopción de resto de hijos. Hijos adolescentes y jóvenes. |
| IV. Contracción: el primer hijo deja el hogar. |
| V. Contracción completa: el último hijo deja el hogar. |
| VI. Disolución: muerte de uno de los miembros de la pareja |

Casos especiales: muerte (enfermedad grave) de los padres, muerte (enfermedad grave) de los hijos, hijos que vuelven, convivencia con abuelos, convivencia con hijos casados, convivencia con nietos y divorcios.

19.3.2.1. *Comportamientos*

Al estudiar los comportamientos presentes en cualquier trastorno mental se pueden identificar distintos tipos con diferentes valores funcionales.

En primer lugar, se identifican los comportamientos incluidos en la propia *definición del trastorno* (cri-

terios diagnósticos del Eje I en el DSM-IV-TR o en la CIE-10); por ejemplo, los pensamientos repetitivos y causantes de malestar en el trastorno obsesivo-compulsivo, los atracones en la bulimia, etc. Son comportamientos muy concretos y bien definidos para cada trastorno, y para su identificación generalmente se precisará de una formación clínica avanzada o/y de instrumentos específicos más especializados.

En segundo lugar, existen comportamientos *generales* que no llegan a definir un trastorno específico, pero que, sin embargo, se encuentran presentes en muchos de ellos y resultan afectados desde los primeros momentos. Son comportamientos relacionados con el funcionamiento psicosocial de la persona, que generalmente sufre un déficit importante ante la aparición de la mayoría de los trastornos, especialmente de los graves (por ejemplo, Eje V del DSM-IV-TR o Eje III de la CIE-10). La investigación ha ido identificando distintos comportamientos relacionados con los principales trastornos y, en muchas ocasiones, ha propuesto especificaciones de acuerdo a los distintos grupos de edad (niños, adolescentes, adultos y mayores) y género. Este tipo de comportamientos, aunque menos informativos que los anteriores, resultan de especial importancia a la hora de tratar de identificar o detectar la presencia de posibles casos o la próxima aparición de trastornos. Por ejemplo, una bajada brusca en el rendimiento escolar puede relacionarse con distintos problemas psicológicos del niño, o la pérdida o ganancia de peso en poco tiempo sin dietas aparentes puede relacionarse con trastornos de alimentación o del estado de ánimo.

En tercer lugar, las *situaciones y momentos* resumidos en los puntos anteriores pueden asociarse a comportamientos concretos potencialmente patológicos (específicos para cada trastorno), o más generales relacionados con distintas patologías posibles (compartidos por distintos trastornos).

Cualquiera de estos comportamientos son siempre indicadores válidos de posibles problemas psicológicos y justifican con su mera aparición una exploración psicológica más detenida. En la tabla 19.4 se incluyen algunos de los principales comportamientos generales identificados por su relación con los trastornos mentales, mientras que algunos

de los más específicos de cada trastorno se verán en el punto siguiente del presente capítulo.

TABLA 19.4

Comportamientos indicativos de posible trastorno psicológico

- Quejas propias o de otros miembros de la familia respecto a distintas sensaciones o comportamientos.
- Presencia de sintomatología.
- Aparición de problemas de funcionamiento psicosocial en cualquier ámbito de actividad de la persona (familia, social, laboral o estudios, vivienda, económico, social, ocio, etc.).
- Cambios en el sueño.
- Cambios en la comida y/o en el peso.
- Cambios en el funcionamiento cognitivo (memoria y funciones ejecutivas).
- Cambios en la libido y funcionamiento sexual.
- Cambios en la actividad física.
- Cambios en comportamientos de riesgo para la salud (fumar, beber, etc.).
- Cambios en el estado de ánimo (llanto, tristeza, super-excitación, etc.).
- Activación fisiológica elevada y/o sensaciones de cansancio, fatiga, etc.
- Sensaciones de dolor no justificadas por condiciones médicas.
- Aislamiento social.
- No salir de casa o hacerlo con mucha menor frecuencia.
- Aumento de la irritabilidad. Discusiones más frecuentes de lo habitual difíciles de justificar por sucesos externos.
- Comportamientos extraños o bizarros.
- Descuido del arreglo personal y la higiene.
- Pérdida de autonomía personal o sensaciones de discapacidad.

19.3.3. Principales técnicas

Las situaciones, momentos y comportamientos revisados pueden —y deben— identificarse a lo largo del proceso de evaluación o de intervención familiar. Para ello, el psicólogo de familia cuenta con las herramientas y habilidades propias de su forma-

ción, la mayoría de ellas revisadas en el presente volumen. Sin embargo, para ayudar a completar esta labor más fácilmente y con mayores probabilidades de éxito, pueden señalarse algunas estrategias provenientes del ámbito clínico que han demostrado su utilidad y calidad para la detección de trastornos mentales por profesionales no expertos en salud mental (v.g., atención primaria, atención social). La revisión de informes clínicos previos, la exploración inicial y otras estrategias de entrevista y algunas técnicas estandarizadas de detección general de casos clínicos pueden optimizar el arsenal del psicólogo de familia en éste ámbito.

19.3.3.1. Informes previos

Una primera recomendación es la de instar al psicólogo de familia a solicitar todos aquellos informes previos sobre la salud mental de los integrantes de la familia que considere convenientes. Siempre que sea posible, antes de la evaluación inicial ya se debería contar con aquellos posibles informes que otros profesionales pudieran haber redactado sobre la familia o alguno de sus miembros. Se trata de informes sociales, psicológicos, médicos, etc., que puedan tener alguna relevancia en los problemas actuales de la familia y que nos ofrezcan pistas sobre posibles trastornos previos o de inicio anterior a la consulta actual. A falta de informes previos, resulta conveniente que el psicólogo de familia considere la inclusión de preguntas al respecto en los primeros momentos de la evaluación inicial.

19.3.3.2. Exploración inicial

La exploración inicial es una herramienta que agrupa un conjunto de estrategias dirigidas a la detección de problemas psicológicos empleada en todo proceso de evaluación psicológica. El psicólogo mantiene la exploración inicial activa a lo largo de todo el proceso de evaluación e incluso de tratamiento. De este modo, se identifican los comportamientos iniciales y se monitorizan los cambios, esperados o no, que ocurren en el proceso de intervención clínica. Mediante estrategias de observación, conversación y exploración se recoge en todo

momento información de las principales variables de funcionamiento cognitivo y psicológico (Othmer y Othmer, 2006), como son: apariencia personal, nivel de conciencia, comportamiento psicomotor, atención, concentración, lenguaje, pensamiento, orientación espacio-temporal, memoria, afecto, estado de humor, energía, percepción, contenido del pensamiento, introspección, juicio, funcionamiento psicosocial, sugestionabilidad, pensamiento abstracto e inteligencia.

El psicólogo de familia deberá emplear la exploración inicial en los primeros momentos de los procesos de evaluación y mantener esas estrategias activas a lo largo de toda la intervención familiar. De forma añadida a los comportamientos no clínicos que pueda interesar monitorizar al psicólogo familiar en cada caso, resulta obvio que esa exploración puede poner de manifiesto distintos comportamientos de contenido clínico relacionados con los trastornos mentales. Comportamientos que darán paso a procedimientos de detección algo más específicos como pueden ser la entrevista o pruebas estandarizadas de detección.

En la tabla 19.5 se incluye un resumen de las principales tareas de la exploración inicial señaladas por el autor en otro lugar (Muñoz, 2003; 2008).

Como se observa en la tabla 19.5, los métodos de observación, conversación y exploración se organizan de modo secuencial. Es decir, el psicólogo primero observa, luego introduce una pequeña conversación (pero sigue observando) y, finalmente, si lo estima conveniente, explora mediante preguntas y técnicas estandarizadas más específicas.

La *observación* de cambios importantes en cualquiera de las variables incluidas puede relacionarse con una mayor probabilidad de aparición de un trastorno psicológico. Por ejemplo, cambios en la apariencia personal, en la alimentación o en la higiene personal o del hogar. Igualmente, los distintos trastornos tienden a afectar enseguida al nivel de conciencia de forma significativa. Ejemplos típicos pueden ser la frecuente letargia de los estados depresivos y de los abusos de sustancias o el estupor creado por los trastornos de ansiedad, de somatización, esquizofrenias, demencias y otros trastornos cognitivos. El tipo de contacto ocular y la expresión facial son

TABLA 19.5

La exploración inicial (Muñoz, 2008)

Incluye tres métodos complementarios para evaluar una serie muy completa de variables. Puede ser empleada en la primera entrevista y en los comienzos de todas las demás, como estrategia de evaluación continuada del cambio y de detección de posibles problemas.

A) Observación: Deben observarse las siguientes variables:

- Apariencia física (género, edad, grupo étnico, estado nutricional, higiene, vestido, etc.).
- Nivel de conciencia.
- Actividad psicomotora (postura, movimientos, contacto ocular, etc.).

B) Conversación: Se utiliza una conversación de apariencia coloquial y breve (un par de minutos) para evaluar posibles problemas en las siguientes variables: atención, lenguaje, pensamiento, orientación témporo-espacial, memoria a corto, largo plazo y biográfica y estado y expresión afectiva.

C) Exploración: En función de los dos pasos anteriores, puede decidirse la utilización de una exploración más sistemática, pero igualmente breve. En el caso del psicólogo de familia, esta exploración puede incluir las labores y pruebas de detección abordadas en este capítulo. Las principales variables a medir son:

- Alteraciones del estado de ánimo o emocionales.
- Variables de la persona como nivel de energía y percepción.
- El flujo y el contenido del pensamiento del paciente.
- La capacidad de introspección que demuestre la persona, y muy especialmente la conciencia de enfermedad que tenga en el momento de la entrevista.
- La valoración de la capacidad de juicio que presenta el paciente al acudir a la consulta.
- Posibles dificultades asociadas a trastornos de la inteligencia o cognitivos.
- Comportamientos relacionados con trastornos psicológicos o mentales.

claros indicadores de diversos problemas y estados emocionales y afectivos que pueden dar indicios de la presencia de trastornos.

Durante la *conversación* con el cliente, puede aprovecharse para continuar la observación emprendida e ir introduciendo aspectos relacionados con el examen del estado mental. Mientras se hacen preguntas como: ¿qué tal ha encontrado usted nuestra dirección?, ¿ha venido usted solo o acompañado?, ¿le ha resultado fácil aparcar? Podemos evaluar la orientación espacio-temporal del paciente, el lenguaje que emplea, el flujo que parece correr su pensamiento, el nivel de atención que demuestra, la concentración que es capaz de mantener, la memoria a corto y largo plazo y el estado emocional y control afectivo entre otros aspectos. De esta forma, el psicólogo de familia debe disponer de un arsenal de preguntas aparentemente triviales que puedan apor-

tar información sobre las características a evaluar. En cada caso, tendrá que decidir cuáles utilizar y cuáles no resultan necesarias, cuáles se ajustan más al paciente y a la situación concretas y cuáles podrían ser inadecuadas o inspirar suspicacia o desconfianza en el paciente.

Si con la observación y la conversación se identificara algún signo relacionado con la probabilidad de sufrir un trastorno psicológico, el psicólogo de familia debe hacer un esfuerzo más para llevar a cabo una breve *exploración* que ayude a detectar el posible problema. La exploración suele implicar el establecimiento del funcionamiento cognitivo básico de la persona o estado mental. Para ello se recomienda la utilización de pruebas estandarizadas que permiten establecer de forma sencilla, rápida y con calidad la existencia de problemas importantes en este ámbito. Quizá el mejor ejemplo de este tipo de

pruebas lo constituya el Mini Examen del Estado Mental (Mini-mental; Folstein, Foldstein y McHugh, 1975; Lobo, Saz, Marcos et al., 2002). Completando la información proporcionada por el Mini-mental, este es el tipo de situaciones en el que la exploración más concreta mediante preguntas clave y el uso de pruebas estandarizadas puede resultar de máxima utilidad. En este caso, se ha considerado la formación clínica básica del psicólogo de familia para seleccionar las pruebas estandarizadas más útiles que se resumen más adelante.

19.3.3.3. Entrevista

El psicólogo de familia puede conseguir detectar algún problema en los apartados anteriores (informes previos y exploración inicial), o directamente de las quejas expresadas por algún otro miembro de la familia durante las entrevistas familiares (recogidas en el presente volumen). Para ello, el psicólogo deberá estar atento durante estas entrevistas a los distintos comportamientos que tienden a estar presentes con mayor frecuencia en los casos de trastornos mentales (Muñoz, 2003; Othmer y Othmer, 2006). En todos estos casos, se recomienda incluir en las entrevistas de evaluación familiar algunas preguntas básicas sobre el impacto del posible problema en la persona afectada. No se trata de emplear entrevistas diagnósticas, para las que el psicólogo familiar quizá no dispone de suficiente formación clínica, sino de incluir en las entrevistas familiares estrategias de detección muy generales. Posteriormente, si fuera necesario, se pasaría a emplear técnicas estandarizadas o preguntas de detección más específicas.

Todos los trastornos de salud mental implican un deterioro del *funcionamiento psicosocial*, que a veces se expresa en comportamientos específicos (evitación de actividades concretas), mientras que en otras ocasiones se manifiesta en comportamientos generales (higiene, autonomía personal, etc.). Por ello, las principales clasificaciones diagnósticas recomiendan llevar siempre a cabo una evaluación del funcionamiento psicosocial que puede dar pistas de la gravedad y alcance del trastorno. En el caso de la detección, estos comportamientos son elementos

informativos muy útiles para señalar la existencia de un trastorno, aunque casi nunca sirvan para especificar qué trastorno. Para las labores de detección será suficiente con que el psicólogo valore el nivel general de funcionamiento y, especialmente, los cambios en el mismo, mediante las escalas de funcionamiento propuestas en las dos clasificaciones (DSM-IV-TR: EEAG; CIE-10: DAS) y sencillas preguntas sobre el funcionamiento psicosocial y los cambios recientes ocurridos. En la tabla 19.6 se presenta un esquema básico de exploración de los problemas de funcionamiento psicosocial.

TABLA 19.6

Esquema de entrevista sobre problemas psicosociales y ambientales

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> — Problemas relativos al grupo primario de apoyo (familia). — Problemas relativos al ambiente social (amigos, comunidad, barrio, etc.). — Problemas laborales o relativos a la enseñanza. — Problemas de vivienda. — Problemas económicos. — Problemas de acceso a los servicios de asistencia social o sanitaria. — Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen. — Otros problemas psicosociales y ambientales. |
|---|

Como se puede deducir de la tabla 19.6, se trata de formular preguntas que se puedan incluir en la entrevista familiar general sin demasiada complicación. Junto a la valoración de la presencia de las variables de funcionamiento mencionadas en la propia persona afectada, el psicólogo de familia podrá reunir información válida de las entrevistas realizadas a otros *informadores*. En el caso de la intervención familiar, este punto es especialmente sencillo y sensible, al disponer de información de cada uno de los miembros de la familia sobre la persona afectada.

Antes de pasar al uso de pruebas estandarizadas o preguntas más específicas, el psicólogo de familia debe asegurarse de que los problemas detectados no se relacionen con otras dificultades independientes

de los trastornos de salud mental. Resulta de especial importancia señalar que las dificultades de funcionamiento psicosocial pueden relacionarse con los propios *problemas familiares* por los que se acude a la consulta. También pueden relacionarse con *discapacidades* físicas o sensoriales que generan dificultades propias de funcionamiento. Igualmente, pueden aparecer este tipo de limitaciones asociadas a procesos de emigración o la pertenencia a *minorías étnicas o culturales* que implican aculturación; los cambios culturales con frecuencia se acompañan de descensos en el funcionamiento psicosocial. Procesos similares pueden ocurrir con personas pertenecientes a *grupos minoritarios*, como puede ser el caso de las personas homosexuales. En todas estas circunstancias, el psicólogo de familia deberá agudizar sus habilidades para conseguir establecer adecuadamente dichas relaciones. Finalmente, el psicólogo de familia debe asegurarse que los problemas identificados no se deben a una *condición médica*. Por ejemplo, sería un error de consecuencias muy graves el no hacer un sondeo médico, e incluso pedir una exploración médica, al detectar signos de cansancio de aparición repentina, que podrían relacionarse con una depresión, con un trastorno de fatiga crónica o con una leucemia, entre otros trastornos. Un grupo de situaciones especialmente importantes lo configuran todas aquellas que implican disfunciones o peligros para la *seguridad* de las personas. Hablamos de las situaciones de suicidio, agresión, abuso, violencia domésticas, etc. En todos estos casos el psicólogo de familia, como el resto de profesionales socio-sanitarios, debe estar alerta a la más mínima señal y tomar medidas ajustadas al riesgo y a los comportamientos presentes en cada ocasión (Williams et al., 2004).

19.3.3.4. *Pruebas estandarizadas generales*

A lo largo de las últimas décadas, la evaluación psicológica clínica ha desarrollado y puesto a punto un número importante de pruebas estandarizadas, generalmente autoinformes en forma de cuestionarios o escalas, que tratan de valorar el nivel de funcionamiento psicosocial o el estado de salud general de las personas. Es decir, son pruebas que permiten detectar posibles casos de salud mental, pero casi

nunca permiten avanzar un diagnóstico más específico. En las tablas 19.7, 19.8 y 19.9 se incluyen algunos de los principales instrumentos utilizados para la detección de casos de salud mental en distintos grupos de edad.

19.3.3.5. *Otras técnicas*

De forma complementaria a la entrevista, el psicólogo de familia puede haber empleado otras técnicas y estrategias de evaluación de los procesos y dinámicas propias de la intervención familiar. Se puede decir con casi completa seguridad que en todas ellas pueden identificarse distintos aspectos indicativos de posibles trastornos de salud mental. Por ejemplo, en las pruebas de dibujo aplicadas a niños pequeños pueden identificarse marcadores de trastornos o de disfunción, que avisan sobre la necesidad de evaluaciones de salud mental más específicas. Lo mismo puede ocurrir con las pruebas que incluyen narrativas, como los diarios, las cartas, la escritura expresiva o, en algunos casos, la autoobservación, entre otras. Aunque debe mencionarse que el uso y la interpretación, con intención clínica, de este tipo de pruebas, precisa de una formación clínica especializada que permita su aplicación e interpretación en el contexto de un proceso de evaluación clínica más amplio.

19.4. DETECCIÓN DE UN TRASTORNO DE SALUD MENTAL DURANTE LA INTERVENCIÓN FAMILIAR

El eje fundamental de la actividad de detección de trastornos de salud mental radica en ser capaz de detectar, con la mejor calidad posible, la probabilidad de que una persona esté sufriendo un trastorno mental o psicológico en un momento determinado de su vida. Cuando la persona se encuentre en alguna de las situaciones o momentos vitales anteriores, y/o siempre que se observen algunos de los comportamientos mencionados en el punto anterior, el psicólogo de familia debe tomar una decisión. Por un lado, puede iniciar la devolución de información y la subsiguiente derivación a un servicio especializa-

TABLA 19.7

Instrumentos generales para niños y adolescentes

Prueba	Descripción	Áreas de contenido	Criterios de calidad	Referencia bibliográfica
Sintomatología general				
Escala Breve de Síntomas Psiquiátricos para niños (BPRS-C-9)	Escala heteroaplicada. 9 ítems. 10-15 m.	Problemas emocionales y de comportamiento.	Los 9 ítems han sido seleccionados por ser los que presentan mayor validez y por ser los que mejor discriminan entre problemas comunes en la infancia.	Hughes, C. W., Rintelmann, J., Emslie, G. J., et al. (2001). A revised anchored version of the BPRS-C for Childhood Psychiatric Disorders. <i>J. Child. Adolesc. Psychopharmacol.</i> , 11, 77-93.
Escala de evaluación del funcionamiento para niños y adolescentes (GAFAS)	Escala clínica. 5 escalas. 10 m.	Grado de discapacidad en el funcionamiento diario, como consecuencia de problemas de comportamiento, emocionales o de uso de sustancias (de los 7 a los 17 años).	La consistencia interna oscila entre 0,63 y 0,78. Se encuentran correlaciones significativas entre el GAFAS y otras pruebas. Instrumento útil como medida de resultados.	Hodges, K. (1996). <i>Child and adolescent functional assessment scale</i> . Ypsilanti, MI: Eastern Michigan University.
Funcionamiento psicosocial				
Escala breve de discapacidad (BIS)	Prueba administrada a los padres durante la entrevista. 23 ítems. 10 m.	Funcionamiento y discapacidad entre los 4 y los 17 años.	La consistencia interna oscila entre 0,73 y 0,81. Correlaciones estadísticamente significativas entre el BIS y otras pruebas.	Bird, H. R., Canino, G. J., Davies, M. et al. (2005). The Brief Impairment Scale (BIS): A Multidimensional Scale of Functional Impairment for Children and Adolescents. <i>J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry</i> , 44, 699-707.
Escalas de Resultados de Salud y Funcionamiento Psicosocial para niños y adolescentes (HoNOSCA)	Escala clínica. 13 ítems. 5 m.	Salud y funcionamiento psicosocial en la práctica clínica diaria.	La fiabilidad intraclase oscila entre 0,67 y 0,98. Se encuentran correlaciones estadísticamente significativas entre algunas escalas HoNOSCA y otras medidas de discapacidad.	Gowers, S. G., Harrington, R. C., Whitton, A., Lelliott, P., Wing, J., Beevor, A. y Jezzard, R. (1999). A Brief Scale for measuring the outcomes of emotional and behavioural disorders in children: HoNOSCA. <i>British Journal of Psychiatry</i> , 174, 413-416.
Escala de evaluación de la actividad global para niños (CGAS)	Escala clínica. Es una escala de 100 puntos. Duración variable.	Funcionamiento psicosocial. Instrumento empleado en el eje V del DSM-IV-TR para la evaluación de la actividad general.	Instrumento útil para evaluar la gravedad general del trastorno. Buena fiabilidad interjueces. Buena validez concurrente y discriminante.	Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J. et al. (1983). A children's global assessment scale (CGAS). <i>Arch. Gen. Psychiatry</i> , 40, 1228-1231.

TABLA 19.8

Instrumentos generales para adultos

Prueba	Descripción	Áreas de contenido	Criterios de calidad	Referencia Bibliográfica
Sintomatología general				
Inventario de salud mental (MHI)	Cuestionario autoadministrado. 5 ítems. 5-10 m.	Evalúa el nivel de salud mental en población normal, como medida de detección. Recoge ansiedad, calma, depresión, felicidad, control emocional y del comportamiento.	Fiabilidad de 0,8. Buena validez concurrente. Los 5 ítems que incluye esta versión reducida son los que mejor discriminan de la versión larga.	Veit, C. T. y Ware, Jr. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. <i>J. Consult. Clin. Psychol.</i> , 51, 703-742.
Cuestionario de Salud General (GHQ-12)	Cuestionario. 12 ítems. 4-10 m.	Estado de salud general.	Los ítems discriminan entre personas con malestar psicológico y personas sin malestar. La sensibilidad estimada para pacientes con trastorno mental oscila entre el 71 y el 91 por 100. La especificidad oscila entre el 71 y el 93 por 100.	Goldberg, D. P. (1972). <i>The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire</i> . London: Oxford University Press.
Cuestionario de salud del paciente (PHQ)	Instrumento autoaplicado. 26 ítems. 5-10 m.	Instrumento de screening de trastornos mentales.	Se encuentra acuerdo entre los resultados en el PHQ y los diagnósticos realizados por profesionales de la salud mental de manera independiente.	Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W. (1999). Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study. <i>JAMA</i> , 282, 1737-1744.
Funcionamiento psicosocial				
Escalas de Resultados de Salud y Funcionamiento Psicosocial (HoNOS)	Escala clínica. 12 ítems. 5-15 m.	Problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental, utilizables por profesionales de la Salud Mental de forma rutinaria y en un contexto clínico.	La fiabilidad interjueces para cada escala oscila entre 0,49 y 0,99. Se encuentran correlaciones estadísticamente significativas entre algunas escalas HoNOS y algunos ítems de la BPRS.	Wing, J. K., Curtis, R. H. y Beevor, A. S. (1996). <i>HoNOS: Health of the Nation Outcome Scales. Report on Research and Development. July 1993-December 1995</i> . London: Royal College of Psychiatrists.

TABLA 19.8 (continuación)

Funcionamiento psicosocial				
Escala de Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud II (WHODAS-II)	Cuestionario. 36 ítems. 20 m.	Evalúa el nivel de discapacidad a lo largo de varias situaciones e intervenciones. Explora diferentes áreas de funcionamiento en la vida diaria.	Discrimina entre pacientes y población normal.	World Health Organization (2000). <i>WHO Disability Assessment Schedule II (WHODASII)</i> . Geneva: WHO.
Cuestionario breve de Salud general (SF-12)	Cuestionario autoaplicado. 12 ítems. 5 m. Existen dos versiones más: el SF-20 y el SF-36.	Estado de salud. Evalúa ocho aspectos de salud: funcionamiento físico, limitaciones en el rol por problemas físicos de salud, funcionamiento social, dolor corporal, salud mental, limitaciones en el rol por problemas personales o emocionales, vitalidad y salud general.	La consistencia interna oscila entre 0,72-0,89. La validez concurrente del SF-12 es satisfactoria cuando se compara con otras medidas de salud física y mental en una población de personas con una enfermedad mental grave.	Ware, J., Kosinski, M., Keller, S. (1996). A 12 item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity. <i>Medical Care</i> , 34, 220-233.
Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)	Escala de valoración del clínico. Escala de 100 puntos. Duración variable.	Funcionamiento psicosocial del individuo.	Coefficiente de correlación intraclase: 0,57. El nivel de funcionamiento medido con el EEAG correlaciona de forma significativa con la complejidad del trastorno que presenta el paciente en el eje I del DSM-IV-TR.	American Psychiatric Association (2000). <i>DSM-IV-TR</i> . Washington.

TABLA 19.9

Instrumentos generales para personas mayores

Prueba	Descripción	Áreas de contenido	Criterios de calidad	Referencia bibliográfica
Sintomatología general (emplear los mismos que en adultos más los específicos incluidos en la tabla)				
Evaluación de la sintomatología global para familiares (RAGS)	Cuestionario para familiares. 21 ítems. 15 m.	Sintomatología psiquiátrica y comportamiento.	14 de los 21 ítems son capaces de diferenciar pacientes con demencia senil de personas de otros grupos.	Raskin, A. y Crook, T. (1988). Relative assessment of global symptomatology (RAGS). <i>Psychopharmacology Bulletin</i> , 24, 759-763.
Funcionamiento psicosocial (emplear los mismos que en adultos más los específicos incluidos en la tabla)				
Escalas de Evolución para Personas Mayores de 65 años (HoNOS65+)	Escala clínica. 12 ítems. 5-15 m.	Problemas físicos y psicosociales de las personas mayores de 65 años que presentan un problema de salud mental.	La fiabilidad interjueces para cada escala oscila entre 0,24 y 0,99. Se encuentran correlaciones estadísticamente significativas entre algunas escalas HoNOS65+ y otros instrumentos.	Burns, A., Beevor, A., Lelliott, P., Wing, J., Blakey, A., Orrell, M., Mulinga, J. y Hadden, S. (1999). Health of the Nation Outcome Scales for Elderly People (HoNOS 65+). Glossary for HoNOS65+ score sheet. <i>The British Journal of Psychiatry</i> , 174, 435-438.
Índice Barthel (Mahoney y Barthel, 1965)	Escala de observación. 10 ítems. 5 m.	Capacidad funcional para las actividades de la vida diaria.	Fiabilidad interjueces de 0,95. Se ha mostrado capaz de predecir la mortalidad de pacientes con accidentes cerebrovasculares, la duración de la estancia hospitalaria y la evolución del paciente, independientemente de las evaluaciones médicas.	Mahoney, F.I. y Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: the Barthel index. <i>Maryland State Medical Journal</i> , 14, 61-65.

do de salud mental que pueda valorar en detalle si los problemas detectados se configuran como, o son debidos a, un trastorno de salud mental. Por otro lado, puede valorar la posibilidad de llevar a cabo una exploración algo más detenida para optimizar las probabilidades de detección de posibles trastornos presentes, o en vías de aparición inmediata, para poder realizar una mejor interpretación y contextualización de la información obtenida sobre presencia de sintomatología general y/o problemas de funcionamiento psicosocial. En la mayoría de las ocasiones, esta exploración podrá realizarse a lo largo de las sesiones de intervención familiar que se estén desarrollando, aunque en otras pueda requerir algo más de tiempo y precise de alguna sesión dedicada en exclusiva a dicha exploración.

Para facilitar esta tarea, en el presente capítulo se resumen, en primer lugar, las variables específicas relacionadas con los síntomas (criterios diagnósticos) de los trastornos mentales más prevalentes y, en segundo lugar, las principales técnicas o estrategias útiles para avanzar en la detección del posible trastorno durante el proceso de intervención familiar.

19.4.1. Principales variables a evaluar

Para la detección de posibles trastornos, junto a las variables de funcionamiento psicosocial y salud general mencionadas anteriormente, el psicólogo de familia debe atender a la aparición de comportamientos **específicos** propios de cada trastorno. Generalmente, estos comportamientos específicos se identifican con los incluidos como criterios en los manuales diagnósticos más importantes (DSM-IV-TR, CIE-10). De este modo, la pérdida de interés por cosas y actividades que antes le interesaban a la persona (criterio diagnóstico incluido en depresión) o el sufrimiento de un ataque de pánico (criterio para el trastorno de pánico y otros trastornos de ansiedad) deben llamar la atención del profesional en todo momento. En este sentido, un elemento fundamental para la detección de comportamientos relacionados con los trastornos mentales es el del conocimiento de los criterios diagnósticos más im-

portantes para los trastornos psicológicos que aparecen con mayor frecuencia. No es el momento ni el lugar de especificar todos los criterios diagnósticos, ni siquiera los trastornos más prevalentes. Se recomienda que el psicólogo de familia se dirija a los manuales de diagnóstico (DSM-IV-TR y CIE-10) para una descripción detallada y completa de estos comportamientos. Solamente a modo de guía y recordatorio, a continuación se incluye una tabla (tabla 19.10) con los principales comportamientos a considerar en la detección de los trastornos mentales más prevalentes.

Como puede verse en la tabla, cada trastorno o grupo de trastornos incluye unos comportamientos ciertamente distintos y específicos que el psicólogo debe conocer para ser capaz de reconocerlos en una entrevista o cuando aparezcan en cualquier otro método de evaluación. Se han incluido los comportamientos más típicos de los trastornos más prevalentes, pero no deben obviarse otros grupos de problemas que, por su gran frecuencia de aparición, son importantes, como los trastornos adaptativos que cursan con problemas de ansiedad o estado de ánimo durante distintas situaciones estresantes. En el caso de los niños, los trastornos de la eliminación o control de esfínteres, de gran prevalencia, pero que no se han incluido por su sencilla detección a partir de los 5 o 6 años de edad, y en el caso de los mayores los trastornos del sueño, de gran prevalencia pero fácil identificación. Igualmente, no se han incluido trastornos más relacionados con el trabajo propio del psicólogo de familia, por considerar que ya deben ser suficientemente conocidos, como los trastornos sexuales o los de pareja.

Existen otros trastornos que, aunque con baja prevalencia, por su gravedad merecen una consideración especial. En el caso de los adultos, se pueden destacar los trastornos psicóticos y los trastornos de personalidad. Problemas de gran complejidad y muy difícil diagnóstico que afectan a todo el comportamiento de la persona afectada y, de forma muy importante, a sus relaciones con otras personas, y que para su diagnóstico requieren de un entrenamiento clínico muy especializado. En el caso de los niños también existen trastornos que, por su gravedad, precisan de un mayor entrenamiento clínico, como son

TABLA 19.10

Principales comportamientos a considerar en la detección de los trastornos mentales más prevalentes

Trastorno	Características
Trastornos del estado de ánimo Prevalencia vital: 21% Edad media inicio: 30 años	Cambios en el estado de ánimo que se hace depresivo (tristeza y falta de actividad) o maniaco (mayor actividad). Los principales trastornos son depresión mayor (2 semanas de estado de ánimo deprimido), distimia (2 años de estado de ánimo deprimido) y trastornos bipolares y ciclotímicos (oscilaciones de depresión y manía).
Trastornos de ansiedad Prevalencia vital: 28% Edad media inicio: 11 años	Sensaciones muy intensas de miedo, ansiedad, pánico, terror o preocupación que duran mucho tiempo y son desproporcionadas a los estímulos que las provocan. Los principales trastornos son los ataques de pánico (episodios muy breves de pánico, 10 m.); trastorno de pánico (miedo a tener ataques de pánico); agorafobia (miedo a espacios abiertos por si se sufren ataques de pánico); fobia social (miedo social o a la evaluación) y fobias específicas. Trastornos asociados a sucesos traumáticos (se reexperimentan sucesos traumáticos vividos o se mantiene un estrés elevado mientras están presentes las situaciones estresantes); trastorno obsesivo-compulsivo (se repiten comportamientos o pensamientos que causan malestar) y trastornos de ansiedad generalizada (preocupación constante y muy amplia sobre distintos temas y más de 6 meses).
Trastornos de consumo de sustancias Prevalencia vital: 15% Edad media inicio: 20 años	Uso de sustancias, que llega a provocar dependencia, abuso, intoxicación y síndrome de abstinencia.
Trastornos del control de impulsos Prevalencia vital: 25% Edad media inicio: 11 años	Trastornos de inicio en la infancia que afectan al control de la atención, de los impulsos y del comportamiento, sin ser trastornos del desarrollo. Los principales son el trastorno negativista desafiante (el niño tiene comportamiento de este tipo), el trastorno disocial y el déficit de atención con hiperactividad (falta de atención, impulsividad y falta de control de emociones).
Otros trastornos de inicio en la infancia Prevalencia vital: 6% Edad media inicio: 6 años	Trastornos de inicio temprano (antes de los 6 años) que afectan a la emocionalidad del niño, sin ser trastornos del desarrollo. Los principales son el trastorno por ansiedad de separación y el trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez.

los trastornos generalizados del desarrollo, del espectro autista, el retraso mental o los de alimentación. Estos grupos de trastornos, por su gravedad, suelen implicar problemas de funcionamiento y salud general fáciles de detectar por las estrategias presentadas anteriormente en el capítulo. Pero hay que remarcar que, en todos estos casos, adultos o niños, ante la más mínima sospecha el psicólogo de familia debe preferir la derivación a un especialista que pueda valorar adecuadamente el caso.

19.4.2. Principales técnicas

De forma general, para la detección de trastornos se emplean las mismas estrategias básicas que ya se han mencionado para la detección de casos: entrevista y técnicas estandarizadas. Por supuesto, se pueden emplear todas las técnicas y estrategias mencionadas en el punto anterior, aunque para la identificación de los comportamientos relacionados de forma específica con cada trastorno concreto se

han desarrollado técnicas y estrategias de diagnóstico especializadas y de gran calidad. Sin embargo, en el ámbito del psicólogo de familia habrá que restringir su uso y poner la atención en aquellas técnicas y estrategias de detección —no de diagnóstico— de los principales trastornos que sean sencillas en su aplicación y aporten cierta calidad.

19.4.2.1. *Informes previos*

Por supuesto, los informes previos, como la historia clínica, pueden llegar a incluir un diagnóstico de salud mental concreto. El psicólogo de familia no deberá poner en duda dicho diagnóstico, ni tampoco asumirlo sin más, sobre todo si se hizo hace tiempo o no es totalmente preciso. En estos casos, la mejor recomendación es la de derivar a la persona a un especialista en salud mental, de la confianza del psicólogo de familia, que pueda llevar a cabo una evaluación y diagnóstico actualizado de la persona.

19.4.2.2. *Entrevista de detección de trastornos*

La identificación de alguno de los problemas de funcionamiento psicosocial mencionados en el capítulo anterior o de alguno de los criterios diagnósticos relacionados con un trastorno psicológico, indican la posibilidad de llevar a cabo una exploración algo más específica. Esta exploración se llevará a cabo mediante estrategias de entrevista y/o técnicas estandarizadas de detección. En general, se recomienda incluir preguntas clave en la entrevista como paso previo a las pruebas estandarizadas.

La investigación epidemiológica en salud mental ha desarrollado en los últimos años una investigación muy importante sobre las preguntas de mayor calidad —*preguntas clave*— para identificar trastornos mentales en las entrevistas estructuradas (por ejemplo, CIDI). Se trata de estudios que consiguen identificar preguntas que han demostrado su utilidad para detectar los criterios diagnósticos, y de las cuales pueda conocerse sus criterios de calidad en distintas poblaciones (pacientes, no pacientes, grupos culturales distintos, etc.). Ante esta evidencia, los psicólogos clínicos han comenzado a aceptar la realidad de que

contar con preguntas e instrumentos estandarizados de diagnóstico ayuda a aumentar la concordancia y a identificar problemas y trastornos que, de otra forma, tienden a pasar inadvertidos. La inclusión de este tipo de preguntas clave en las entrevistas y en los cuestionarios puede resultar muy interesante para mejorar los criterios de calidad y acercarlos a los de las entrevistas estructuradas de diagnóstico, mucho más amplias y costosas en tiempo y dinero. De este modo, no sólo se han desarrollado entrevistas completas de detección, sino también listados de preguntas clave para incluir en cualquier entrevista que pudiera realizar el profesional de atención primaria o, en este caso, el psicólogo de familia. En la tabla 19.11 se incluyen ejemplos de este tipo de preguntas, entresacadas de la entrevista de detección de Vázquez y Muñoz (2003). Otros muchos ejemplos pueden encontrarse en los módulos de detección de las principales entrevistas estructuradas (CIDI, SCID, MINI).

19.4.2.3. *Técnicas estandarizadas*

Junto a los posibles diagnósticos apuntados en los informes clínicos disponibles y a las preguntas de detección susceptibles de emplear en la entrevista, la Psicología Clínica ha desarrollado un arsenal de pruebas estandarizadas de detección, generalmente autoinformes o escalas de valoración clínica de fácil y rápida aplicación (véase compilaciones de pruebas en: Muñoz, Roa, Pérez Santos, Santos-Olmo y De Vicente, 2002; Portilla, Bascarán, Sáiz, Bousoño, Parallada y Bobes, 2011; Rush, First y Blacker, 2007). Se trata de instrumentos de aplicación breve y sencilla que no ofrecen diagnósticos (no es su objetivo), pero que son capaces de detectar con ciertas garantías la posibilidad de que la persona sufra un trastorno psicológico concreto. Son técnicas formadas por un número reducido de ítems que, generalmente, han sido seleccionados por encontrarse entre los más predictivos de los incluidos en los mejores instrumentos de diagnóstico y/o de evaluación psicológica. De este modo, se han diseñado técnicas de detección prácticamente para todos los grupos de trastornos más importantes, y se ha comenzado su aplicación en estudios epidemiológicos y de salud pública en grandes

TABLA 19.11

*Ejemplos de preguntas clave de detección de los trastornos más prevalentes
(a partir de Vázquez y Muñoz, 2003)*

Trastorno	Preguntas clave
Depresión mayor y distimia	Empezando por su estado de ánimo: ¿Cómo se ha sentido de estado de ánimo en los últimos 15 días? ¿Se ha sentido usted decaído, deprimido o desesperanzado durante el último mes? ¿Ha perdido interés por las cosas que normalmente le gustaban?
Trastorno de pánico	¿Alguna vez ha sufrido un ataque de ansiedad o de miedo durante el cual haya sentido de repente un aumento de la ansiedad o del miedo a morir o a perder el control sobre sí mismo?
Agorafobia	¿Siente usted miedo a los espacios abiertos, a los grandes almacenes, cine, etc.? ¿Siente usted temor a los túneles, puentes, etc.? Algunas personas tienen miedo de salir solas a la calle o de quedarse solas en casa. ¿Le ocurre esto a usted?
Obsesiones	A algunas personas les asaltan pensamientos extraños, tontos, desagradables u horribles. Estos pensamientos no tienen sentido, son irracionales, pero se repiten continuamente sin poder dejar de pensar en ellos (intrusivos). Por ejemplo, pensar repetidamente que podría hacer daño a algún ser querido, que podría hacer alguna obscenidad en público, que podría haberse contaminado o ensuciado con algo o que ha atropellado a alguien con el coche. ¿Le asaltan a usted pensamientos de este tipo?
Abuso y dependencia de alcohol (Es posible generalizar a otras sustancias) (Cage, Mayfield, McLeod and Hall, 1974)	1. ¿Ha habido algún período de tiempo en su vida en el que haya pensado dejar de beber o beber menos? 2. ¿Las personas de su familia, amigos o médicos le han criticado por su hábito de bebida? 3. ¿Se ha sentido culpable alguna vez debido a su hábito de bebida? 4. ¿Alguna vez ha necesitado beber nada más levantarse por la mañana para sentirse mejor o menos nervioso?
Anorexia nerviosa	¿Alguna vez sus familiares, amigos, médico u otras personas le han dicho que está usted muy delgada, que ha perdido demasiado peso o que tiene que engordar? ¿Cuántas dietas ha seguido usted en el último año? ¿Piensa que debería seguir una dieta? ¿Se siente poco satisfecho con la forma o tamaño de su cuerpo? ¿Su peso afecta a la forma en que se siente usted consigo mismo?

muestras y en intervenciones en las que sea preciso detectar/descartar un trastorno de forma rápida, por ejemplo, en la atención primaria. En nuestro caso, parece que pueden ser técnicas muy útiles al psicólogo de familia, ya que son breves, de fácil aplicación y no precisan una formación clínica especializada. Aunque la interpretación debe considerar también estos mismos puntos, no ofrecen diagnósticos y, en el mejor de los casos, solamente indican una probabilidad elevada de sufrir (o no)

un trastorno. De ninguna manera los resultados de estas técnicas excluyen una evaluación psicológica más completa.

Con el fin de ayudar al psicólogo de familia a elegir y emplear las mejores técnicas estandarizadas disponibles para cada tipo de trastorno, a continuación se incluye una relación de las más empleadas para detectar diferentes trastornos mentales en la población de niños y adolescentes, adultos y mayores de 65 años (véanse tablas 19.11, 19.12 y 19.13).

TABLA 19.12

Técnicas estandarizadas en niños y adolescentes

Trastorno	Prueba	Descripción	Referencia bibliográfica
Generales	Escala Breve de Síntomas Psiquiátricos para niños (BPRS-C-21)	Escala cumplimentada por el clínico tras la entrevista con los padres y el niño. Problemas relacionados con los diferentes diagnósticos DSM-IV. 21 ítems. 20-30 m.	Hughes, C. W., Rintelmann, J., Emslie, G. J. et al. (2001). A revised anchored version of the BPRS-C for Childhood Psychiatric Disorders. <i>J. Child. Adolesc. Psychopharmacol.</i> , 11, 77-93.
Trastorno de hiperactividad con déficit de atención	Escala de valoración de Conner-Revisada (CRS-R)	Cuestionario autoadministrado, para padres, profesores y niños/adolescentes (3-17 años). Sintomatología del déficit de atención, hiperactividad y otros trastornos en niños y adolescentes. 27-87 ítems. 20 m.	Conners, C. K., Wells, K. C., Parker, J. D. A. et al. (1997). A New Self-Report Scale for Assessment of Adolescent Psychopathology: Factor Structure, Reliability, Validity, and Diagnostic Sensitivity. <i>J. Abnorm. Child. Psychol.</i> , 25, 487-497.
	Escala de valoración del Trastorno de hiperactividad con déficit de atención (ADHD RS-IV)	Escala cumplimentada por padres y/o profesores de niños entre 4-20 años. Áreas: déficit de atención, hiperactividad-impulsividad. 18 ítems. 5 m.	DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D. y Reid, R. (1998). <i>ADHD Rating Scale—IV: Checklists, norms, and clinical interpretation</i> . New York, NY, US: Guilford Press.
Espectro autista	Detección de los trastornos del espectro autista en bebés	Cuestionario que responden los padres. Detecta trastornos del espectro autista, retrasos del lenguaje y retrasos del desarrollo en bebés de 12 meses de edad. Los padres responden acerca de la forma como el bebé hace uso del contacto visual, de sonidos, palabras, gestos y otras formas de comunicación. 5 m.	Pierce, K., Carter, C., Weinfeld, M. et al. (2011). Detecting, Studying, and Treating Autism Early: The One-Year Well-Baby Check-Up Approach. <i>Journal of Pediatrics</i> . Revista online.
	Cuestionario de detección del trastorno del espectro autista (ASSQ)	Cuestionario para padres y/o profesores de niños entre 6-17 años. Comportamiento autista. 27 ítems. 10 m.	Ehlers, S., Gillberg, C. y Wing, L. (1999). A Screening Questionnaire for Asperger Syndrome and Other High-Functioning Autism Spectrum Disorders in School Age Children. <i>Journal of Autism and Developmental Disorders</i> , 29, 129-141
	Lista de control del autismo en niños (CHAT)	Listado que cumplimentan los padres de bebés de 18 meses y los trabajadores de salud de atención primaria. Comportamiento autista. 14 ítems. 15 m.	Baron-Cohen, S., Allen, J. y Gillberg, C. (1992). Can autism be detected at 18 months: the needle, the haystack, and the CHAT. <i>Br. J. Psychiatry</i> , 161, 839-843.

TABLA 19.12 (continuación)

Trastorno	Prueba	Descripción	Referencia bibliográfica
Trastornos de la conducta alimentaria	Inventario de trastornos de la conducta alimentaria-versión para niños (KEDS)	Cuestionario autoaplicado. Evalúa actitudes, comportamientos y rasgos que son clínicamente relevantes en el inicio y mantenimiento de un trastorno de alimentación. 14 ítems. 5-10 m.	Garner, D. M., Olmsted, M. P. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. <i>Int. J. Eat. Disord.</i> , 2, 15-34.
	Instrumento de detección de trastornos de la conducta alimentaria (SCOFF)	Cuestionario autoaplicado. Detecta trastornos de la conducta alimentaria. 5 ítems. 1-5 m.	Morgan, J. F., Reid, F. y Lacey, J. H. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. <i>BMJ</i> , 319, 14-67.
Trastorno de oposición-desafiante y trastornos de conducta	Escala de valoración de Nueva York (NYRS)	Escala para padres y profesores. Evalúa sintomatología de los diagnósticos DSM-IV del Trastorno de Oposición-desafiante y trastornos de conducta. 36, 38 y 47 ítems según la versión. 15 m.	Millar, L. S., Klein, R. G., Piacentini, J. et al. (1995). The New York Rating Scale for disruptive and antisocial behavior. <i>J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry</i> , 34, 359-370.
Uso de sustancias	Cuestionario CRAFFT	Entrevista clínica o cuestionario autoadministrado Problemas de alcohol o uso de drogas en adolescentes. 6 ítems. 1 m.	Knight, J. R., Shrier, L. A., Bravender, T. D. et al. (1999). A new brief screen for adolescent substance abuse. <i>Arch. Pediatr. Adolesc. Med.</i> , 153, 591-596.
Ansiedad	Escala multidimensional de ansiedad para niños (MASC)	Escala autoadministrada. Evalúa las dimensiones principales de los problemas de ansiedad en niños de 8-19 años. 10 (hay una versión larga de 39 ítems). 15 m.	March, J. S. (1997). <i>Multidimensional Anxiety Scale for Children</i> . North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems Inc.
Depresión	Inventario de depresión para niños (CDI)	Autoadministrado. Sintomatología depresiva en niños entre 7-17 años. 27 ítems. 15 m.	Kovacs, M. (1992). <i>The Children's Depression Inventory Manual</i> . Toronto: Multi-Health Systems.

TABLA 19.13
Técnicas estandarizadas en adultos

Trastorno	Prueba	Descripción	Referencia bibliográfica
Generales	Instrumento de detección de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI)	Entrevista estructurada. Detecta posibles casos; luego hay que administrar una entrevista diagnóstica para confirmar casos. 36 ítems. 10-15 m.	Organización Mundial de la Salud (1993). <i>Composite Internacional Diagnostic Interview, Version 2.1</i> . Gineva: OMS.
	Inventario Breve de Síntomas (BSI)	Inventario autoaplicado. Proporciona una breve descripción de los síntomas y de la intensidad de éstos, en pacientes con tratamiento psicológico. 53 ítems. 5-10 m.	Derogatis, L. R. y Spencer, M. S (1983). <i>Administration and procedures: BSI Manual</i> . Baltimore: John Hopkins University.
Trastornos de ansiedad	Cuestionario de Screening de Ansiedad (ASQ-15)	Cuestionario autoaplicado. Detección del trastorno de ansiedad generalizada y otros síndromes de ansiedad. 15 ítems. 5 m.	Wittchen, H. U. y Boyer, P. (1998). Screening for Anxiety disorders. Sensitivity and specificity of the Anxiety Screening Questionnaire (ASQ-15). <i>Br. J. Psychiatr.</i> , 173, 10-17.
	Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	Inventario de autoinforme. Valora la presencia de síntomas de ansiedad y su gravedad. 21 ítems. 5m.	Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 56, 893-897.
Trastornos del estado de ánimo	Inventario de Depresión de Beck II (BDI II)	Inventario de autoinforme. Valora la presencia de síntomas depresivos y su gravedad. 21 ítems. 5-10 m.	Beck, A. T. y Steer, R. A. (1993). <i>Beck Depression Inventory. Manual</i> . San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
	Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)	Cuestionario. Evalúa diferentes componentes de la depresión. 20 ítems. 5 m.	Radloff, L. S. (1977). <i>The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population</i> .
Trastornos relacionados con sustancias	Entrevista de consumo de alcohol CAGE	Entrevista. Detecta posibles casos de alcoholismo en población general. 4 ítems. 1 m.	Hayfield, D., McLeod, G. y Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire validation of a new alcoholism screening instrument. <i>American Journal of Psychiatry</i> , 131, 1121-1123.

TABLA 19.14

Técnicas estandarizadas en personas mayores

Trastorno	Prueba	Descripción	Referencia bibliográfica
Trastornos del estado de ánimo	Escala de Depresión Geriátrica (GDS)	Cuestionario. Detecta la depresión en la población mayor de 65 años. 15 ítems. 10-15 m.	Yesavage, J. A. y Brink, T. L. (1983). Development and validation of a geriatric depression creening scale: a preliminary report. <i>Journal of Psychiatry Research</i> , 17, 37-49.
Demencias	Test del dibujo de un reloj	Test. Detecta un posible déficit cognitivo. 3 ítems. 5 m.	Freedman, M., Leach, L. y Kaplan, E. et al. (1994). <i>Clock Drawing: A Neuropsychological Analysis</i> . New York: Oxford University Press.
Delirio	Método de evaluación del estado confusional (CAM)	Escala clínica. Diagnostica el delirio. 9 ítems. 10-20 m.	Inouye, S. K., VanDyck, C. H., Alessi C. A. et al. (1990) Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method. A new method for detecting delirium. <i>Ann. Intern. Med.</i> , 113, 941-948.

19.5. ¿QUÉ HACER SI SE DETECTA UN POSIBLE TRASTORNO?

La aparición de un trastorno de salud mental en el seno de una familia es un acontecimiento de máxima importancia que afecta a todos los miembros y a la dinámica de funcionamiento de la misma. Por eso, antes de decidirse a dar la noticia de que un miembro de la familia sufre una enfermedad mental, noticia que casi siempre supone un auténtico terremoto en la vida familiar y que generalmente es mala, estigmatizante y desmotivante, será mejor tener todas las garantías posibles. Por eso, como se ha expuesto a lo largo del capítulo, es conveniente establecer un sistema de detección general (caso) y, en la medida de lo posible, y dentro de las capacidades del psicólogo de familia, intentar apuntar un diagnóstico probable (trastorno) para poder orientar y derivar mejor. Pero el diagnóstico final y las indicaciones de tratamiento siempre deberán esperar hasta la evaluación más completa del especialista en salud mental. No debe olvidarse que las apreciaciones del psicólogo de familia, incluso basadas en pruebas estandarizadas, siempre serán probabilísticas y, en algunas ocasiones, sus observaciones no llegarán a conformarse como un trastorno (falsos positivos) y el avance de posibles diagnósticos no hará más que entorpecer y dificultar la superación de los problemas.

19.5.1. Devolución de información y derivación

Una vez que el psicólogo de familia tenga el convencimiento de que existe una probabilidad elevada de que la persona sufra un trastorno mental, debe iniciar distintas acciones complementarias. En primer lugar, debe identificar posibles recursos de salud mental a los que poder derivar a la persona de forma fiable y segura. En segundo lugar, habrá de organizar el proceso de intervención para comunicar sus sospechas y ofrecer sus recomendaciones a la persona afectada y al resto de miembros de la unidad familiar. En tercer lugar, tendrá que prepararse para iniciar el seguimiento del nuevo proceso iniciado.

Respecto al primero de los puntos, la elección y *recomendación de un profesional* adecuado, la mejor opción es la de que el psicólogo de familia no trabaje aislado, sino que lo haga en el marco de un equipo de atención que incluya profesionales de salud mental; en ese caso el problema está resuelto y la compenetración siempre será más fácil y dinámica. En caso de no trabajar en un equipo de este tipo, el psicólogo familiar debe disponer de un conocimiento en detalle de la red de asistencia a la salud mental de su comunidad, contemplando las opciones públicas y privadas, para poder ofrecer la mejor orientación posible para cada persona. Además de los criterios éticos básicos (véase Código Deontológico del COP, 1987, y Recomendaciones de buenas prácticas, 2011), el psicólogo debe ser consciente de que es muy probable que la nueva situación implique una cierta coordinación de su intervención con la prescrita por salud mental a la hora de recomendar un tipo de profesional u otro (por ejemplo, psicólogo clínico vs. psiquiatra) o una determinada orientación (siempre será mejor que la orientación de los profesionales implicados sea coincidente).

El segundo punto tiene que ver con la forma y momento de *devolver* este tipo de *información* a la persona y, si llega el caso, a su familia. Las indicaciones incluidas en las leyes de Sanidad, Servicios Sociales y los códigos deontológicos implicados son todas ellas, de forma unánime, muy claras al respecto. Si se detecta un problema de salud mental, el profesional está obligado a:

- Informar a la persona afectada de forma clara y ajustada a sus necesidades, sin ocultar información. Si la persona está incapacitada para entender el problema, habrá que informar a sus tutores legales, que no siempre son sus familiares más directos (por ejemplo: una tutela judicial de un menor con discapacidad intelectual o de un adulto con esquizofrenia).
- Solicitar permiso a la misma, o al tutor, para informar a cualquier otra persona del problema (incluso a sus familiares).

La información deberá facilitarse en un clima adecuado dentro del propio proceso de evaluación

familiar que se esté llevando a cabo. Se dará de forma clara, directa y haciendo énfasis en la explicación, para que la persona entienda perfectamente lo que le estamos comunicando. Habrá que hacer un esfuerzo especial para dejar claro que la información de que se dispone es limitada y probabilística, nunca definitiva. Esto dará pie para introducir la conveniencia de llevar a cabo un estudio más detenido a cargo de un profesional especializado en salud mental. Será el momento de presentar las distintas opciones y señalar la que nos parezca más conveniente para esta ocasión. En estos momentos no sólo hay que convencer de la utilidad y conveniencia de someterse a una evaluación de salud mental, sino que hay que asegurarse de que la persona asiste a la consulta del profesional indicado (o de cualquier otro que pudiera elegir por sí misma). En ciertos casos es conveniente llegar a hablar con el profesional de salud mental o pedir certificaciones que nos aseguren la veracidad de la información (por ejemplo, en casos de drogodependencias, juego patológico u otros trastornos con alta incidencia de engaño).

La información sobre la posibilidad o sospecha de que puede estar sufriendo un trastorno psicológico debe ser acompañada de información adecuada sobre alternativas de intervención, pronósticos y salidas más favorables para la persona que lo sufre y su familia. Desde el primer momento, hay que hacer un esfuerzo por tratar de reducir al mínimo el impacto de la noticia en la persona y en su familia. En muchas ocasiones la persona ya sospecha que sufre algún problema, ya que es ella misma la que informa del malestar y dificultades sufridas (por ejemplo, la mayoría de los trastornos de ansiedad o del estado de ánimo), pero en algunas otras ocasiones los trastornos cursan con muy escasa, o nula, conciencia de enfermedad, y la persona no termina de, no quiere o no puede, entender lo que se le está comunicando. De acuerdo a los estadios del cambio (Prochaska y DiClemente, 1982), la persona puede encontrarse en momentos pre-contemplativos, en los que ni siquiera puede haber tomado conciencia del problema. En ese caso el primer objetivo de la información será el de avanzar hacia estadios contemplativos o más avanzados, que faciliten la toma de iniciativas hacia el cambio. En cualquier caso, sin entrar en la propia

intervención clínica, el psicólogo familiar deberá emplear todos sus recursos técnicos para crear la conciencia de problema ajustada a cada caso, así como promover y favorecer todos los intentos o avances hacia el cambio. Y durante todo el proceso, resaltar aquellos aspectos positivos para que la persona afronte estos momentos con decisión, compromiso y esperanza. En este momento del proceso pueden resultar de gran utilidad las estrategias de entrevista derivadas de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1991; Lizarraga y Ayala, 2009), que identifican y facilitan el avance en los estadios de cambios hacia la determinación y el cambio activo, momentos óptimos para que la intervención psicológica sea más efectiva.

19.5.2. Seguimiento y apoyo a los tratamientos

Una vez que la persona ha acudido al profesional de salud mental, el psicólogo de familia no puede caer en la tentación de pensar que su labor en este ámbito ha terminado. Muy al contrario, debe continuar o, incluso, incrementar las tareas relacionadas con el problema de salud mental detectado.

Si la detección resulta *confirmada*, es muy probable que a la persona se le indique un tratamiento que, sin duda, deberá ser considerado en la intervención familiar en marcha. El psicólogo de familia tendrá que integrar la nueva situación en su proceso de intervención familiar. Esta situación supera con creces los objetivos del presente capítulo y precisaría de un abordaje más amplio y especializado para cada trastorno o grupo de trastornos. Por ejemplo, no supone el mismo impacto en la dinámica familiar un diagnóstico de anorexia en una hija adolescente, uno de demencia en una abuela ya muy mayor o uno de dependencia del alcohol en el padre. Sin embargo, sí se pueden señalar algunos aspectos de relevancia que deben ser tenidos en cuenta en todas las ocasiones. Por un lado, el psicólogo familiar debe disponer de una información fundamental y actualizada respecto de la psicopatología del trastorno identificado y de los tratamientos actuales más eficaces, para poder aconsejar y ayudar adecuadamente.

te a la familia en todas sus dudas y consultas al respecto. Por otro, debe hacer lo posible por ponerse en contacto con el profesional de salud mental responsable del tratamiento, para poder conocer cómo no interferir en el mismo y, llegado el caso, colaborar en su implementación. Sin ninguna duda, el ámbito de intervención familiar tiene un papel determinante y de gran relevancia para resolver de la mejor manera posible este tipo de situaciones. Finalmente, en todos los casos de salud mental el apoyo psicológico a la familia resulta de una importancia capital para reducir la carga psicológica asociada a la enfermedad mental (Magliano et al., 1998; Crespo y López, 2007), para ajustar el impacto de los cambios asociados a la enfermedad y a los tratamientos, y para favorecer todos los procesos positivos que incidan en una mejor y más rápida recuperación.

Por otra parte, si el diagnóstico *no se confirma*, el psicólogo familiar deberá mantener una actitud vigilante. En muchos casos esto significa que se ha detectado un problema de nivel subclínico, que actualmente no cumple los criterios diagnósticos completos para calificarlo como trastorno. La evolución de estas personas puede avanzar hacia una mejoría,

o quizá sus problemas puedan resolverse o paliarse desde la intervención familiar, pero en algunos casos los problemas pueden continuar su progresión y llegar a configurarse como un trastorno en un futuro próximo. De ahí la importancia de mantener una supervisión continuada durante todo el proceso de intervención familiar de estas personas. Las estrategias de exploración inicial, las quejas de las personas implicadas, la información ofrecida por los informantes familiares y la propia observación del psicólogo pueden ser estrategias de gran utilidad para este tipo de tarea.

De este modo, la detección de problemas de salud mental por parte del psicólogo de familia se configura como una actividad que comienza con los primeros contactos con la familia y que se mantiene hasta la finalización de la intervención, combinando distintas técnicas y estrategias en los distintos momentos del proceso de intervención familiar. Sus principales objetivos son colaborar en la prevención, intervención temprana y el tratamiento curativo, o paliativo, de los trastornos de salud mental, así como reducir el impacto negativo de la enfermedad mental y de los tratamientos asociados en la familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, J. et al. (the ESEMeD Group) (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 21-27.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Barlow, D. y Durand, M. (2008). *Abnormal psychology: an integrative approach*. Wadsworth: Nueva York.
- Beach, S., Jones, D. y Franklin, K. J. (2010). Marital, family and interpersonal therapies for depression in adults. En I. H. Gotlib y C. L. Hammen (eds.), *Handbook of depression (Second edition)*, Nueva York: Guilford Press.
- Byrd, M. R. y Alschuler, K. N. (2008). Behavioral screening in adult primary care. En L. James y W. O'Donohue (eds.), *The primary care toolkit*. Nueva York: Springer.
- Calsyn, R. J. y Morse, G. A. (1992). Predicting psychiatric symptoms among homeless people. *Community Mental Health Journal*, 28(5), 385-395.
- Colegio Oficial de Psicólogos (1987). *Código Deontológico del Psicólogo*. Madrid: COP.
- Colegio Oficial de Psicólogos (2011). *Ética y deontología en la práctica psicológica*. Madrid: COP.
- Crespo, M. y López, J. (2007). *El estrés en cuidadores de mayores dependientes: cuidarse para cuidar*. Madrid: Pirámide.
- Fernández Ballesteros, R. (2004). *Evaluación Psicológica*. Madrid: Pirámide.

- Folstein, M. F., Foldstein, S. E. y McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state examination: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- González de Rivera, J. L. y Morera, A. (1983). La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*, 4(1), 20-25.
- Gross, J. J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. Nueva York: Guilford Press.
- Haynes, N. S. y O'Brien, W. H. (2000). *Principles and practice of behavioral assessment*. Nueva York: Kluwer.
- Holmes, H. y Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Hunsley, J. y Mash, E. J. (2008). *A guide to assessment that works*. Nueva York: Oxford University press.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao S. et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch. Gen. Psychiatry* 1994, 51, 8-19.
- Kessler, R. C. y Ustun, T. B. (2008). *The WHO world mental health surveys*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos*. Madrid: Dyckinson.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion*. Londres: Free Association Books.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and coping*. Nueva York, Springer Publishing Company.
- Lizarraga, S. D. y Ayarra, M. (2009). La entrevista motivacional. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24, 43-53.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G. y el grupo de trabajo ZARADEMP (2002). *Examen cognoscitivo MINI MENTAL*. Madrid Tea Eds.
- Magliano, L., Fadden, G., Madianos, M., Caldas de Almeida, J. M., Held, T., Guarneri, M. et al. (1998). Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Soc. Psychiatry. Psychiatr. Epidemiol.*, 33, 405-412.
- McLaughlin, K. A. y Hatzenbuehler, M. L. (2009). Mechanisms Linking Stressful Life Events and Mental Health Problems in a Prospective, Community-Based Sample of Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, Volume 44, 153-160.
- Meichenbaum, D. y Fitzpatrick, D. (1993). A narrative constructivist perspective of stress and coping: Stress inoculation applications. En L. Goldberger y S. Breznitz (eds.), *Handbook of Stress* (2.º ed.), Nueva York: Free Press.
- Miklowitz, D. J. (2008). *Bipolar disorder: A family-focused treatment approach*. Nueva York: Guilford Press.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. Nueva York, NY, US: Guilford Press.
- Muñoz, M. (2003). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Madrid: Síntesis.
- Muñoz, M. (2008). Proceso de evaluación cognitivo-conductual. En F. J. Labrador (ed.), *Manual de Modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Muñoz, M., Roa, A., Pérez Santos, E., Santos-Olmo, A. B. y De Vicente, A. (2002). *Instrumentos de evaluación en salud mental*. Madrid: Pirámide.
- Muñoz, M., Panadero, S., Quiroga, M. A. y Pérez, E. (2005). Role of stressfull life events in homelessness: an intragroup analysis. *American Journal of Community Psychology*, 35, 35-47.
- Nathan, P. E. y Gorman, J. M. (1998). *A guide to treatments that work*. Nueva York: Oxford University Press.
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Ciclo vital familiar*. Ginebra: OMS.
- Othmer, E. y Othmer, S. C. (2006). *The clinical interview using DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Patterson, J. E., Williams, L., Edwards, T. M. y Chamow, L. (2009). *Essential Skills in Family Therapy, Second Edition: From the First Interview to Termination*. Nueva York: Guilford Press.
- Portilla, M. P., Bascarán, M. T., Sáiz, P. A., Bousoño, M. y Bobes, J. G. (2011). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica (6.ª Edición)*. Barcelona: Ars Medica.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-278.
- Rush, A. J., First, M. B. y Blacker, D. (2007). *Handbook of Psychiatric Measures, Second Edition*. Washington: APA.
- Santos-Olmo, A. B., De Vicente, A., Pérez-Santos, E. y Muñoz, M. (2006). Utility of a training programme in the detection of psychological disorders in centres for excluded people. *Psychology in Spain*, 10, 8-16.
- Sarason, I., Johnson, J. y Siegel, J. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the life experience survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 932-946.
- Sartorius, N., Leff, J., López-Ibor, J. J., Maj, M. y Okasha, A. (2005). *Families and Mental Disorder: From Burden to Empowerment*. Nueva York: Wiley & sons.

- Sattler, J. M. y Hoge, R. D. (2005). *Assessment of children: behavioral and clinical applications*. La Mesa, CA: Sattler Eds.
- Seligman, M., Walker, E. F. y Rosenhan, D. L. (2000). *Abnormal Psychology*. Nueva York: Norton.
- Silva, F. (1989). *Evaluación conductual y criterios psicométricos*. Madrid: Pirámide.
- Surgeon general (2000). *Mental Health report*. Recuperado el 12 de julio de 2011, de <http://store.samhsa.gov/product/Mental-Health-A-Report-of-the-Surgeon-General-Full-Report/SG-RPT>.
- The American Heritage Dictionary (2007). Nueva York: Houghton Mifflin Company.
- Vázquez, C. y Muñoz, M. (2004). *Entrevista diagnóstica en salud mental*. Madrid: Síntesis.
- Weiner, I. B. (2003). The assessment process. En J. R. Graham y J. A. Naglieri (eds.), *Handbook of psychology, vol 10, Assessment Psychology*. Nueva York: Wiley and sons.
- Williams, L., Edwards, T. M., Patterson, J. y Chamow, L. (2011). *Essential assessment skills for couple and family therapists*. Nueva York: Guilford Press.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación internacional de enfermedades, 10.ª revisión (CIE-10)*. Madrid: Mediator (ICD-10, International Classification of Diseases, 10th revision. Geneva, Switzerland: WHO).
- Zero to three (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders in infancy and early childhood (rev. ed.)*. Washington, DC.: APA.
-

Educación para la salud en la familia

20

ERNESTO LÓPEZ
MIGUEL COSTA

En la medida en que muchos de los comportamientos y estilos de vida que inciden en la salud y en la enfermedad se aprenden y se desarrollan en el escenario de la familia, la Educación para la Salud (EpS), como estrategia de promoción, de fortalecimiento y de cambio de esos comportamientos y estilos de vida, tiene en el escenario familiar un lugar apropiado.

20.1. EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

En otra parte (Costa y López, 2008) hemos definido la Educación para la Salud (EpS) como un «proceso deliberado de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a la adquisición y fortalecimiento de los comportamientos y estilos de vida saludables, a favorecer las elecciones positivas para la salud, y a promover los cambios en los comportamientos y estilos de vida no saludables o de riesgo» (p. 37). En la medida en que este proceso incide sobre los determinantes de la salud, la EpS se encuadra además en el marco estratégico de la Promoción de la Salud (PS), que ha sido definida como una combinación de prácticas de EpS y de apoyos de tipo organizativo, legislativo, económico y ambiental, para facilitar las prácticas saludables y para que los individuos, los grupos y las comunidades mejoren su *control sobre los determinantes personales y ambientales de la salud* (Kikbusch, 1988). Desde esta perspectiva, la EpS adquiere su verdadero sentido y desarrollo en la medida en que cuente con un

entorno favorable proporcionado por las acciones propias de la PS, y cuyos objetivos estratégicos están definidos en la Carta de Ottawa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (cuadro 20.1), que suponía una nueva concepción de la Salud Pública y de la propia PS.

CUADRO 20.1

*Objetivos estratégicos de la Promoción de la Salud.
Carta de Ottawa*

1. Elaboración de políticas públicas sanas.
2. Creación de ambientes favorables, concepción socio-ecológica.
3. Reforzamiento de la participación comunitaria.
4. Desarrollo de las aptitudes personales a través de la información y de la educación sanitaria, de modo que las personas adquieran un mayor poder y control sobre su estado de salud y sobre los determinantes de la salud.
5. Reorientación de los servicios sanitarios que han de trascender la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos.

20.2. LA FAMILIA COMO ESCENARIO DE COMPORTAMIENTOS Y ESTILOS DE VIDA

Puesto que muchos de los factores determinantes de la salud y muchos de los comportamientos y estilos de vida saludables y de riesgo tienen en la familia un lugar preponderante, la práctica de la

EpS con las familias será tanto más efectiva cuanto más tomen en consideración las características que definen ese escenario complejo, tanto por lo que se refiere a las condiciones de vida y el estilo de vida y de relaciones que mantienen sus miembros, como a las condiciones del contexto más próximo del barrio o el pueblo o la ciudad donde viven y los servicios y equipamientos de que disponen. Todo ello en coherencia con la nueva perspectiva en salud que se plantea en la Carta de Otawa (OMS).

20.2.1. La familia como fuente de comportamientos y estilos de vida

Como *contexto próximo de influencia* en el que conviven padres, hijos y demás familiares, la familia tiene un papel determinante en los procesos de socialización y en el aprendizaje y desarrollo de los comportamientos y estilos de vida, que pueden ser favorables a la salud o un riesgo para la salud. El comportamiento de salud de los padres guía el desarrollo de las prácticas de salud en los niños, y los niños pueden influir en el comportamiento de sus padres y hermanos (Nader et al., 1989). El psicólogo de familia que acomete la tarea de ayudar a las familias a promover y mejorar sus prácticas de salud habrá de prestar una atención especial a las funciones que la familia tiene en ese aprendizaje (cuadro 20.2). Los miembros de la familia son agentes activos de su propia salud y equilibrio y son una fuente privilegiada para el cambio de conducta. Estas características del entorno familiar han promovido en la actualidad el desarrollo de un *enfoque basado en la familia* (Gruber y Haldeman, 2009), para facilitar el afrontamiento de problemas de salud de gran prevalencia.

20.2.2. La familia en un contexto de riesgos y oportunidades para la salud

Pero las familias con las que hacemos EpS no son un islote virgen de influencias, sino que son un contexto que está condicionado a su vez por otros

CUADRO 20.2

Las funciones de la familia en el aprendizaje de comportamientos y estilos de vida

1. Función ejemplarizante de los padres y tutores sobre los hijos y de los hermanos mayores sobre los hermanos pequeños.
2. Naturaleza recíproca de influencia estable que mantienen todos su miembros entre sí.
3. Toma de decisiones en relación con las prácticas de alimentación y nutrición, de consumo, de ocio y tiempo libre, de amistades, de opciones educativas, de lugar de vida y de vivienda, y muchas otras que determinan, amplifican o restringen las opciones disponibles para la práctica de comportamientos y estilos de vida.
4. Sistema de valores en relación con la salud y la calidad de vida, compartido en las relaciones de convivencia entre ellos y con el contexto social en el que viven.
5. Relaciones interpersonales y grado de seguridad y de apoyo que aportan y que determinan que los comportamientos y estilos de vida saludables reciban un mayor o menor grado de refuerzo.
6. Estilo de afrontamiento de las enfermedades y el mutuo apoyo que se prestan los miembros de la familia.

contextos políticos, sociales y económicos. La familia, y los padres o tutores en particular, configuran un *entorno próximo saludable o de riesgo* dependiendo de sus propias fortalezas o riesgos y de su mayor o menor capacidad para amortiguar, contravenir o facilitar las influencias provenientes del entorno menos próximo.

Así, por ejemplo, las decisiones en relación con la alimentación de riesgo basadas en el consumo de grasas animales pueden estar enraizadas en la cultura de cocinar transmitida por generaciones, en las demandas de la vida cotidiana que orientan al consumo de comida rápida y en las penurias económicas que estimulan a adquirir productos que no siempre son saludables. Por otra parte, las familias que viven en barrios de bajo nivel socioeconómico experimentan dificultades para comprar alimentos saludables. Entre las barreras para mantener una dieta saludable destacan los

precios, la escasez de establecimientos de verduras y frutas en algunos barrios, los conocimientos culinarios y el tiempo disponible para cocinar. Las poblaciones con bajos ingresos consumen menos frutas y verduras, y la obesidad infantil es más frecuente en las familias de bajo nivel educativo. En el último informe «Hacia la equidad en salud» del Ministerio de Sanidad y Política Social (2010), se analizan con detalle estos determinantes y se concluye que las familias con mayores desventajas, y en particular los niños que viven en ellas, presentan peores resultados de salud. Lo mismo podría decirse en relación con las prácticas de higiene, con el cuidado de familiares afectados de dolencias y con la actividad física. Las familias que viven en viviendas «nicho» de grandes urbes, en barrios inhóspitos, sin parques o áreas recreativas y rodeados por el tráfico rodado amenazante, son especialmente vulnerables para desarrollar actividades propias de un ocio sedentario, como pasar muchas horas frente al televisor. Por otra parte, las decisiones que afectan al consumo general y a las decisiones en relación con la vivienda, el colegio y hasta la práctica deportiva, están mediadas por las políticas sociales en general y por las políticas educativas y de empleo en particular.

La EpS en la familia resultará tanto más efectiva en la medida en que tenga en cuenta esta relación

del contexto familiar con los demás contextos del entorno donde viven las personas, la desigual distribución de los factores de protección y de riesgo para la salud y sus esfuerzos por rediseñar y mejorar un entorno que complemente las fortalezas del contexto familiar. La EpS se ve amplificada con la acción estratégica de la PS. En el cuadro 20.3 se describen los principales factores de protección y de riesgo que afectan a la familia y a su entorno próximo en relación con el desarrollo de comportamientos saludables.

En la base del cuadro se muestra una adaptación que hemos realizado del clásico esquema de prevención primaria de Albee (1980, 1985), para significar las condiciones facilitadoras de las prácticas saludables o, por el contrario, de las prácticas no saludables o de riesgo dentro de la familia.

20.2.3. La familia como un escenario de comunicación y de relaciones de influencia

Las demandas para influir en las prácticas de salud de la familia pueden plantearse en el contexto del trabajo clínico y de la salud habituales, bien como resultado de actividades ocasionales de atención pedidas por los padres o tutores, bien por demandas

CUADRO 20.3

Factores de protección y de riesgo para un entorno próximo saludable

	Factores de protección	Factores de riesgo
Familia	<ul style="list-style-type: none"> — Poder adquisitivo estable. — Competencias parentales: calidez, empatía, apoyo y estimulación apropiada. — Estabilidad emocional de los padres. — Altas expectativas, intereses variados y buena supervisión con normas claras. — Buenas relaciones con la familia extensa y con el entorno social. — Modelos ejemplares: padres con hábitos saludables en relación con la higiene, la actividad física, la alimentación y el consumo. 	<ul style="list-style-type: none"> — Pobreza crónica. — Padres que establecen normas erráticas y utilizan el castigo físico. — Alteraciones psicológicas de los padres. — Bajo nivel educativo de los padres, pocos intereses y desorganización doméstica. — Conflicto y/o violencia en la pareja y malas relaciones con el entorno social externo. — Modelos de riesgo: padres con conducta antisocial y con problemas con las bebidas y otras drogas, vida y ocio sedentarios o aseo personal descuidado.

CUADRO 20.3 (continuación)

	Factores de protección	Factores de riesgo
Iguales	<ul style="list-style-type: none"> — Buenos amigos y compañeros que participan en actividades de ocio constructivo. — Buena relación con compañeros. — Asertividad y comunicación interpersonal. 	<ul style="list-style-type: none"> — Compañeros con conductas de riesgo, problemas de alcohol y drogas y conducta antisocial. — Aislamiento social, mala relación con compañeros. — Dejarse llevar por la presión del grupo.
Escuela	<ul style="list-style-type: none"> — Buen clima escolar con normas claras y vías de participación de los padres y alumnos. — Altas expectativas sobre el alumnado. — Oportunidades para participar en actividades motivadoras. — Tutores sensibles y estimulantes que aportan modelos positivos y saludables. — Baja ratio alumno/profesor. Servicios de apoyo. — Menú escolar saludable. — Instalaciones y programas accesibles para la actividad física y el deporte. 	<ul style="list-style-type: none"> — Alta proporción de familias en riesgo social que no participan en las actividades educativas. — Bajas expectativas sobre el alumnado con tutores «quemados» o poco sensibles. — Escuela poco sensible a las necesidades de la comunidad. — Clases con alto porcentaje de alumnado con fracaso escolar y conductas de riesgo. — Alta ratio alumno/profesor. — Equipamiento e instalaciones deficientes.
S. de Salud	<ul style="list-style-type: none"> — Atención Primaria pública, adecuadamente dotada, accesible y con atención continuada. 	<ul style="list-style-type: none"> — Servicios dispersos, mal dotados y poco accesibles.
Comunidad	<ul style="list-style-type: none"> — Barrios seguros y con viviendas apropiadas. — Relaciones de cohesión entre los vecinos. — Recursos y servicios de apoyo a las familias. — Parques y espacios gratos donde se reúnen los vecinos y con ofertas de actividad física. — Organizaciones sociales y políticas que promueven la participación social. — Ofertas de empleo y/o actividad remunerada. 	<ul style="list-style-type: none"> — Violencia e inseguridad, vecinos de paso. — Entorno con viviendas inapropiadas. — Mala dotación de recursos y equipamiento. — Barrios masificados y sin identidad. — Empleo parental con horarios extensos. — Entorno social y político escasamente participativo. — Altas tasas de desempleo juvenil.
↑ F. de riesgo ↓ F. protectores = Facilita las prácticas de riesgo		↓ F. de riesgo ↑ F. protectores = Facilita las prácticas de salud

de consultoría psicológica por parte de los profesionales de la atención primaria de salud, bien por demandas que se plantean por parte de acción protectora de los servicios sociales o bien como resultado de estancias hospitalarias más o menos prolongadas. En cualquier caso, los procesos de comunicación y de enseñanza-aprendizaje que el psicólogo de familia pone en marcha en la práctica de la EpS en la familia son procesos de influencia que tienen una triple dirección. Por una parte, *la comunicación se establece entre el psicólogo y los miembros de la familia*. A menudo, el foco de intervención se orienta a los

padres o tutores, bien como consultantes directos o bien como mediadores para influir en las prácticas de salud de sus hijos u otros familiares allegados (abuelos y personas a su cargo). El foco de intervención puede también orientarse directamente a los mismos hijos o allegados. Cuanto menor sea la edad de la persona, más se requiere el papel mediador de quienes asumen la responsabilidad de la familia. Esta comunicación ha de hacerse de tal modo que sus efectos se transfieran a la *comunicación que los miembros de la familia establecen entre sí*. Por otra parte, los comportamientos y estilos de vida de los miem-

bros de la familia, los cambios realizados en ellos como fruto de las actividades educativas, así como las dificultades que han podido surgir, constituyen *mensajes de feedback* que el psicólogo de familia ha de captar para ir regulando el proceso de comunicación y enseñanza-aprendizaje. Este triple proceso requiere que el psicólogo de familia despliegue las competencias y habilidades comunicativas y las estrategias y técnicas de aprendizaje correspondientes. El dominio de la conversación (Herrera y Chahín, 2007) es un recurso metodológico de especial utilidad para la comunicación en la EpS.

20.3. CRITERIOS Y PRINCIPIOS PARA LA INTERVENCIÓN

El desarrollo y despliegue de la EpS requiere una serie de criterios y principios, entre los que cabe señalar los siguientes.

20.3.1. Clarificación de la relación entre comportamiento y salud o bienestar

Desde una perspectiva preventiva, la EpS tiene como objetivo modificar los comportamientos y estilos de vida de riesgo que están vinculados de alguna forma a los problemas de salud (véase cuadro 20.4). Desde una perspectiva del empoderamiento en salud, la EpS tiene como objetivo promover un estilo de vida que facilite el bienestar psicológico y la calidad de vida. Todo ello requiere, por parte del psicólogo de familia, una puesta al día en la investigación epidemiológica que dé cuenta, por una parte, de las relaciones existentes entre comportamientos y problemas de salud, y, por otra parte, de todas aquellas condiciones que faciliten el bienestar y la calidad de vida de las personas del contexto familiar, de manera que las opciones de cambio y de desarrollo estén bien elegidas (Amigo y Serrate, 2006; Mantilla y Chahín, 2006).

CUADRO 20.4

Relación entre comportamientos de riesgo y problemas de salud

Prácticas y comportamientos de riesgo	Problemas de salud más relevantes
<ul style="list-style-type: none"> — Sedentarismo. — Ingesta hipercalórica. 	<ul style="list-style-type: none"> — Obesidad. — Diabetes tipo 2. — Problemas cardiovasculares. — Algunos tipos de cánceres.
<ul style="list-style-type: none"> — Consumo de tabaco. — Consumo de alcohol. 	<ul style="list-style-type: none"> — Enfermedad cardiovascular. — Cáncer. — Accidentes de tráfico.
<ul style="list-style-type: none"> — Ausencia de higiene bucodental. — Consumo de azúcar. 	<ul style="list-style-type: none"> — Caries dental. — Enfermedades periodontales.
<ul style="list-style-type: none"> — Estrés crónico y excesivo. — Conflictos. 	<ul style="list-style-type: none"> — Problemas cardiovasculares. — Problemas de ansiedad.
<ul style="list-style-type: none"> — Déficit de competencia social. — Déficit de habilidades en solución de problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> — Depresión. — Aislamiento social.
<ul style="list-style-type: none"> — No utilizar el preservativo. 	<ul style="list-style-type: none"> — Enfermedades de transmisión sexual. — Embarazos no deseados.

Este esfuerzo de clarificación requiere también, por último, una puesta al día del apoyo empírico (Spivac y Shure, 1974; UIPES, 1999; Albee y Gullo-ta, 1997) con que cuentan las acciones y programas que se dice que tienen efectos preventivos.

20.3.2. Un modelo conceptual que ayude a entender las prácticas de salud y de riesgo

Un modelo conceptual es útil en la medida en que tenga suficiente apoyo empírico como para explicar las variables relevantes implicadas en el de-

sarrollo de las prácticas de salud y de riesgo y permita orientar las acciones necesarias para su modificación. En Psicología de la Salud se han propuesto diferentes modelos teóricos (Tones et al., 1990), que aportan explicaciones de variables relevantes implicadas en el comportamiento de salud. En la figura 20.1 se muestra un esquema del *modelo biográfico*, desarrollado en otra parte (Costa y López, 2008) y que contempla de manera comprensiva paradigmas básicos (aprendizaje clásico y operante, aprendizaje vicario...) que explican la adquisición de comportamientos, incluidos los de salud y los de riesgo. Básicamente, este modelo plantea que los comportamientos y estilos de vida de los

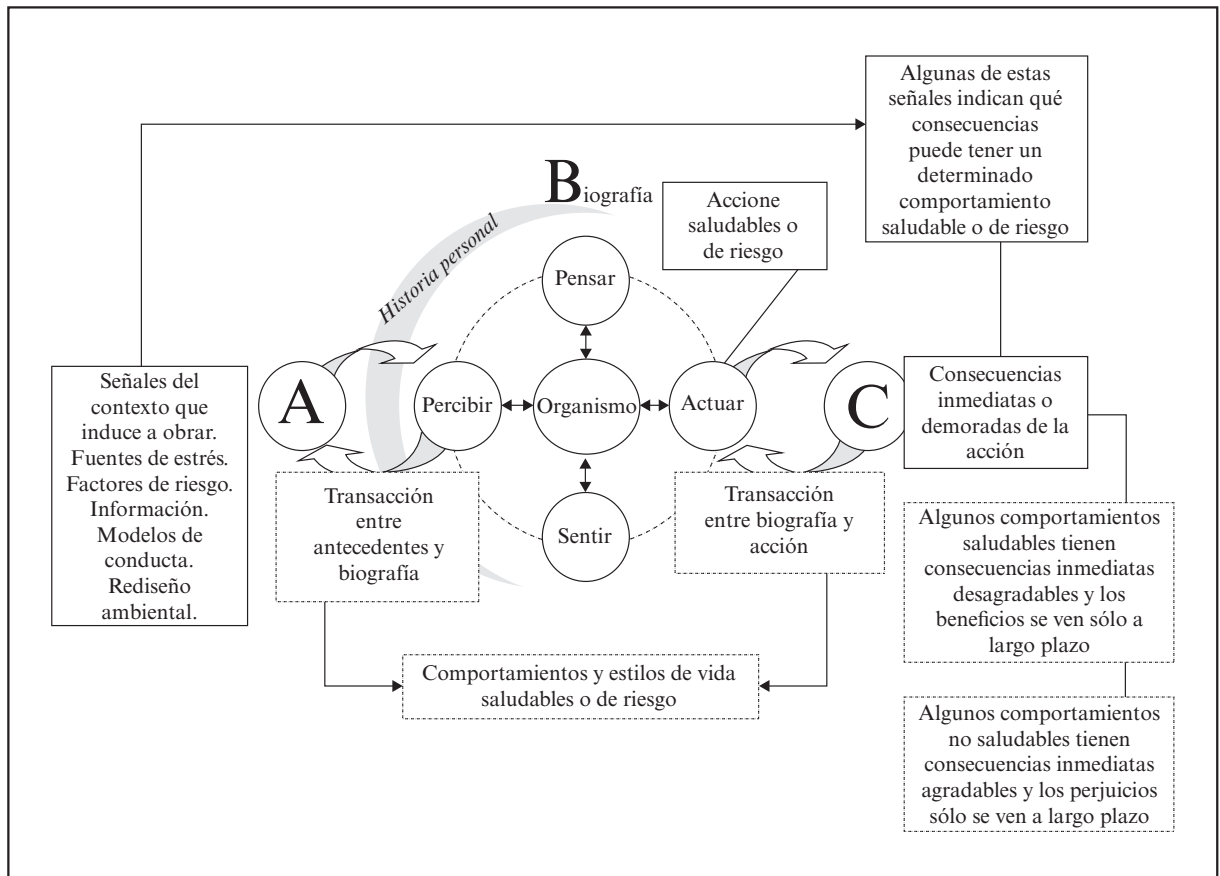


Figura 20.1.—Los comportamientos y estilos de vida son experiencias transaccionales.

padres, de los hijos y de otros miembros de la familia son experiencias que tienen su génesis en las transacciones que establecen entre sí y con las circunstancias de los contextos en los que viven. Cada uno de los miembros de la familia tiene una *biografía* y una *historia biográfica* que los hace únicos y exclusivos.

En esas transacciones, múltiples circunstancias del contexto actúan como *antecedentes* (A), más o menos próximos, que cumplen la *función de inducir*, con mayor o menor fuerza, a obrar de manera saludable o no. Algunas de esas circunstancias son «tentaciones» difíciles de vencer, les provocan experiencias emocionales positivas o negativas, les advierten de lo que les puede ocurrir si se comportan de una manera determinada, y constituyen *fuentes de estrés* que ellos tratan de afrontar con mayor o

menor fortuna. Otras son *factores de riesgo* para la salud y el bienestar que hay que gestionar para que el riesgo no se convierta en un problema. El *ejemplo* de los padres o de los hermanos es una influencia que puede ser fuente de salud y de conductas de salud o de conductas no saludables. Pero los miembros de la familia no son seres pasivos ante la influencia de las circunstancias del contexto. Ellos actúan también sobre el contexto y sobre los demás, y ello tiene *consecuencias favorables o desfavorables* (C) que influyen a su vez sobre su conducta ulterior.

A partir de este modelo conceptual, puede establecerse un modelo de intervención (figura 20.2) con el que operar de manera específica para facilitar los cambios necesarios y promover prácticas o hábitos saludables en el marco de un plan de acción.

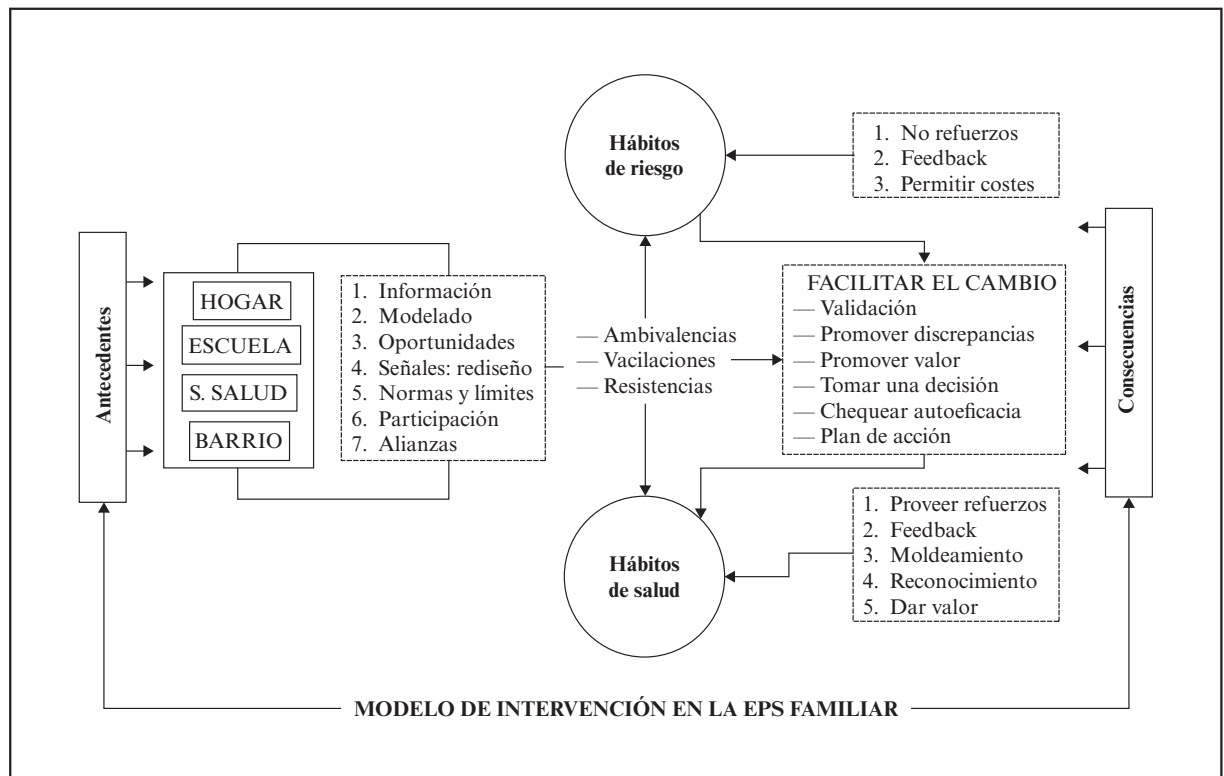


Figura 20.2.—Modelo de intervención de EpS en la familia.

20.3.3. Establecer una alianza cooperativa de trabajo con la familia

Tratar de influir en los comportamientos y estilos de vida de los miembros de la familia, y en su salud y bienestar, conlleva establecer una *alianza de trabajo* con todos ellos y, en especial, con quienes han asumido la responsabilidad de la familia: los padres o tutores. Es una alianza de trabajo para compartir información relevante de salud, deliberar con ellos acerca de qué hacer y qué no hacer y comprometerlos en un plan de acción acordado. Las relaciones interpersonales entre los profesionales y las familias durante la alianza pueden tener por sí mismas un poder transformador sobre los comportamientos y estilos de vida de los miembros de la familia. El comportamiento profesional constituye un *modelo de comportamiento* que puede influir favorablemente.

20.3.4. Identificar, validar y promover las fortalezas de la familia

Con probabilidad, y sobre todo en un entorno de riesgo para la salud como en el que se vive y con demandas específicas de intervención, lo más probable es que se plantee, como decíamos, introducir cambios en las prácticas de salud de la familia. Estos cambios serán más factibles cuando se apoyan en las propias fortalezas de los miembros de la familia. En este sentido, suele haber dos fortalezas en las que apoyarse. Por una parte, las diferentes *prácticas saludables* que ya vienen mostrando en relación con la alimentación, con la actividad física, con las normas existentes y con tantas otras muestras de acciones saludables. El psicólogo de familia las indagará activamente, mostrará su fascinación y reconocimiento, preguntará cómo se las arregla la familia para conseguirlo y evitará ir de prisa hacia el cambio. Las técnicas que aparecen en la figura 20.2, vinculadas a los «hábitos de salud», serían de utilización preferente. Cabría preguntarse si es posible mejorar dichas prácticas aún más («Me pregunto si se plantean mejorar y generalizar aún más lo que ya están haciendo»). Por otra parte, otra gran fortaleza que las

personas suelen tener es su disposición al cambio. Todo ello supone trabajar con un *enfoque de potenciación* (Costa y López, 2006, 2008), con un estilo pedagógico que comparte poder y control con las familias y sus miembros, los empodera para que puedan influir con sus *elecciones, decisiones, acciones responsables* en su salud, bienestar y calidad de vida, poner en práctica las *capacidades de afrontamiento* de adversidades, factores de riesgo y fuentes de estrés, acceder a los *recursos y factores de protección* personales y del contexto disponibles y *hacer los cambios de comportamiento y estilos de vida* favorables a la prevención y a la promoción de la salud.

La pedagogía de la potenciación adquiere un significado especial cuando se trata de promover la *resiliencia*, una competencia compleja que define la fortaleza personal para resistir y no sucumbir ante contextos de riesgo, experiencias adversas y fuentes de estrés que pueden afectar al proceso de salud-enfermedad de los miembros de la familia. La resiliencia de las familias (Walsh, 2004) y de los niños y adolescentes no implica invulnerabilidad o insensibilidad al estrés, sino más bien la capacidad para restablecerse, contando con los recursos y factores de protección adecuados (cuadro 20.5) respecto a las experiencias adversas, logrando mantener el ajuste psicológico y saliendo de la prueba incluso más fortalecidos y competentes que antes (Murphy y Moriarty, 1976), sin llegar a desarrollar comportamientos y estilos de vida perjudiciales para la salud (fumar, beber en exceso, mantener relaciones sexuales sin protección, y otros). En el cuadro 20.5 se describen algunas características de las *familias fuertes*, características que el psicólogo de familia ha de chequear y promover con el objetivo de facilitar un ambiente idóneo para amortiguar el estrés y desarrollar estilos de vida saludables.

20.3.5. Adoptar una perspectiva intersectorial e interdisciplinaria

Puesto que, como se ha dicho, las influencias sobre los comportamientos y estilos de vida proceden de múltiples escenarios del contexto sociocultu-

CUADRO 20.5

Características de las familias fuertes

1. Desarrollan el hábito de observar las buenas cualidades de cada miembro y expresar su valoración y reconocimiento. Contribuyen a desarrollar un sentimiento de pertenencia.
2. Saben establecer una buena vinculación afectiva entre ellos. Saben escuchar y expresar sus emociones.
3. Pasan tiempo juntos y saben planificar actividades agradables que comparten.
4. Desarrollan un fuerte compromiso entre sus miembros, fruto de una buena vinculación emocional y decisiones compartidas.
5. Muestran buenas maneras de comunicarse y resolver problemas.
6. Saben establecer normas y límites de manera clara, acordada y coherente. La existencia de estas normas contribuye a establecer un ambiente estable, predecible y seguro.
7. Promueve entre sus miembros un marco de valores y cierto sentido de finalidad a las acciones y a la vida en general.
8. Promueven flexibilidad de roles y tareas, de manera que se adapten mejor a los cambios del entorno.
9. En el caso de familias monoparentales, mantienen buenas relaciones y compromiso con los miembros con los que no conviven.
10. Promueven un papel activo orientado a que sus miembros dispongan en sus vidas de reforzadores estables y variados.

ral, la eficacia de las intervenciones sobre la familia y de las acciones de la familia favorables a la salud dependerá en buena medida de que adoptemos una perspectiva intersectorial y de que establezcamos coaliciones y líneas de acción múltiple y sinérgica entre grupos y organizaciones de los diferentes sectores implicados. En la figura 20.2 se plantean alianzas con el sistema de salud y demás servicios que el psicólogo de familia, junto con los tutores o padres y otros profesionales, pueden promover para facilitar su tarea. Ellis (1998) señala que las intervenciones preventivas, para ser efectivas, han de reunir una serie de características que tienen que ver con la complejidad de los contextos (cuadro 20.6).

CUADRO 20.6

Perspectiva intersectorial en los programas preventivos

1. Deberán tener en cuenta los *varios factores de riesgo* que suelen incidir de manera aditiva e interactiva en la aparición de un problema, y también la existencia de *varios factores de protección*. Pueden resultar inefectivos los programas preventivos que atienden a un solo factor de riesgo, cuando son varios los que inciden en el problema, o los programas que se centran sólo en los factores de riesgo y descuidan los factores de protección.
2. Habrán de hacerse en los *diversos contextos* (familia, escuela, espacios de ocio, grupos de amigos), los cuales han de ser multisectoriales. Ello supone identificar los escenarios relevantes con los que compartimos la meta de influir en los comportamientos y estilos de vida de la familia y de qué manera las personas con las que nos comunicamos hacen las transiciones entre los escenarios habituales en su vida cotidiana y los escenarios de la intervención. Es difícil intervenir en problemas de sobrepeso u obesidad sin tener en cuenta la influencia que sobre el comportamiento alimentario tiene el escenario familiar, el grupo social al que se pertenece, las políticas sanitarias, los medios de comunicación o la publicidad, e incluso la accesibilidad de actividades deportivas en el colegio.
3. Habrán de tenerse en cuenta las *interacciones* y la posible *coherencia* o *contraposición* que suelen producirse entre esos diversos escenarios. Esto implica descifrar cuáles son los escenarios y las circunstancias que alientan los mismos objetivos, cuáles promueven el aprendizaje de los mismos comportamientos que tratamos de suscitar, y cuáles son las que trabajan en sentido contrario.
 - a) Las metas que planteamos en la EpS invitando a una dieta sana pueden o no ser coherentes con las prácticas sociales que promueven determinados tipos de dietas.
 - b) Las prescripciones farmacéuticas para el tratamiento apropiado de una enfermedad pueden o no ser coherentes con las prácticas sociales que otorgan también poder de influencia a lo que dicen los vecinos acerca de tomarse o no tantas pastillas o durante tanto tiempo.

CUADRO 20.6 (continuación)

- c) Nuestros mensajes acerca de las medidas preventivas de embarazos no deseados en adolescentes pueden entrar en colisión con las circunstancias, creencias o presiones del grupo de compañeros y de la propia relación sexual, que pueden influir para que se descuiden las medidas preventivas.
- d) Los programas para prevenir la iniciación en el consumo de drogas pueden entrar en contradicción con los escenarios del tiempo libre, en los cuales puede ser difícil decir «no» o prescindir de los placeres del consumo.
4. Habrán de asegurarse de que sea adecuada, suficiente y accesible la *provisión de recursos* y servicios por parte de los sectores o niveles implicados.

En el marco de esas coaliciones, es importante crear y promover escenarios en los que los niños y adolescentes puedan participar en actividades favorables a la salud, teniendo en cuenta el poder transformador que esta participación puede tener, tal como Chinman y Linney (1998) han puesto de manifiesto.

20.3.6. Cuidado con los dogmas

Difícilmente caben los dogmas en relación con las maneras de vivir. Por otra parte, las diferentes opciones en relación con las acciones que afectan a la salud, salvo en algunos casos, raramente son dicotómicas y no resulta fácil saber cuándo una determinada práctica deja de ser saludable y comienza a ser de riesgo (figura 20.3).

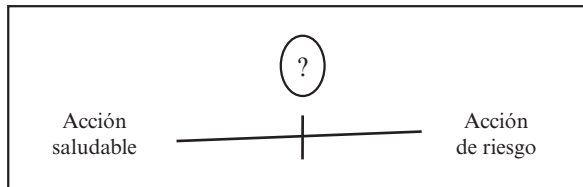


Figura 20.3.—Acción saludable/Acción de riesgo.

Esta perspectiva permite que las acciones saludables resulten más fáciles de adoptar, ya que se contemplan en un contexto flexible en donde caben, a veces, prácticas no tan saludables.

20.3.7. Evitar decir lo que tienen que hacer. Validar las prácticas de riesgo

En un contexto de dudas o vacilaciones, decir a alguien lo que tiene que hacer para llevar una vida saludable es un resorte para que las vacilaciones desaparezcan y para hacer lo contrario de lo que se le dice que haga, recurso, por otra parte, que algunos padres suelen utilizar con sus hijos. Éstos, por muy pequeños que sean, no son de plastilina ni se adaptan de manera pasiva a cuantos cambios y moldeamientos deseemos introducir. Por el contrario, son agentes activos que se resisten a las influencias deliberadas y desean tomar parte activa en la dirección de las mismas. También es cierto que cuando más mayores son, más desean intervenir en el curso de su vida. *Una manera de comenzar es validar lo que vienen haciendo, incluso aunque estuvieran adoptando prácticas de riesgo. Validar no supone darles la razón; es tan sólo escuchar, no juzgarles y tratar de comprender lo que hacen. Ello permite clarificar las ambivalencias. Cuando de lo que se trata es que los padres asuman este papel en relación con sus hijos, esto puede requerir cierta deliberación y entrenamiento.*

20.4. PROMOVER COMPORTAMIENTOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA FAMILIA

Los procesos de comunicación y de enseñanza-aprendizaje de la EpS tienen el propósito último de promover comportamientos y estilos de vida, para lo cual establecen estrategias y acciones que permiten lograrlo.

20.4.1. Clarificar valores y objetivos

Cuando existen prácticas de salud y de riesgo que compiten entre ellas, procede iniciar un proce-

so de clarificación de valores que ayude a tomar una opción u otra. En el cuadro 20.7 se describen una serie de preguntas orientadas a chequear el valor que los padres dan a la salud de sus hijos. Cuando se trata de problemas de salud existentes, la pregunta puede indagar directamente el valor que tiene para ellos reducir o aliviar el problema de que se trate o de promover las conductas alternativas de salud específicas («¿cuánto le importa que su hijo reduzca la obesidad, mejore su asma, su higiene dental, coma más saludablemente, esté más activo...?»).

CUADRO 20.7

¿Cuánto le importa la salud de sus hijos?

1. *¿Cuánto le importa la salud de sus hijos de 0 a 10, donde 0 significa que no le importa nada y 10 que le importa muchísimo? (conviene aludir prácticas de salud concretas).*
2. Si responde con un número alto (por ejemplo, 8 o 9), se puede repreguntar «¿y por qué no 3?» De esta manera, se estimula al padre o la madre a que hable y argumente a favor de las razones por las que la salud de sus hijos es importante. Es una manera de motivar a favor de la opción saludable y del cambio, sobre todo cuando el cambio puede requerir especiales esfuerzos por parte del padre.
3. Si responde con un número bajo (por ejemplo, 3 o 4), se puede repreguntar «¿y por qué no 10?». De esta manera, se estimula al padre o a la madre a que argumente a favor de las razones por las cuales el cambio no importa. Es una manera de identificar o clarificar la existencia de mitos o creencias erróneas, así como de obstáculos, de ver si percibe que no tiene control sobre ellos y que da lo mismo haga lo que haga. Sus respuestas orientan a proveer de conocimientos de salud o a corregir mitos o creencias erróneas si las hubiera.

Este tipo de preguntas pueden hacerse también con el resto de miembros de la familia, claro está, adaptadas a las circunstancias y desarrollo evolutivo. En el caso de los menores, los padres pueden asumir esta tarea de clarificación, con el asesoramiento y apoyo del psicólogo, cuando ya

existen en el repertorio de los menores prácticas de riesgo que compiten con las conductas de salud que se pretende desarrollar. En el cuadro 20.8 se ofrecen dos esquemas sencillos de afrontamiento: uno no efectivo, en el que la madre ordena lo que el niño tiene que hacer, y otro, más efectivo, en el que la madre acepta y comprende la dificultad que le pone su hijo, le provee de una información clarificadora y permite que opte y decida.

Esta información clarificadora puede resultar más efectiva si se hace a través de un procedimiento de sensibilización encubierta, adaptada a la edad evolutiva del niño, en donde se anticipan las consecuencias desagradables que siguen a una conducta de riesgo, hasta el punto incluso de poder generar una cierta ansiedad, y las consecuencias positivas que siguen a la conducta alternativa.

20.4.2. Preparar para la acción mediante la deliberación

Lo más habitual que se encuentra un psicólogo de familia, salvo que los hábitos saludables estén muy bien asentados, es una gran ambivalencia y enormes dudas y vacilaciones en relación con las prácticas de salud o de riesgo, puesto que suele existir un conflicto entre lo que debe hacerse y lo que realmente apetece hacer y de hecho se hace. Ello se debe, tal y como se ve en la figura 20.1, a que a menudo las acciones de riesgo resultan más fáciles de adoptar, porque las consecuencias positivas que obtienen suelen ser gratificantes a corto plazo; en cambio, sus consecuencias nocivas o desagradables pueden ocurrir a largo plazo, lo contrario de lo que sucede también a menudo con los hábitos saludables. Por otra parte, las influencias a las que están sometidos los miembros de una familia son diversas y apuntan a objetivos o direcciones diferentes. Habrá quienes en la misma familia muestren prácticas claramente de riesgo en relación con un ámbito y otros en cambio las muestren sólo en parte. Ello requiere un enorme tacto y sensibilidad para facilitar el cambio hacia una dirección más saludable. Por todo ello, la comunicación y los procesos de ense-

CUADRO 20.8

Tipos de afrontamientos ante las reticencias en realizar acciones saludables

Una madre está dialogando con su hijo de 6 años sobre la importancia de mantener la higiene de los dientes y la importancia de cepillárselos todas las noches antes de irse a dormir. El hijo se muestra reticente a hacerlo todas las noches.	
Afrontamiento no efectivo	Afrontamiento efectivo
<p>Hijo: «Mamá, hay noches en que estoy muy cansado y me cuesta mucho hacerlo».</p> <p>Madre (ordena): «Pues hijo, hay que hacerlo aunque nos cueste...»</p> <p>Hijo (más reticente aún): «Pues yo creo que cepillarte los dientes de vez en cuando es suficiente. ¡Es un latazo hacerlo todos los días!».</p> <p>Madre (sigue ordenando): «¡Pues hay que hacerlo!».</p>	<p>Hijo: «Mamá, hay noches en que estoy muy cansado y me cuesta mucho hacerlo».</p> <p>Madre (Valida, acepta y comprende la dificultad): «Sé, hijo, que no es cómodo ir a cepillarte los dientes cuando acabas de cenar, estás cansado y quieres irte a la cama cuanto antes. Lo comprendo, hijo...».</p> <p>Madre (promueve discrepancias y permite que el hijo elija). «Lo único que puedo decirte es que cuando te vas a la cama sin cepillarte los dientes, las bacterias, esos bichos pequeñitos desagradables que dejan los restos de comida y los dulces, estarán toda la noche escarbando hasta perforarlos... La única manera de echarlos fuera es cepillándote los dientes (...) Tú decides. O bien te cepillas los dientes, te enjuagas y los echas de tu boca y podrás disfrutar de tu aliento fresco, agradable y limpio, o te vas a la cama con esos bichos...».</p>

FUENTE: Costa y López, 2008.

ñanza-aprendizaje que tienen lugar en la práctica de la EpS se convierten en estos casos en *deliberación conjunta* con los miembros de la familia, para ayudarles a despejar las ambivalencias y a *tomar decisiones*, teniendo en cuenta los valores y los objetivos que les importan.

20.4.2.1. *Comprender las ventajas de los comportamientos y estilos de vida habituales*

A menudo se hace difícil incorporar en la vida familiar comportamientos y estilos de vida saludables, porque, entre otros motivos, los comportamientos y estilos de vida habitual están muy arraigados. Dejar las cosas como están puede tener sin duda ventajas. Los intentos del psicólogo de familia por desestabilizar la conformidad con ellos requieren, pues, que tome en consideración las *funciones que cumple* y las ventajas y beneficios que puede tener la estabilidad de los comportamientos y estilos de vida habituales. Las ventajas resaltan más cuando los costes de los comportamientos no saludables

y de riesgo no sean muy grandes o se producen a largo plazo y no de manera inmediata.

20.4.2.2. *Confrontar para despejar la ambivalencia*

En la deliberación, *suscitamos un cambio de perspectiva* respecto a los comportamientos y estilos de vida habituales y contribuimos a *crear discrepancia* entre las *ventajas* y los *inconvenientes* y riesgos asociados a los mismos, lo cual puede tener un *impacto motivador* y contribuye a *despejar la ambivalencia* entre los motivos para la conformidad y los motivos para emprender acciones de cambio, sobre todo cuando *los confrontamos* con los valores y los objetivos que les importan. Se trata, en definitiva, de contribuir a que los motivos para hacer cambios en los comportamientos y estilos de vida tengan más peso y hagan *inclinarse la balanza* en ese sentido (figura 20.4). En este momento de la deliberación, les podemos pedir que elaboren una *lista de ventajas e inconvenientes* a corto y largo plazo de las diferentes opciones.

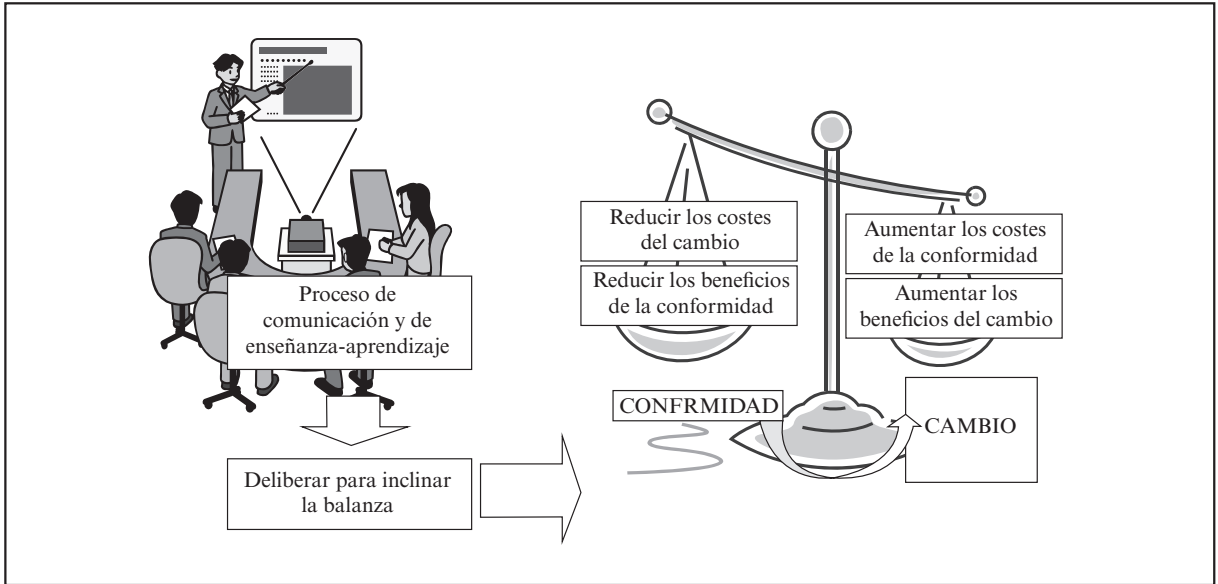


Figura 20.4.—Inclinar la balanza a favor del cambio.

Una manera de clarificar aún más las ambivalencias es preguntando y confrontando (*feedback*) las posibles discrepancias que pudiera haber entre las opciones de riesgo y las saludables. En el cuadro 20.9 se muestra un diálogo entre el psicólogo y la madre de un niño obeso.

La resolución de la ambivalencia no tiene que implicar necesariamente una elección y una decisión de naturaleza dicotómica entre las ventajas de los comportamientos habituales (comer comidas sabrosas) y las ventajas del cambio (reducir cantidades de la comida sabrosa habitual). Haciendo uso del re-

CUADRO 20.9

Diálogo entre el psicólogo y la madre de un niño con obesidad

Una madre tiene por costumbre poner la televisión cuando come con sus hijos y el psicólogo acaba de explicarle que comer de esta manera es un riesgo para que coma más.

PSICÓLOGO: «Tenemos las dos opciones: comer viendo la TV o comer con la TV apagada. Puedo decirte que el hecho de comer viendo la TV ocasiona que el niño no se sacie, porque no se da cuenta cuánto está comiendo, y así come más y más. Por otra parte, comer sin ver la TV permite que observe detenidamente sus sensaciones, coma despacio y se dé cuenta, sobre todo si os ve también que coméis despacio. El organismo es muy sabio y nos avisa cuándo ha entrado demasiado alimento; de esta forma, es probable que el niño no coma más de lo que necesita, pero si el niño está distraído con la TV cuando come no lo percibe y come más de la cuenta. ¿Cómo lo ves?».

MADRE: «Sí, lo entiendo, pero no sé si seré capaz de hacerlo. ¿Y si me pide que le ponga la TV?».

PSICÓLOGO: «¿A ti qué se te ocurre que podrías hacer?».

El psicólogo y la madre, a través de la deliberación, pueden anticipar obstáculos y buscar soluciones incluso aún en el supuesto de que el niño se eche a llorar. Pueden establecer procedimientos para hacerlo de una manera asertiva, poner límites firmes o incluso rediseñar el ambiente y trasladar la TV a otro lugar distinto al comedor.

curso didáctico de la balanza, deliberamos acerca de los cuatro «pesos» que influyen en la conformi-

dad con los comportamientos habituales y en el cambio (cuadro 20.10).

CUADRO 20.10

Tareas para inclinar la balanza

Tareas	Comentarios
1. Hacer visibles las ventajas del cambio.	Los cambios que propugnamos en la EpS no serán probables si, aun habiendo inconvenientes para la salud en los comportamientos y estilos de vida habituales, los cambios no depa- ran <i>beneficios suficientes</i> que contrapesen las ventajas de dejar las cosas como están y que hagan que valga la pena embarcarse en el compromiso con el cambio. El proceso de enseñanza-aprendizaje de la EpS implica, pues, una <i>movilización de incentivos para el cambio</i> .
2. Reducir los costes del cambio.	Una estrategia complementaria es tratar de <i>reducir los costes</i> e inconvenientes de las acciones de cambio. Identificamos con la familia las dificultades reales y las barreras y obstáculos que probablemente se van a encontrar al tratar de hacer los cambios, y deliberamos sobre la mejor manera de removerlos, reducirlos o minimizarlos.
3. Reducir las ventajas de los comportamientos no saludables y de riesgo.	El proceso de enseñanza-aprendizaje implica también cooperar con ellos para <i>disminuir o suprimir los beneficios</i> y apoyos con los que cuentan los comportamientos no saludables y de riesgo. Al tratar de hacerlo, hemos de tener en cuenta las circunstancias del contexto (publicidad, presión social, modelado social...).
4. Hacer visibles los costes de la conformidad.	Deliberamos también con ellos acerca de los <i>costes, inconvenientes, riesgos</i> y consecuencias adversas para la salud que pueden acarrear los comportamientos y estilos de vida habituales.

20.4.3. Chequear la autoeficacia

En el cuadro 20.11 se describen posibles preguntas para chequear la autoeficacia con el objetivo de proveer de apoyo y entrenamiento, si fuera necesario.

20.4.4. Planes de acción: pasar de los dichos a los hechos

La adquisición y fortalecimiento de comportamientos y estilos de vida saludables, las elecciones positivas para la salud y los cambios en los comportamientos y estilos de vida no saludables o de riesgo, que son objetivos de la EpS, sólo se alcanzan cuando la deliberación y la reflexión se convierten en acción, en hechos, en obras. Ello supone *activar los procesos transaccionales* que tienen lugar en las dos zonas de contacto de la figura 20.1.

CUADRO 20.11

¿Cuánta capacidad se percibe para realizar las acciones del cambio?

1. *¿Con cuánta capacidad se percibe para realizar las acciones del cambio, de 0 a 10, donde 0 significa que se percibe incapaz y 10 que se percibe con plena capacidad?* (conviene aludir prácticas de salud concretas).
2. Si responde con un número alto (por ejemplo, 8 o 9), se puede repreguntar «¿y por qué no 3?» De esta manera, se estimula al padre a que hable y argumente a favor de las razones y recursos de que dispone para acometer el cambio. Es una manera de identificar recursos y habilidades para el cambio.
3. Si responde con un número bajo (por ejemplo, 3 o 4), se puede repreguntar «¿y por qué no 10?». De esta manera, se estimula al padre a que argumente a favor de las razones por las cuales no se percibe con capacidad. Es una manera de identificar o clarificar la existencia de barreras, de falta de recursos o de habilidades que permitan acometer el cambio.

20.4.4.1. *Establecer antecedentes que activen los comportamientos saludables*

Son varias las circunstancias que pueden activar los comportamientos y estilos de vida saludables.

a) Facilitar información de salud

La información es una condición antecedente necesaria, aunque no suficiente, para el desarrollo

de prácticas de salud. La información que comunicamos a los padres y la que éstos comunican a sus hijos habrá de adaptarse a las condiciones evolutivas de quienes la reciben y ha de transmitirse en las mejores condiciones posibles, procurando que el *mensajero resulte grato y fiable* y el contexto y el momento que se eligen predispongan a recibirla. En el cuadro 20.12 se describen algunas condiciones que incrementan la efectividad de la información de salud.

CUADRO 20.12

Condiciones que incrementan la efectividad de la información

1. **Mensajes unilaterales/bilaterales.** Cuando los niños son pequeños, son preferibles los mensajes sencillos y unilaterales, es decir, aquellos que sólo expresan las ventajas o aspectos de una opción de conducta (por ejemplo, «cepillarse los dientes es ¡guay! porque...»). En cambio, en los adolescentes son preferibles los mensajes bilaterales, es decir, aquellos que señalan las diferentes opciones de conducta que hay (por ejemplo, fumar/no fumar) anticipando los argumentos de quienes optan por la opción alternativa (por ejemplo, «hay quienes optan por fumar y suelen decir que...»), para refutarlos a continuación sin incurrir en la invalidación personal de quienes hacen esa elección (por ejemplo, «en mi opinión, ese argumento esconde en realidad...»).
2. **Críticar la opción de conducta, pero respetar a quien la elige.** Cuando argumentamos en contra de una opción de conducta conviene hacerlo sin incurrir en la invalidación de quien la elige. Si esto no lo hacemos, podemos, aparte de incurrir en una generalización injusta, suscitar en niños y adolescentes aprecio —por reacción y por alianza con la «víctima»— por el personaje al que juzgamos y, como consecuencia, por lo que hace.
3. **Utilizar ejemplos y metáforas adaptados al desarrollo evolutivo.** Los ejemplos y metáforas, además de suscitar atención, facilitan su comprensión, su afecto y su retención.
4. **Mensajes que afecten y que animen a la acción.** El mensaje más efectivo es aquel que resulta lo suficientemente específico (informa de *qué* y *cómo* se hace) y sugerente como para conmovir el ánimo y facilitar decisiones y acciones.
5. **Mensajes no coercitivos y que faciliten la toma de decisiones.** Son preferibles los mensajes que dan la oportunidad de elegir entre las diferentes opciones a los mensajes, con opciones cerradas y que aparecen como intentos deliberados de influir y controlar. En este sentido, resulta más efectivo utilizar mensajes expresados en términos de «así lo veo yo» que en términos de «así son las cosas», y permitir la elección.
6. **Permitir expresar la no aceptación y sus dificultades.** Los mensajes resultan muy efectivos si se permite expresar respuestas negativas o de rechazo manifiesto a los mismos y se hace un reconocimiento explícito de las dificultades que los receptores manifiestan («En efecto, al principio puede no resultar fácil porque...»).
7. **Los mensajes más consistentes son los que se transmiten de manera reiterada a través del ejemplo.**

b) El valor del buen ejemplo

En nuestros encuentros con las familias, señalamos que una de las estrategias más efectivas para influir en el comportamiento de salud de los niños y adolescentes es facilitar que estén expuestos a *mo-*

delos ejemplares de prácticas de salud; es decir, que los padres sirvan de ejemplo de hábitos saludables, y que se les lean cuentos y se construyan historietas en los que salgan los personajes favoritos ejecutando dichos hábitos. En la vida familiar existen infinidad de situaciones para ello.

Así, por ejemplo, caminar hacia su lugar de destino en lugar de coger el automóvil, utilizar las escaleras en vez del ascensor, bailar o jugar con los hijos en lugar de ponerse a ver la televisión, practicar ejercicio al aire libre, cepillarse regularmente los dientes, comer despacio en familia sin ver la televisión mientras se come, utilizar menús saludables, etc., todo ello en presencia o con la participación de los niños y mostrando agrado y satisfacción por ello. Es una manera muy económica y sencilla de promover prácticas de salud y, sin duda, mucho más efectiva que decirles que hagan estas actividades. Si ante los problemas interpersonales que pudieran acontecer en la vida diaria, los padres evitan las descalificaciones y las imposiciones y escuchan la perspectiva de la otra persona y expresan su malestar y su opinión de manera firme, adecuada y con respeto, están promoviendo el aprendizaje de la compleja competencia social de resolver problemas. Leer y estudiar con interés delante de los niños es un modo también de estimularles y aficionarles a la lectura y al estudio.

c) Rediseñar el ambiente y establecer normas

El diseño y rediseño del ambiente interno y externo en el que vive habitualmente la familia es un factor de enorme importancia, porque puede crear ocasiones y oportunidades para que los comportamientos y estilos de vida saludables adquieran una presencia y valor relevantes, y puede ser también una barrera para el desarrollo de las conductas no saludables y de riesgo.

Así, por ejemplo, de la misma manera que vivir en Francia es un contexto facilitador para practicar y aprender francés y es también una barrera para aprender chino, vivir en una familia cuyos padres tengan enchufado el televisor a menudo y no pongan restricciones para verlo y habiten en una zona en donde no haya disponibilidad de parques o áreas recreativas susceptibles de practicar algún deporte o alguna actividad física, es un contexto físico social que facilita el sedentarismo y es, al mismo tiempo, un obstáculo para llevar una vida activa. Las diferentes acciones implicadas (hablar francés en el caso del idioma, o ver la televisión en el caso del sedentarismo) ocasionan consecuencias (logra comunicarse y se hace entender hablando francés o se divierte viendo la televisión) que compensan, convirtiéndose de esta manera el propio ambiente en el componente estructural por excelencia para el aprendizaje.

En el cuadro 20.13 se ofrecen diferentes ejemplos de rediseño ambiental que pueden implicar el establecimiento de normas y facilitar opciones saludables. En las actividades de EpS con las familias, podemos construir con ellas cuadros similares adaptados a las condiciones concretas de cada familia que les ayuden a tomar decisiones.

20.4.5. Practicar y ensayar

La mejor manera de predecir el éxito en el aprendizaje de un hábito de salud es lograr que se pase a la acción cuanto antes. Poder practicar y ensayar la acción saludable da oportunidad de que se experimente y se desmitifique lo que se pretende aprender, permite establecer acciones correctoras (*feedback*) para hacerlo mejor, hace posible el efecto de las consecuencias que ocasionan las acciones y facilita que se adquiera dominio del hábito de salud, por efecto de la práctica corregida y guiada. La acción es un desencadenante de procesos motivadores de primer orden. Puede decirse que la motivación es un acicate para la acción, pero, sobre todo, un resultado de la acción.

Así, por ejemplo, salir de excursión por el campo con amigos o con los padres puede resultar una experiencia tan grata e inolvidable que los niños que lo experimentan desearán repetirla y sobrarán las charlas o diálogos acerca de la importancia que la actividad física tiene para la salud como estrategia para estimular la acción. Probar en pequeñas cantidades, de manera que se minimicen los costes y se optimicen los beneficios.

Otra manera de predecir el éxito en el desarrollo y mantenimiento de hábitos de salud es lograr que las acciones de salud se practiquen en una compañía que resulte accesible y grata. Cuando se hace con amigos u otras personas muy accesibles, las actividades en un principio aburridas pueden tornarse atractivas, pues cuando existen momentos de olvido, desgana o apatía, los amigos «tiran» y sirven de recuerdo y presión para realizar la actividad y asegurar que ésta resulte estable y continuada a lo largo del tiempo.

CUADRO 20.13

Decisiones sobre diseño ambiental que afectan a la salud y al bienestar

1. **Adquisición y ubicación de utensilios y recursos.** Decidir si comprar o no un televisor o ubicarlo en el lugar central de la casa, en un sitio incómodo y poco accesible o en la habitación de los niños o con acceso libre o restringido, decidir si comprar o no un ordenador personal o si ponerlo con libre acceso o con restricciones de acuerdo con determinados horarios y tareas. Decidir si comprar o no alimentos ricos en grasas saturadas y ponerlos o no en lugares muy accesibles para su consumo, o por el contrario decidir tener disponibles y accesibles alimentos saludables y equilibrados.
2. **Espacios en casa.** Decidir el espacio destinado al estudio, al juego o a otras actividades compartidas. Qué duda cabe de que un niño que haya de estudiar metido en su cama o que no disponga de espacio para estudiar cómodamente o que tenga que compartirlo con la presencia de otras personas que hablan o ven la televisión, tendrá menos aliciente para leer y estudiar que si dispone de un lugar grato para hacerlo.
3. **Reorganización del ambiente social.** Decidir en relación con el plan de actividades diarias y en relación con los amigos con quienes se relacionan los hijos. Decidir una agenda recargada y agobiante o, por el contrario, una agenda equilibrada que deje tiempo para el juego y para el ocio. Decidir en relación con salir al campo o no de manera regular e implicarse en actividades físicas y de descubrimiento de la naturaleza y su cuidado. Decidir si estas actividades u otras las hacemos en solitario, en familia o con amigos. Tomar decisiones, en especial cuando los niños son pequeños, en relación con qué contextos y amistades frecuentar.
4. **Establecimiento de normas y reglas de conducta.** Definir con claridad y de manera precisa lo que debería hacerse y no hacerse en determinados contextos y situaciones es una manera de regular cómo ocurrirán las acciones saludables y qué consecuencias tendrán. Las normas hacen el ambiente más predecible y pueden ser establecidas de manera dialogada por los padres en el caso de niños muy pequeños (acostarse y comer a una hora determinada, cepillarse los dientes después de comer, hacer la cama o guardar los juguetes una vez ha terminado el juego, horario de ver la televisión, respetar el turno de palabra, etc.), o requerir, además del diálogo previo, una negociación en el caso de adolescentes (hora de regresar a casa, qué responsabilidades han de asumir en las tareas domésticas, tiempo de ocio y tiempo de estudio, etc.).
5. **Ubicación y habilitación de señales discriminativas.** Si hay un lugar donde siempre se estudia, este lugar adquirirá propiedades de estimular el estudio; si hay una señal adecuadamente ubicada que recuerde que antes de irse a la cama ha de cepillarse los dientes, es más probable que ocurra esta acción.
6. **Presencia de los padres y profesores.** No hay ambiente más significativo que aquél en el que están presentes las personas con las que los niños mantienen un vínculo emocional. Los padres pueden tomar decisiones de si estar o no accesibles para atender problemas que pueden surgir o para apoyarles y hacer un seguimiento efectivo.

20.4.6. Asegurar que las prácticas saludables tengan consecuencias que compensen

Sabemos, como muestran las figuras 20.1 y 20.5, que las consecuencias positivas o negativas de las acciones de salud o de riesgo desempeñan un papel crucial en la probabilidad y la frecuencia con que esas acciones se repiten, se consolidan o, por el contrario, se debilitan o extinguen. Las consecuencias, como resultados que se logran con la acción propia, son también la fuente del autoconcepto, de la auto-

eficacia y de la autoestima que acompañan a las acciones de salud o de riesgo.

a) El poder transformador de las consecuencias

A lo largo de todo el proceso de comunicación y enseñanza-aprendizaje que compartimos con las familias, hacemos visible el papel transformador que pueden desempeñar las consecuencias, pues ello les ayudará a tomar decisiones y a rediseñar el ambiente familiar, de manera que los comportamientos y estilos de vida saludables obtengan resultados que los refuercen (cuadro 20.14).

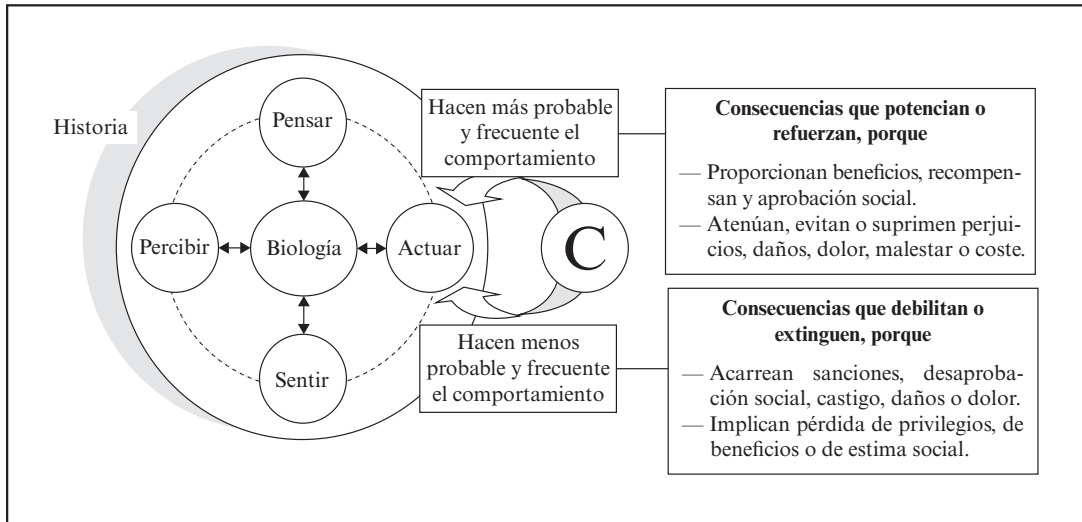


Figura 20.5.—Las consecuencias pueden potenciar o debilitar el comportamiento.

El impacto de las consecuencias será diferente dependiendo de que ocurran *a corto o a largo plazo*. En general, las consecuencias anticipadas a largo plazo pueden no dejar huella o no tener impacto en la conducta, mientras que las consecuencias a corto plazo sí la tienen. A menudo, los padres y educadores apelan al medio o al largo plazo para persuadir a un niño de que se implique en determinadas prácticas o acciones o abandone comportamientos no saludables o de riesgo: «si estudias y haces bien tus exámenes, en junio te compraremos una bicicleta», «si fumas, cuando seas mayor tendrás enfermedades», «con comer tantos dulces lo único que vas a conseguir es que se te estropeen los dientes», «me lo agradecerás cuando seas mayor». Estos mensajes pueden resultar inútiles en la medida en que los niños y adolescentes se mueven por metas y resultados a corto plazo. Incluso cuando se desea enseñarles a demorar las consecuencias gratificantes, ha de hacerse a partir también de consecuencias inmediatas valiosas. Tampoco resultan de utilidad las peroratas para convencerles de las excelencias de determinadas acciones. Éstas incumplen el principio de las consecuencias gratas a corto plazo, ya que, por el contrario, resultan razonamientos molestos.

b) Facilitar que las prácticas de salud vayan seguidas de consecuencias reforzadoras

Si las consecuencias tienen, pues, un poder tan grande en la configuración de los comportamientos y estilos de vida, tal vez el método más efectivo para la implantación de un hábito de salud es que la acción de salud se repita muchas veces, y para que esto ocurra es necesario proveer de consecuencias o resultados gratos que compensen a corto plazo. Cuando un niño o un adolescente obtiene *consecuencias y resultados valiosos* de sus acciones, de sus decisiones, de sus esfuerzos de aprendizaje y de cambio o de su afrontamiento de la adversidad, de manera que esas consecuencias *le compensan y le recompensan*, es más probable que vuelva a hacer lo que ha hecho y lo haga con mayor frecuencia, convirtiéndose incluso en un *hábito saludable*. Estos resultados pueden ir desde elogiar y expresar reconocimiento directamente al niño por implicarse en acciones saludables, hasta desparramar sobre el entorno social (familiares y personas allegadas) comentarios de estas acciones positivas y permitir el acceso a refuerzos materiales y de reconocimiento social, de manera que las acciones tengan eco y no caigan en saco

CUADRO 20.14

El poder transformador de las consecuencias de la acción

Fortalecen o debilitan la conducta	Los resultados y consecuencias pueden cumplir la función de potenciar el comportamiento, de reforzarlo y de otorgarle fortaleza , de manera que éste se potencia , se refuerza . La probabilidad de que un niño o adolescente realice una conducta y la frecuencia con que la realiza son precisamente indicadores de la fortaleza del comportamiento. Pero las consecuencias también pueden tener el efecto contrario sobre la biografía, debilitando o extinguiendo el comportamiento. Son consecuencias potenciadoras o reforzadoras las que hacen más probable y frecuente un comportamiento, y debilitadoras las que lo hacen menos probable y frecuente.
Tienen poder selectivo	En la medida en que las consecuencias que dependen de la acción de la biografía y de las prácticas educativas y culturales contribuyen a fortalecerla o debilitarla, contribuyen también poderosamente a seleccionar , entre todas las posibles acciones de la biografía, aquellas que permiten obtenerlas.
Desvelan los enigmas y dan significado	En el impacto recíproco, positivo o negativo, de las consecuencias sobre la biografía y sus acciones se cimienta la construcción de todo el edificio biográfico, y en él reside en buena medida la clave para desvelar los enigmas de los comportamientos y estilos de vida y sus significados, de los comportamientos ajustados y desajustados, y también de los comportamientos «raros» y aparentemente incomprensibles. El valor funcional y el significado de un comportamiento depende en gran medida de las consecuencias o resultados que con él se obtienen o se pueden obtener, haciéndose significativo por el hecho de haberlas logrado.
Nos permiten hacer predicciones	Dado que las consecuencias tienen un papel funcional tan importante en los comportamientos, conocer las consecuencias y resultados que los niños y adolescentes consiguen habitualmente con sus comportamientos y el valor que les dan, así como las consecuencias que están obteniendo o es probable que consigan, puede ayudarnos a hacer predicciones acerca de su comportamiento futuro y de su significado, acerca de su grado de implicación en los procesos de aprendizaje y de cambio que plantea la EpS y acerca también de las probables resistencias al cambio.
Proporcionan información	Los resultados y consecuencias, tanto positivos como negativos, aportan realimentación informativa y se convierten en señales que guían, regulan y controlan la acción y permiten construir reglas de conducta en relación con: <ul style="list-style-type: none"> a) El grado de ajuste de la acción y de la tarea realizada y de las competencias y habilidades empleadas para realizarla. b) La capacidad de influencia y de control que uno tiene para provocar con su comportamiento cambios significativos en el contexto, la eficacia y la eficiencia alcanzadas. c) La importancia y el valor que la acción y el esfuerzo tienen para los demás. d) El valor de la persona que la ha realizado. e) El fundamento de la autoeficacia. f) Lo que volverá a ocurrir probablemente en el futuro y lo que será conveniente hacer en próximas ocasiones, lo que compensa o recompensa hacer en lo sucesivo y en qué condiciones conviene hacerlo, y los posibles reajustes que habrá que hacer para mejorar la acción. Tienen, pues, carácter predictivo.
Son la fuente del cambio	Son también los resultados uno de los motores del cambio de comportamiento en la vida diaria y en los procesos de EpS, y son, en esa tarea, más persuasivos que la persuasión verbal. Si un comportamiento deja de tener los resultados y la función que tenía, es probable que cambie. Por otra parte, un cambio iniciado dejará de ser persistente si con el comportamiento emprendido los niños y adolescentes no obtienen nada valioso o dejan de obtener lo que venían obteniendo.

roto. Por otra parte, cuando el adulto es pródigo en la provisión de reconocimientos y de refuerzos en general, obtiene una ventaja adicional: se convierte en una persona agradable e influyente para el niño.

Los refuerzos han de ser administrados conforme a una serie de *reglas* (cuadro 20.15). Aparte de la inmediatez, los refuerzos han de resultar gratos, han de ser específicos, discriminativos y merecidos o acordes con los esfuerzos que exige la acción y han de evitar el fenómeno de hartazgo. Hay una regla adicional que a menudo suele pasar desapercibida y es la de *no pasar de puntillas* por la acción que se desea elogiar; es decir, el refuerzo ha de ser argumentado («Vengo observando que cuando comes dulces vas al baño y te cepillas los dientes, no es frecuente eso en muchos niños de tu edad y es importante porque...»). Por último, conviene advertir que al comienzo, cuando se está aprendiendo un hábito, la provisión de incentivos ha de hacerse de una manera profusa y abundante, y posteriormente basta con

se haga de vez en cuando. Cuando un hábito está implantado y resulta grato, realizarlo es en sí mismo algo grato.

c) Personalizar los refuerzos

Los refuerzos resultan más efectivos cuanto más personalizados sean y cuanto más perciba el niño que los progresos en el desarrollo del hábito de salud se deben a sus acciones («Se comentan los progresos que estás haciendo en el baloncesto. A mí no me sorprende, porque sé que entrenas con regularidad y ello no resulta fácil...»).

d) Feedback periódico

Cuando la práctica saludable lleva implícito el aprendizaje de una habilidad, como por ejemplo *relacionarse y comunicarse bien*, puede resultar de gran utilidad hacer seguimientos periódicos para infor-

CUADRO 20.15

Reglas para expresar elogios y reconocimientos

1. **Expresar elogios** por realizar acciones positivas es una buena manera de ayudar a que éstas se fortalezcan.
2. **Huir de la crítica constante y de prestar atención a las acciones negativas.** Lo único que ocasiona esta estrategia es que estas acciones se intensifiquen y fortalezcan aún más.
3. **No utilizar etiquetas.** Describir el comportamiento de un niño en términos de «vago», «egoísta» o «agresivo» no sólo no sirve para cambiar la conducta, sino que, por el contrario, puede contribuir a que el niño termine haciéndose una idea negativa de sí mismo y justificar sus malas acciones.
4. **Elogiar el comportamiento específico y concreto.** No se debe decir «eres un niño bueno», ya que puede dar a entender que lo que se elogia es ser bueno siempre, lo cual promueve una expectativa imposible de cumplir. Por otra parte, por mucho que digamos «eres un niño bueno», no logramos que el niño se haga un concepto positivo de sí mismo. Éste sólo se forma si el niño percibe que acciones concretas conducen a logros concretos. Es mejor vincular el elogio a acciones concretas como «me gusta que le hayas dicho a la vecina “gracias” y que “hayas sonreído” cuando ha comentado lo satisfecha que estaba por haber sacado su perro a pasear».
5. **Elogiar los progresos.** Se debe empezar a elogiar cada pequeño paso dado hacia la conducta deseada, procurando incorporar cada progreso que haga, por pequeño que sea. Así por ejemplo, primero se le elogiará por cepillarse los dientes, aunque no lo haga adecuadamente o sólo se introduzca el cepillo en la boca.
6. **Expresar elogios «a la medida».** Los elogios deben adaptarse a las peculiaridades de cada niño o adolescente, a su edad evolutiva y al momento o situación. Los abrazos, besos y señales físicas de afecto, acompañadas de palabras cariñosas, pueden resultar muy eficaces. Sin embargo, a medida que los niños se hacen mayores pueden preferir maneras de expresión más discretas y menos profusas, en las que pueden bastar pequeñas y sutiles señales de reconocimiento manifestadas de vez en cuando. La mejor manera de saber cómo elogiar es observando a los niños y ver el efecto que les produce según el contexto o el tipo de elogio.
7. **Elogiar inmediatamente.** Los elogios son más eficaces cuánto más cerca estén de la acción que acaba de ocurrir. Cuando ello no es posible, basta anotarlos y expresarlos a la menor oportunidad.

mar al niño o adolescente de manera específica de lo que está haciendo bien y proveer de sugerencias para hacerlo mejor si cabe («me gusta cómo..., sería fantástico si además hicieras...»).

e) Moldeamiento

El desarrollo de los hábitos de salud, sobre todo si éstos son complejos, requiere un proceso gradual que implica una serie de reglas.

- a) Comenzar por acciones que resulten fáciles de realizar y de reforzar, que sean sencillas y estén en la dirección del hábito que deseamos enseñar. Si deseamos que un niño aprenda el hábito de cepillarse los dientes, basta al principio con prestar atención a algo tan sencillo como expresar el deseo de utilizar el cepillo o al hecho de introducirlo en la boca.
- b) La regla de la abuela: primero lo que no gusta, después lo que gusta. En el desarrollo de hábitos de salud, a menudo tropezamos con acciones de salud que no resultan del agrado de algunos niños y son rechazadas de manera explícita. Tal es el caso, por ejemplo, de la ingesta de algunos alimentos que resultan muy sanos y nutritivos o la realización de determinadas actividades que resultan muy beneficiosas para la salud. Insistir con tesón y forzar en que se impliquen en estas acciones lo único que puede ocasionar

es un rechazo aún mayor. En estos casos, conviene proceder con método, según la regla de la abuela, que establece que lo agradable ha de ir después de lo que no resulta tan agradable pero que pretendemos desarrollar (cuadro 20.16).

La regla de la abuela es más efectiva si las actividades menos frecuentes o menos apetecidas que preceden tienen poco coste al principio.

Así, por ejemplo, comer el postre después de un plato con poca cantidad de verduras. Después se puede ir progresando en los costes. Una variante de esta regla es mezclar alimentos. En el caso de bebés, cuando se está introduciendo en su alimentación algún puré que resulta rechazado, se puede introducir en el biberón, mezclada con la leche (alimento grato), una cantidad ínfima, de manera que resulte desapercibida y progresivamente ir reduciendo la cantidad de leche y aumentando la de puré.

f) Retirar beneficios de las prácticas de riesgo

Un beneficio muy habitual que las diferentes prácticas no saludables o de riesgo obtienen es la *atención* que los padres les dispensan al insistir para que cesen en esas prácticas. Con ello, estas acciones de riesgo se potencian aún más, y además los niños comienzan a rechazar las conductas alternativas de salud sobre las que les insisten tanto. La atención

CUADRO 20.16

Ejemplo de utilización de la regla de la abuela

Regla bien aplicada	Regla mal aplicada
1. «Primero come las verduras y luego te daremos un pastel».	1. «Si me prometes que después vas a comer las verduras, te doy ahora un poquito de pastel».
2. «Haz la tarea y cuando termines iremos al cine».	2. «Puedes ir al cine si mañana haces la tarea».
3. «Cuando hayas ordenado tu habitación podrás salir a jugar».	3. «No sales a jugar porque no has ordenado tu habitación».
4. «Saldrás el domingo con sólo si terminas de estudiar los dos temas que tienes pendientes».	4. «Sal ahora con..... y ya te pondrás a estudiar mañana los dos temas que tienes pendientes».

que los padres dispensan puede ser tan sutil que ni siquiera se dan cuenta.

Así, por ejemplo, el padre que, ante la escasa disposición de su hijo a irse a la cama, argumenta repetidamente para convencerle, inadvertidamente está incentivando esta escasa disposición; la madre que recuerda repetidamente a su hija que ha de cepillarse los dientes, inadvertidamente está incentivando el olvido de hacerlo.

Además de la atención, hay otros beneficios que los niños obtienen por incurrir en acciones inadecuadas. Tal es el caso del niño que consigue ver su programa favorito de televisión u obtener algo que desea a través de una rabieta.

g) Límites y normas reguladas por las consecuencias

El aprendizaje de los hábitos de salud conlleva a menudo costes que deberán administrarse adecuadamente. Tal es el caso de las normas que regulan el desarrollo de las acciones de salud. Sería impensable una ciudad cuyo tráfico fuera gobernado por semáforos cuyas señales de luces (rojas o verdes) no fueran seguidas u obedecidas por peatones o automovilistas. Y esto ocurriría si la falta de seguimiento no fuera seguida de sus sanciones correspondientes. Lo que provoca que la señal roja de un semáforo adquiera la capacidad de poner en marcha la acción de pisar el freno y parar es que cuando esto último no se hace deviene un castigo en forma de multa o accidente. Y para que esta señal adquiera mayor fuerza, estas consecuencias han de ser inmediatas, intensas y aplicadas de manera consistente. Lo mismo ocurre cuando los niños se saltan alguna norma importante que regula un hábito de salud (no venir a comer a su hora puede conllevar quedarse

sin comer, no comer los alimentos que le sirven puede conllevar quedarse sin postre, etc.). Conviene advertir que las consecuencias no han de establecerse como si los padres «echaran un pulso» con sus hijos, sino como algo positivo que hay que hacer para obtener lo que se desea.

Así, por ejemplo, si decimos «como no comas el primer plato no tendrás postre» o «si no vienes a la hora de comer te quedarás sin comer», es probable que active la resistencia del niño a hacerlo. En cambio, decir «cuando comas el primer plato, luego podrás comer el postre», o sencillamente no decir nada, porque la secuencia natural en la comida es dejar el postre al final, una vez que haya comido lo anterior.

Si las normas no resultan arbitrarias y, por el contrario, son discutidas y acordadas, en especial en el caso de los adolescentes, resultan más efectivas.

20.5. MÉTODOS Y RECURSOS DIDÁCTICOS PARA LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Existen numerosos métodos, procedimientos y recursos didácticos que se pueden utilizar en los procesos de enseñanza-aprendizaje, tanto en la intervención de los psicólogos con las familias, como en las acciones que los padres realicen para promover comportamientos y estilos saludables en sus hijos. Un amplio desarrollo de estos procedimientos y recursos puede consultarse en Costa y López (2008). No obstante, en el cuadro 20.17 se enumeran algunos de los procedimientos más relevantes.

Uno de los procedimientos más utilizados son los cuentos y metáforas. Permiten suscitar procesos de deliberación, neutralizan posibles resistencias al cambio y resultan fáciles de recordar.

CUADRO 20.17

Procedimientos más utilizados en Educación para la Salud

Procedimientos	Observaciones
1. Grupo de discusión	Objetivo: Facilitar el intercambio de perspectivas, resolver problemas, acordar. Una discusión ágil requiere que el monitor hable poco, que haya un tiempo limitado para hablar todos y que se resalten aquellos aspectos o conclusiones relevantes.
2. Phillips 66	Objetivo: Promover la participación en grupos grandes. El grupo grande se subdivide en pequeños grupos de 3-4 personas para debatir durante unos minutos, y las conclusiones se llevan por los portavoces de cada pequeño grupo al grupo grande para sacar conclusiones.
3. Tormenta de ideas	Objetivo: Producir de manera creativa una gran cantidad de ideas, alternativas de solución a un problema o propuestas de facilitación de cambios. Se propone un tema sobre el que se van a hacer propuestas y se invita a hacerlo siguiendo una serie de reglas: no juzgar, asociación libre, cuantas más mejor, no argumentar ni justificar, combinar y mejorar... Se recoge la información y se delibera.
4. Balance de decisiones	Objetivo: Tomar una decisión. Se identifica un dilema que implique la decisión entre varias alternativas, se plantean ventajas e inconvenientes de cada una de ellas, se valoran y se toma una decisión.
5. Modelado	Objetivo: Se ejecuta una acción o habilidad mostrando cómo se hace. Se elige un modelo (el monitor o un/a participante) y se ejemplifica la acción o habilidad de acuerdo con las siguientes reglas: la ejecución debe ser sencilla, precedida de explicación de qué se va a hacer y especificando los pasos de cómo se hace, etc.
6. Juego de roles	Objetivo: Aprender una habilidad (decir no a una presión a comer o beber, etc.). Se identifica la habilidad y un contexto o situación en donde ensayarla, se identifican las personas que van a ejecutarla, se modela o se ensaya, se da <i>feedback</i> de cómo se ha realizado y se vuelve a ensayar hasta dominarla.
7. Metáforas	Objetivo: Deliberar, cambiar actitudes y facilitar el recuerdo y cambios de conducta. Se presenta una o varias historias, una metáfora o un «tercero imaginario»; se invita a su análisis y valoración y se extraen conclusiones que pueden orientarse a la acción para facilitar los cambios en relación con la alimentación y con la actividad física.
8. Aliados/as. Grupos de autoayuda	Objetivo: Desarrollar apoyos sociales que ayuden al cambio. Identificar en el entorno social personas que pueden apoyar los cambios o personas que están en una situación parecida, acordar cómo se establece el apoyo o la ayuda, pasar a la acción y facilitar un <i>feedback</i> periódico.

BIBLIOGRAFÍA

Albee, G. W. (1980). A Competency Model to Replace the Defect Model. En M. S. Gibbs, J. R. Lachenmeyer y J. Sigal. *Community Psychology* (pp. 213-238). Nueva York: Gardner Press.

Albee, G. W. (1985). The argument for primary prevention. *The Journal of Primary Prevention*, 5, 213-219.
Albee, G. W. y Gullota, T. P. (1997). *Primary Prevention Works*. Londres: SAGE.

- Amigo, I. y Erraste, J. M. (2006). *¡Quiero chuches! Los 9 hábitos que causan la obesidad infantil*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Chinman, M. J. y Linney, J. A. (1998). Toward a Model of Adolescent Empowerment: Theoretical and Empirical Evidence. *The Journal of Primary Prevention*, vol. 18, n.º 4.
- Costa, M. y López, E. (2006). *Manual para la Ayuda Psicológica. Dar poder para vivir*. Madrid: Pirámide.
- Costa, M. y López, E. (2008). *Educación para la salud*. Madrid: Pirámide.
- Ellis, R. A. (1998). Filling the Prevention Gap: Multifactor, Multi-system, Multi-level Intervention. *The Journal of Primary Prevention*, 19(1), 57-71.
- Gruber, K. J. y Haldeman, L. A. (2009). Using the Family to Combat Childhood and Adult Obesity. *Preventing Chronic Disease. Public Health Research, Practice, and Policy*, 6(3), 1-10. (www.cdc.gov/pcd/issues/2009/jul/08_0191.htm).
- Herrera, G. y Chahín, I. (2007). *La fiesta de la conversación. Un ambiente y una metodología para la comunicación educativa*. Bilbao: EDEX.
- Kickbusch, I. (1988). La promoción de la salud. Tipología. *Papeles de Gestión Sanitaria*, n.º 11, 39-54. Ministerio de Sanidad y Consumo. Selección de artículos presentados por el Grupo de Trabajo sobre conceptos y Principios. Copenhague, 1984. OMS.
- Mantilla, L. y Chahín, I. D. (2006). *Habilidades para la vida*. Bilbao: EDEX.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). *Hacia la equidad en salud: Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud*. Informe independiente de expertos comisionado por la Presidencia Española de la U. E. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Murphy, L. B. y Moriarty, A. E. (1976). *Vulnerability, coping and growth*. New Haven: Yale University Press.
- Spivac, G. y Shure, M. (1974). *Social adjustment of young children. A cognitive approach in solving real life problems*. San Francisco: Jossey Bass.
- Tones, K., Tilford, S. y Robinson, Y. (1990). *Health Education. Effectiveness and efficiency*. Londres: Chapman and Hall.
- UIPES (1999). La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Configurando la Salud Pública en una nueva Europa. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar. Estrategias para su fortalecimiento*. Madrid: Amorrortu.

Dificultades frecuentes en la intervención con padres

21

ROCÍO RAMOS-PAÚL

21.1. INTRODUCCIÓN

En la práctica terapéutica se dan determinadas situaciones que, por frecuentes, merecen un tiempo de reflexión. Cuando se trabaja con niños hay que contar con un factor diferenciador, y es que los padres piden cita por un tercero, su hijo, al que, además, les une una relación personal marcada por la emotividad, pues «es lo que más quieren y, por tanto, lo que más les preocupa». La primera intervención será tranquilizar, contener la angustia y normalizar el comportamiento del niño que traen a consulta.

La primera dificultad puede ser no tener en cuenta que para llegar a la conducta objetivo dependemos en gran medida de los cambios que lleven a cabo los adultos. Por eso, este capítulo se centrará sobre todo en situaciones que se repiten en el proceso terapéutico, que tienen como protagonistas a los padres y que, en algunas ocasiones, pueden frenar la intervención. Estar preparado para su aparición no las resuelve, pero aumenta las posibilidades de salvarlas con éxito.

Enseñar a los padres es parte fundamental de la acción terapéutica. Los padres acuden al psicólogo fundamentalmente para aprender a hacer las cosas de otra manera y modificar una conducta problema que tiene que ver con su hijo; acuden a un profesional porque esperan que éste les muestre/ les enseñe cómo llevar a cabo los cambios necesarios. No sería nada dislocado pensar que, para los padres, durante el proceso terapéutico nos convertimos en profesionales de la enseñanza. Por eso, de cómo resolvamos estas dificultades dependerá en gran medida que avance o no el proceso.

En este capítulo intentaré recoger las principales dificultades en la consecución de nuestro objetivo, y proporcionar una metodología, que necesita de la aplicación sistemática de distintas técnicas para ser eficaz en la consecución de su demanda. Intentaré abarcar las situaciones que con más frecuencia se plantean durante el proceso terapéutico y sus posibles soluciones. Para poder dar al capítulo una perspectiva general, no se hará mención a niños con trastorno, aunque la lectura del capítulo deja claro que en muchos de estos casos también el asesoramiento a los padres es similar.

Dado que todo el material responde más a lo meramente práctico, intentaré darle orden estableciendo los siguientes apartados.

21.2. ACTITUDES A MODIFICAR EN LOS PADRES

21.2.1. Incertidumbre por el cambio de rol en los padres

Es necesario hacer mención a los cambios sociales y su repercusión en el ámbito familiar para definir la situación emocional. Los profundos y rápidos cambios en la estructura familiar tienen consecuencias en la forma de entender la educación actualmente, pero no en la importancia que los padres siguen dando a la educación de los hijos. Las diferencias con la concepción de la familia de antaño han generado en muchos padres un alto grado de incertidumbre a la hora de educar a sus hijos, y con

este factor de inseguridad hay que contar a la hora de atenderlos por primera vez.

Si hubiera que definir el estado emocional con el que un padre llega por primera vez a consulta, cuatro serían las variables que en mayor o menor medida aparecerían. Éstas, además, suelen estar en el origen del manejo ineficaz de las situaciones de dificultad más habituales de la educación de los hijos:

- El miedo a hacerlo mal.
- La falta de tiempo y el sentimiento de culpa que genera.
- El estrés, la tensión y la ansiedad.
- Desorientación y confusión acerca de las pautas adecuadas de actuación con los hijos.

Son muchas las ideas, y, por tanto, actuaciones, que tienen su origen en las cuatro emociones descritas en el párrafo anterior. En el listado siguiente se describen las que con más frecuencia aparecen. Es importante detectarlas y describirlas, porque suelen ser las que dificultan a los padres dar respuestas eficaces y apuntan sus ideas irracionales. Al lado de cada una encontrarás las pautas que inician la sustitución hacia ideas más racionales:

- *Les asusta defraudarlos.* Equivocarse es un derecho personal; cuando los padres reconocen sus errores, sirven de modelo al niño, que aprende cómo resolver situaciones en las que uno se equivoca.
- *No saben o no quieren decir «NO».* El «no» pone límites y enseña al niño a tolerar la frustración. Las consecuencias de no hacerlo aumentan las posibilidades de una actitud déspota en el hijo. Es tarea de los padres enseñarle qué es adecuado o no hacer, a través de las normas.
- *No quieren frustrarles,* «ya sufrirán cuando sean mayores». Para entender qué es estar alegre hay que haber estado triste; todas las emociones son necesarias para construir una sana inteligencia emocional. El niño que no tiene la posibilidad de experimentarlas probablemente se convierta de adulto en un analfabeto emocional.

- *Compensan la falta de tiempo y dedicación con una actitud indulgente y permisiva,* «para un rato que le veo...». Los padres son figuras insustituibles, y el ejercicio de su rol conlleva dar seguridad y protección al niño, así como tiempo de calidad. Si el niño no encuentra esto en sus padres, no le servirán de sostén para su desarrollo como adulto feliz y responsable. Ocurre que muchos padres mitigan la culpa que les genera no estar mucho tiempo con el niño concediendo sistemáticamente lo que le pide, de modo que acaban convirtiéndose en un mero instrumento de sus caprichos, y no en el modelo que necesitan para aprender a enfrentar el día a día de su desarrollo.
- *Tienen miedo al conflicto, a malas caras, a la rabieta, a no saber qué hacer.* Acudir a un profesional es el primer paso; todos estamos capacitados para aprender cosas nuevas en cualquier momento y eso es lo que vamos a trabajar a partir de ahora.
- *Les parece que actúan con egoísmo si imponen normas que les facilita la vida.* Cualquier situación de la vida se rige por hábitos y normas que facilitan su funcionamiento. Cuando el niño las tiene en casa, será capaz de funcionar en cualquier ámbito.
- *Opiniones distintas sobre una misma situación y descrédito del otro progenitor.* En este caso, será precisa una renegociación de hábitos y límites a través de técnicas de negociación en pareja.

Mientras en el inicio de la intervención terapéutica con los padres tiene mucho peso el trabajo cognitivo, con los niños tiene más el conductual. Sin embargo, el objetivo es que en el transcurso del proceso tanto una como otra área, sin olvidar la fisiológica, se vean beneficiadas con los cambios que el proceso terapéutico genere.

21.2.2. Padres que acuden con el diagnóstico «hecho»

Están también los padres que vienen ya con el diagnóstico hecho. De los que se ajustan a este per-

fil, los de «mi hijo es hiperactivo» son los más frecuentes. Por supuesto, nos referimos a aquellos casos donde no hay ningún criterio profesional con el rigor necesario para establecer este diagnóstico. Hay que ser cautos, pues nos llegan derivados muchos niños con déficit de atención que no lo son, o que responden a problemas de comportamiento como consecuencia de una crianza sin hábitos y límites adecuados que les impide desarrollar la capacidad de atención. La única forma que tenemos de intervenir adecuadamente es establecer un protocolo de evaluación riguroso y multidisciplinar. Aun así, llegan a consulta muchos casos donde los padres ya han decidido que el niño es hiperactivo, y no nos cansamos de contar que no todos los niños que se mueven mucho lo son. Dado el alto número de consultas referentes a este tema, sí es recomendable establecer algunas pautas que nos sirvan de diagnóstico diferencial con el trastorno de comportamiento. En general, los niños que tienen comportamientos disruptivos no los llevan a cabo en todos sitios. Esto es, hay ámbitos de su cotidianeidad donde se produce un comportamiento adecuado. Además, cuando se revisan o se interviene sobre los hábitos y límites en casa, disminuyen en un tiempo relativamente corto sus conductas disruptivas.

Con el comportamiento hiperactivo hay una generalización a cualquier ámbito o situación en la que esté el niño y necesita de pautas más concretas y sostenidas en el tiempo para empezar a ver resultados. «Tirarse una hora jugando con los coches y/o permanecer sentado en la mesa durante la comida nos indica que el comportamiento no es generalizado».

Y los hay que quieren un diagnóstico para entender que la dificultad se debe a algo externo, no a su propia conducta hacia el niño. Por ejemplo, padres que son muy exigentes con sus hijos y suelen buscar en el trastorno la respuesta a las dificultades que les plantea su educación. Pongamos un ejemplo:

(Padre): «Es hiperactivo (4 años) porque cuando salimos a comer fuera no puede estar sentado hasta que acabamos de comer».

(Terapeuta): «¿Cuánto dura la comida entre comida y sobremesa?».

(Padre): «Unas 2 horas y media...».

21.2.3. Padres «enterados»

Son frecuentes los que han leído acerca de técnicas más o menos divulgadas y anuncian que se niegan a aplicarlas. Nuestra capacidad de abordar cada dificultad es muy amplia, y sólo habrá que ofrecer alternativas igual de eficaces a las que el sujeto conoce. Existe un difundido método para enseñar a dormir a los niños, metodológicamente correcto y eficaz, pero que genera rechazo en muchos de los padres que sufren «insomnio familiar». Técnicas de aproximación al objetivo dilatan en el tiempo conseguir el descanso familiar, pero obtienen los mismos resultados. Hacer este ejercicio de negociación con el paciente suele aumentar su motivación hacia la tarea, manifestando al terapeuta en muchos casos cómo aumenta su credibilidad como profesional.

21.2.4. Padres que califican al niño, no el comportamiento

No se califica el comportamiento del niño, sino al niño en sí. Así, escuchamos frases del tipo: «es un vago, es malo, es un cochino». Es necesario que hagan un esfuerzo por identificar aquellas conductas inadecuadas y rescatar todos los comportamientos adecuados que están pasando desapercibidos. Enseñarles a expresarse en términos de: «no controla el pis durante el día, remolonea para evitar hacer sus tareas, cuando se enfada arroja objetos» o pedirles que lleven a cabo un listado de todas las cosas que hace bien, son intervenciones necesarias en los casos donde se confunde un comportamiento inadecuado con un «niño malo».

21.2.5. El niño «lo hace porque sí»

«El niño lo hace porque sí, nosotros no tenemos ninguna responsabilidad en su comportamiento». Hay que hacerles entender que el niño reacciona según las respuestas que encuentra en el entorno a su comportamiento. Cuando dice un taco por primera vez, si el resto de los adultos le ríen la gracia vuelve a repetirlo, aunque ya no la tenga. El niño que des-

cubre cómo no comer sólidos consigue que sus padres estén todo el día pendientes de su comida y la familia pregunte diariamente cómo va. Mantendrá este comportamiento porque ningún otro le reporta tanta atención de los adultos.

Los comportamientos del niño se mantienen en gran medida por la atención que los padres le prestan, aunque sea mediante el castigo o el grito. «Paradójicamente, y aunque te vean con ojeras y le expliques durante horas lo bueno que sería para todos dormir, mantienen su comportamiento porque reciben tu atención, y mientras más se la prestes, más probabilidades tienes de que no lo cambie».

21.2.6. «Es su obligación»

«Es que es su obligación». La filosofía de los padres a la hora de educar está plagada de pensamientos irracionales del tipo «debería»: «Mi hijo debería obedecerme, mi hijo tiene que comer sentado, mi hijo debe estudiar». No es extraño que a lo largo de la intervención terapéutica se presenten muchas situaciones en las que haya que llevar a cabo con los padres discusión cognitiva. Veámoslo con el «debería».

La exigencia de los padres les lleva a creer irracionalmente que un hijo «debe» hacer, sin pararse a pensar en las consecuencias de este planteamiento. La forma de pensar acerca de los hijos influye en lo que uno siente y en cómo actúa con ellos, porque produce emociones negativas de fuerte intensidad, y obstaculiza la resolución de los problemas y la consecución de metas y objetivos.

Los padres en los que se detectan pensamientos irracionales hacia sus hijos tendrán que realizar un registro de pensamientos, emociones y conductas. La información que dicho registro nos proporcione será el punto de partida para aplicar las técnicas de reestructuración cognitiva, siendo conveniente realizar esta actuación en sesión con el padre solo.

21.2.6.1. *Pensamientos irracionales y distorsiones cognitivas más frecuentes*

Catastróficos: Exageran las consecuencias negativas de un acontecimiento (tremendismo). Se suele

acompañar de palabras como horrible, terrible, insostenible: «lo peor del día es llegar a casa y ver el panorama que tengo con mi hijo permanentemente dando voces».

Exigentes: Demandas poco reales respecto a uno mismo y los demás y la vida en general. Se suele acompañar de debo/tengo, deben/tienen: «Debe estudiar todos los días tres horas».

Absolutos: Se expresan de forma categórica: todo-nada, siempre-nunca, blanco-negro, y con el verbo ser (soy, eres). También con el pensamiento: «todo lo que hago lo hago por el niño, y nunca encuentro respuestas positivas por su parte».

Necesidad: Expresan necesidades imperiosas para ser feliz o sobrevivir y, por tanto, baja tolerancia a la frustración, usando expresiones como no puedo, necesito: «necesito verle comer de todo, no puedo soportar ver cómo se va al colegio sin desayunar».

Acientíficos: Afirmaciones de las que estamos totalmente seguros, cuando no existen pruebas que lo apoyen: «seguro que mi hijo es el caso más difícil que has visto en tu vida».

21.2.6.2. *Disputa cognitiva*

La disputa es el método para comprobar y desecher los pensamientos irracionales y, en consecuencia, tener emociones y conductas más adecuadas y adaptativas. Vamos a utilizar las «preguntas» como método de debate.

Elijamos una de las ideas más frecuentes en sesión: «mi hijo debería estudiar tres horas diarias». En el registro de este padre, encontraríamos algo similar a esto:

- a) Llego a casa a las 17.00 y me encuentro a mi hijo de 13 años jugando en la calle con los amigos.
- b) «Ya estamos, ha vuelto a saltarse la hora de estudio, y eso que esta evaluación nos sentamos a negociar la organización de la tarde. Después de suspender cuatro asignaturas, ¡digo yo que debería ser más responsable! Que yo con su edad si mi padre me decía a estudiar, ni se me ocurría levantar la cabeza del libro. Es que le importa todo un comino,

no me tiene ningún respeto, me toma por el pito del sereno!».

- c) Noto como me «hierve la sangre»; ahora mismo me iba para donde está y lo subía con un par de azotes y dos buenos gritos. Parezco una olla expres a punto de estallar.

Las preguntas que intentarían evaluar la evidencia, la consistencia lógica y la claridad semántica de las verbalizaciones serían similares a estas:

- ¿Es posible que haya terminado la tarea, le has preguntado?
- ¿Es siempre un irresponsable, nunca en ninguna situación te hace caso a lo que le dices?
- ¿Por qué es eso verdad?
- ¿Dónde está escrito que deba estudiar tres horas?
- Suponiendo que las cosas son como dices y nunca te hiciera caso y no estudiara nada, ¿las consecuencias serían tan terribles?
- ¿Qué ocurriría si sólo estudiara media hora?
- ¿Por qué sería tan terrible?
- ¿Podrías encontrarte bien aun cuando tu hijo no fuera un buen estudiante?
- ¿Podrías estar contento aun no teniendo lo que quieras?

Las preguntas sobre el valor adaptativo del pensamiento, es decir, con las que intentamos reconducir a un pensamiento más racional, serían del tipo:

- ¿Te es rentable pensar así?
- ¿Qué consecuencias tiene para ti pensar así?
- ¿Compensa estar así a la relación con tu hijo?
- Si piensas de este modo, ¿conseguirás que tu hijo estudie tres horas?

Y por último, ¿cómo podrías pensar a partir de ahora?». Llegados a este punto, repasaremos con él/ellos los pensamientos irracionales para sustituirlos por otros más racionales. A estos padres se les suele entregar un listado como el que viene a continuación, invitándolos a que ellos mismos, en situaciones de malestar, busquen pensamientos que les lleven a situaciones positivas y les faciliten encontrar soluciones eficaces.

Pensamientos irracionales	Pensamientos racionales
Es horrible, espantoso.	Es un contratiempo, una contrariedad.
No puedo soportarlo.	Puedo tolerar lo que no me gusta.
Soy un(a) estúpido(a).	Mi comportamiento fue estúpido.
Es un(a) imbécil.	No es perfecto(a).
Esto no debería ocurrir.	Esto ocurre porque es parte de la vida.
No tiene derecho.	Tiene derecho a hacer lo que le parezca, aunque preferiría que no hubiese sido así.
Debo ser condenado.	Fue mi culpa y merece sanción, pero no tengo que ser condenado.
Necesito que él/ella haga eso.	Quiero/ deseo/ preferiría que él(ella) haga eso, pero no necesariamente debo conseguirlo.
Todo sale siempre mal.	A veces, tal vez con frecuencia, las cosas salen mal.
Cada vez que ensayo, fallo.	A veces fracaso.
Nada funciona.	Las cosas fallan con más frecuencia de la que desearía.
Esto es toda mi vida.	Esto es una parte muy importante de mi vida.
Esto debería ser más fácil.	Desearía que fuese más fácil, pero a menudo lo que me conviene es difícil de lograr.
Debería de haberlo hecho mejor.	Preferiría haberlo hecho mejor, pero hice lo que pude en ese momento.
Soy un fracasado.	Soy una persona que a veces fracasa.

21.2.7. «No sé que hacer con mi hijo»

El sentimiento de «no sé qué hacer con mi hijo», verbalizado por la mayoría de los padres en las primeras consultas, traduce el ambiente de tensión familiar que el comportamiento del niño ha generado y que, como consecuencia, ha disminuido, e incluso hecho desaparecer, los momentos de disfrutar de una de las situaciones que suponían más felices le iba a hacer: SER PADRES. Luego, ya en la primera sesión, el trabajo del terapeuta consistirá en ofrecerles algún tipo de intervención que rebaje ese nivel de irritabilidad.

Insistir en la búsqueda de comportamientos adecuados que lleva a cabo el niño, así como en la puesta en marcha de actividades reforzantes para toda la familia suele ser una de las mejores formas de intervenir sobre esta dificultad. Esto se completaría, según el caso, con un entrenamiento a los padres para el aumento de reforzadores sociales hacia el niño: sonreír mientras hablan con él, dedicar más tiempo a charlar y enseñarles a mirar a los ojos, aprender alabanzas o incluso técnicas que les obliguen a ser selectivos con los comportamientos adecuados del niño. «El juego de los detectives» es una de las técnicas más utilizadas; consiste en presentar en forma de juego y durante una semana, a toda la familia, el siguiente planteamiento: «todos tendréis que estar muy atentos a lo que hace el resto de la familia, así cuando le pilléis haciendo algo que os gusta tendréis que decirse lo y darle un beso». En general, el resultado es muy positivo, porque disminuye en muy poco tiempo la sensación de irritabilidad, mejorando a la par la motivación para el cambio de los padres.

21.2.8. Uno quiere asistir, el otro no

Uno de los padres quiere asistir y el otro no, bien porque están separados, bien porque el otro no ve el problema. Insistiremos en que los cambios serán más lentos, pero que también se consigue el objetivo. En muchos casos, el otro, al observar los cambios que se van produciendo, comienza a investigar, preguntar y acaba pidiendo incorporarse, sobre todo cuando los padres no están separados.

En los casos en los que la negativa es rotunda, trabajamos los cambios con el padre que sí acude y tenemos en cuenta que la terapia no se convierta en arma arrojadiza entre ellos. Es muy útil pedir a través del otro progenitor, o mediante llamada telefónica, que acuda a cita durante distintos momentos del proceso. Así le facilitamos su incorporación si cambia de opinión.

Aumentan las consultas para asesorarse:

- A la hora de contar a los hijos que se van a separar.
- Padres que no tienen la custodia y quieren trabajar la nueva relación a establecer con sus hijos.
- Progenitores largamente separados de sus hijos para preparar la vuelta del niño a las visitas.
- Cuando ya está su hijo con él/ella tras mucho tiempo.

21.2.9. No nos ponemos de acuerdo en la forma de educar a nuestro hijo

«Uno dice blanco y el otro negro». Las discusiones con respecto a las normas de casa o el mantenimiento de los hábitos son constantes, y el tema estrella es: «uno es muy blando con las consecuencias y el otro se pasa de rígido».

La estrategia con este tipo de padres pasa por iniciar los cambios en casa aprendiendo estrategias de solución de problemas. Podemos comenzar pidiéndoles que decidan el horario a respetar en casa y las consecuencias que recibirá el niño, tanto cuando lo cumpla como cuando no lo haga. Les pediremos a ambos un compromiso con la tarea requerida, y bien en consulta, bien en casa, tendrán que llevar a cabo un entrenamiento en resolución de problemas.

PASO 1: *Identificación y definición del conflicto*

- a) Elegir un momento tranquilo, por ejemplo cuando el niño se acuesta.
- b) Definir lo más claramente posible el horario que se cumplirá en casa.

- c) No se trata de que uno gane y el otro pierda. Ambos tendrán que llegar a un acuerdo a través de cesiones.

PASO 2: *Generar soluciones posibles*

El objetivo de este paso es el de llegar a elaborar una lista con una serie de soluciones alternativas:

- a) Cada miembro de la pareja aporta su propio horario. Irán anotando todas las soluciones que se les vayan ocurriendo.
b) Cualquier idea es aceptable.

PASO 3: *Evaluación de las soluciones alternativas*

- a) Señalar lo positivo y negativo de todas las soluciones que se han generado en el paso anterior.
b) Determinar cuáles pueden ser las mejores ideas.

PASO 4: *Decidir la mejor solución*

- a) Una decisión es revisable y se puede cambiar en el futuro, pero ahora se tiene en cuenta la evaluación realizada en el paso 3. Durante un tiempo mantendrán la decisión que tomen.
b) Si la decisión incluye más de un punto, escribirlos detalladamente para que no se olviden.
c) Establecer claramente que ha de ser llevada a cabo por las dos partes.

PASO 5: *Planificar el cómo se va llevar a la práctica el horario*

Describir quién va a hacer, qué y cuándo.

PASO 6: *Implantar la decisión*

PASO 7: *Evaluación de la solución tomada*

21.2.10. **Rebajar expectativas**

Cuando recibimos a los padres, la demanda que hacen la enuncian en términos generales del tipo:

«que me obedezca», «que coma de todo», «que duerma de un tirón en su cama», etc. Todavía los hay incluso más difusos en su definición, que dicen algo así como: «que se porte como un niño normal». Tras este tipo de demandas se esconde la necesidad de encontrar respuestas rápidas a muchas conductas inadecuadas, sin evaluar que el cambio pasa por ir de una en una.

En estos casos, tendremos que enseñarles a utilizar un lenguaje más operativo para luego reducir sus expectativas. La clave está en definir una o dos conductas-objetivo por las que empezar: «que se sienta a la mesa durante el tiempo que dura la comida», «que se acueste a las 9:00 h todos los días», «que disminuya el número de rabieta diarias».

Una vez descrito el comportamiento, estableceremos un plan de trabajo, no sin antes advertir cómo cualquier cambio que se produzca acelerará con mucha probabilidad los posteriores.

A veces, por las características individuales del niño (por ejemplo, los resistentes), es preciso segmentar objetivos intermedios para llegar al final. Es el caso, por ejemplo, de los que son selectivos con la comida que ingieren, donde el planteamiento inicial puede ser únicamente cocinar con papá o ayudar a hacer la compra con mamá y, por aproximación, ir llegando a tener la comida que rechaza encima del plato. Esto será preferible antes de cualquier otra intervención directa sobre la conducta objetivo.

21.2.11. **Revisión de hábitos y normas en casa**

En las primeras sesiones, dos son los objetivos a conseguir en la práctica generalidad de los padres:

- Aumento de refuerzo.
- Hábitos y límites adecuados.

La revisión de hábitos y normas en la casa es lo que hace posible orientarlos a una reformulación de la demanda y nos da una idea de lo que ocurre. Por ejemplo, «Mi hija se hace caca encima», pero, revisada la edad, el momento evolutivo y los cambios recientes, al evaluar hábitos resulta que nunca se

viste sola, no hace el cambio de ropa cuando la mancha y los padres únicamente reaccionan con enfados y, además, son muy laxos con los hábitos en general.

Lo frecuente suele ser que las primeras intervenciones/tareas vayan dirigidas hacia el aumento de autonomía en el niño; esto es, permitirle que lleve a cabo sus tareas y responsabilidades sin necesidad de ayuda de los padres. Una vez evaluados límites y hábitos, habrá que decidir en qué punto está el niño y elaborar con los padres un plan de trabajo.

En un tema de control de esfínteres, si no se viste solo empezamos por ahí. Para muchos padres es impensable que siendo tan «pequeño» lo lleve a cabo, por lo que hay que entrenarlos. Es curioso cómo una vez conseguido el primer objetivo aumentan su nivel de exigencia y quieren muchos más resultados.

21.3. PROBLEMAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS TÉCNICAS

21.3.1. Demandas de cambios rápidos

Esta claro que las sesiones de evaluación tienen también una función tranquilizadora, porque generan en los padres ideas del tipo: «ya me he puesto en marcha, ya estoy haciendo algo para solucionar el problema». Pero el siguiente obstáculo terapéutico está en una demanda errónea y generalizada de que los cambios sean mucho rápidos de lo que necesita el aprendizaje para su correcta asimilación. Explicar la curva del aprendizaje o establecer objetivos a corto, medio y largo plazo, son pautas útiles en este momento.

21.3.2. Falta de consistencia en la aplicación de los procedimientos

La falta de consistencia en la aplicación de consecuencias es otra de las dificultades que hacen que los padres no obtengan los resultados esperados a sus actuaciones. Si hay algo de lo que pecan casi todos los padres que llegan a consulta es en la utilización de una metodología por ensayo y error con una característica también común: que es muy poca la consistencia en el tiempo.

Hoy refuerzo, mañana castigo, pasado mañana intento hacer un entrenamiento en fichas y al otro grito y me enfado. Estos padres suelen venir con la coletilla: «eso ya lo he hecho y con mi hijo no funciona». Bien, entonces hay que evaluar la aplicación de la técnica que han usado, describiéndoles dónde se produce el error metodológico. Porque esas suelen ser las claves de su fracaso: no hacerlo de una manera constante y/o metodológicamente correcta. Como apuntábamos al principio, los padres tienen la idea de que, aplicando alguna de las técnicas que conocen durante un cortísimo período de tiempo, como «por arte de magia» se resolverá su situación. Es labor del terapeuta hacerles entender que:

- Tienen que respetar escrupulosamente los pasos a seguir si se deciden a trabajar con una metodología.
- El aprendizaje en cada niño requiere de un tiempo que hay que respetar si queremos que generalice el comportamiento a otras áreas.

Si hay un discurso que anuncia que esta dificultad se va a producir, ése es: «Me da una pena, no puedo hacerle eso, no aguanto que llore...». Un niño no puede dirigir la dinámica familiar en función de su actuación, y los adultos debemos enseñarle que ese comportamiento no es válido y acompañarle en el aprendizaje del que sí lo es.

21.3.3. El cumplimiento de las tareas

El terapeuta se encuentra con la dificultad de conseguir que el paciente lleve a cabo el trabajo que le proponemos. Cuando en consulta explicas las tareas a realizar, el que lo escucha lo tiene claro y sale con la motivación y la firme creencia de que lo va a hacer a «pies juntillas». Pero llega la hora de enfrentarse a la tarea en casa y, con demasiada frecuencia, nos encontramos con que no sabe o no quiere aplicarlo: «yo hice lo que me dijiste, es que fue imposible anotarlo porque nos fuimos fuera, es que me dejé la libreta en el otro bolso, es que esta semana he tenido muchísimo trabajo», y la más frecuente «¡Uy! Es que esta semana no ha pasado nada». Los registros

son la forma de trabajo que con más frecuencia utilizamos, y cuando no se rellenan nos es difícil saber qué ha pasado, qué han hecho los padres y cómo ha reaccionado el niño.

Cuando aparecen este tipo de excusas, no queda otra que rellenar el registro en consulta (advirtiendo de la pérdida de tiempo y dinero que implica). Entonces es cuando descubrimos que donde no había pasado nada hay un montón de situaciones enfrentadas de la misma forma que se venía haciendo hasta ahora, y si se repite esta situación sin que intervinieramos habrá abandono por parte de los padres, que comentarán en el parque con los vecinos cómo ir al psicólogo no sirve de nada.

Otra de las situaciones frecuentes son aquellas donde el registro se hace bien, las distintas estrategias se aplican y no se producen cambios o no son estables. Un caso de este tipo podría ser el de unos padres preocupados e informados sobre educación, que demandan solucionar un problema de agresividad con su hija de 6 años; tras casi un año de tratamiento acudiendo semanalmente, evaluamos la posibilidad de que exista un trastorno en la niña por la imposibilidad de que generalice las conductas aprendidas; se plantea a los padres esta nueva línea de evaluación y nos encontramos con «bueno, es que no te hemos contado todo...», y relatan todas aquellas cosas que no estaban llevando a cabo. Tras corregirlo, en tres meses recibieron el alta.

21.3.4. El trabajo con operantes

Trabajar con operantes implica que se da una mejoría muy rápida en el inicio de la terapia, lo que anima a los padres a abandonar, entendiendo que la demanda por la que venían se ha resuelto. Claro que lo que suele ocurrir es que al poco tiempo, viendo que no han conseguido mantener los cambios, vuelven a pedir cita y, esta vez sí, podremos trabajar con el tiempo y la motivación necesarios para establecer cambios duraderos y generalizados.

Uno de los ejemplos más claros son los casos que tienen que ver con instauración de hábitos. Es decir, cuando a nivel general no hay horarios establecidos, no se asignan tareas a los niños, o cuando

se ensayan muchas formas de solución pero no se es constante ni en la forma de hacerlo ni en las consecuencias establecidas. Éste puede ser uno de estos casos: María y Juan no consiguen que a la hora de la comida sus dos hijos permanezcan sentados a la mesa. Hasta hace poco ponían la tele y, con el plato delante, permanecían hasta que se hartaban de perseguir a sus hijos para volver a sentarlos a la mesa. Ahora han decidido probar a darles de comer cada uno a uno de ellos. Ana (3 años), que es la pequeña, corre de la habitación al salón, toma una cucharada y se vuelve a su cuarto a jugar... Pedro, el mayor (5 años), es muy mal comedor, así que le preparan tres comidas distintas, se las ponen encima de la mesa en tres platos y esperan que entre que pruebe una u otra coma lo necesario.

Lo mismo ocurre con el sueño: Juan pone una peli en el salón y espera a que por agotamiento caigan rendidos sus hijos, para desplazarlos con mucho sigilo a sus habitaciones.

Cuando vienen a consulta, tras la evaluación se propone empezar con la comida: la misma comida para todos, todos en el comedor y siempre a la misma hora. Apoyados por un sistema de puntos para iniciar a Ana y Pedro en poner y recoger la mesa, permanecer sentados y comer lo que hay de menú, obtendrán la posibilidad de unos cromos para su colección.

En estos casos, una semana después los resultados son increíbles. Sabemos que queda generalizar la conducta, retirando los reforzadores y empezando por introducir la misma metodología para otros hábitos. Pero los padres viven que todo se ha solucionado, que nunca estuvieron tan tranquilos y que de nuevo disfrutaban de sus hijos, así que deciden abandonar. Como en muchos casos similares, a los pocos meses pidieron cita porque no ha habido ni asimilación del hábito ni generalización de la conducta.

21.3.5. Padres que abusan del castigo

Una de las características en los padres con alguna dificultad es el abuso del castigo con el niño. Cuando esto es así, suelen expresar: «no vale nada

de lo que le imponemos, le da igual cualquier castigo». En estos casos es necesario evaluar qué variable del castigo no está siendo aplicada adecuadamente, y enseñar otras técnicas de disminución de la conducta. Detrás de estos argumentos suele ser frecuente que la intensidad del castigo sea muy superior a la de la conducta inapropiada (seis meses sin Internet por suspender una asignatura no parece muy eficaz), sin olvidar transmitir que lo más eficaz es ignorar la conducta a extinguir y reforzar la adecuada. Cuando encontramos padres que abusan del castigo, tendremos que evaluar en cuál de estas variables está la dificultad para modificarla.

Los castigos son una técnica para hacer desaparecer conductas no deseadas, pero ¡¡¡CUIDADO!!!:

- *No podemos abusar de ellos.* Estar permanentemente castigado provoca en el niño una situación de indefensión que le hace actuar bajo el esquema «da igual lo que haga, porque siempre me castigan».
- *Si ponemos un castigo debemos cumplirlo.* Cuando no se es coherente con las consecuencias, el niño aprende por refuerzo intermitente: a veces aparece el castigo y otras no, llevando a cabo la misma conducta. Por tanto, no se consigue su disminución, sino todo lo contrario.
- *Debe ser a continuación de la conducta no deseada,* sobre todo al principio de la aplicación. Para posponer el castigo tendremos que tener en cuenta la edad del niño (no antes de los 5 o 6) y que las veces que se han aplicado consecuencias sean las suficientes para que haya asimilado que su comportamiento genera determinada reacción en sus padres.
- *Se aplica sobre una conducta concreta,* y debe ser coherente y relacionado con ésta. No parece que dejar sin campamento de verano al niño que suspende dos en diciembre vaya a ser eficaz de cara a los trimestres que le quedan por delante. Reducir el tiempo de uso de ordenador hasta mejorar los resultados facilitará la consecución del objetivo de manera eficaz.

La intensidad ha de corresponder a la conducta que queremos disminuir. Prohibir el parque durante un mes por pelearse con el hijo del vecino sólo conseguirá que busque otras actividades que hacer en la hora que le tocaría estar allí. Entonces los padres sí podrán decir que a su hijo es como si no le importaran los castigos con razón. Por supuesto, será preciso hacerle caer en la cuenta de cuál será el castigo que le impondrán si lo que hace es insultar al vecino.

21.3.6. La intervención «es muy artificial»

«Es que es muy artificial, es que a mí no me sale». Esto ocurre sobre todo con el refuerzo. En ese caso habrá que explicarles cómo no se nace sabiendo conducir y llevarlos al tiempo donde empezaron a hacerlo y cómo estaban pendientes de las marchas, sin poder poner la radio o atender una conversación porque la activación no se lo permitía. Ello les hace darse cuenta cómo todo aprendizaje necesita al principio de un esfuerzo, más cuando hay que dejar de llevar a cabo conductas adquiridas para sustituirlas por otras nuevas. En la medida que las convierten en hábitos, saldrán de manera espontánea. El entrenamiento en sesión de habilidades sociales como «hacer y recibir un cumplido» será una de las tareas que más se utilice con este perfil de padres.

21.3.7. Se va a acostumbrar a hacer las cosas «por el premio»

Frecuentemente los padres temen que ayudar a la aparición de una conducta, haciéndola seguir inmediatamente de un premio, no consiga la generalización de ésta. Lo primero será diferenciar entre premio y chantaje: si es una consecuencia que sigue a un comportamiento no puede ser un chantaje. Luego estaríamos de acuerdo con esta afirmación si nos quedáramos en que siempre que aparece la conducta la premiáramos. Pero esta premisa sólo constituye al principio un método de trabajo que pasa por las siguientes fases:

1. «Cuando quieras que tu hijo empiece a realizar una conducta y/o que ésta se repita hasta que se convierta en una rutina, hay que favorecer que aparezca, y eso se consigue premiando cada vez que se produce». Hasta aquí lo más probable es que el niño lleve a cabo la conducta objetivo sin muchos problemas, pero todavía no haya aprendido a hacerlo sin recompensa; es decir, no ha generalizado el comportamiento.
2. «Cuando lles un tiempo premiando inmediatamente después de la aparición de la conducta, hay que ir retirando los premios, puesto que el objetivo es que la lleve a cabo sin que aparezcan; para conseguirlo tienes que aplicar los siguientes pasos, sin saltarse ninguno:
 - a) Cuando la conducta aparece con frecuencia, el intervalo de tiempo se amplía (no todos las veces que aparece la conducta, sino un día sí y otro no, para pasar a hacerlo posteriormente una vez a la semana y después cada 15 días).
 - b) Comienza la etapa más complicada, pero la más importante. Se trata de que el premio aparezca de vez en cuando, sin un intervalo fijo ni de tiempo ni de frecuencia.

Si sigues los pasos descritos, un día descubrirás que tu hijo ya sabe y lleva a cabo de forma cotidiana el comportamiento, y que ya no harán falta premios. Sin embargo, no olvides reforzar de vez en cuando la conducta adquirida.»

21.3.8. «Esta semana fatal»

«Esta semana fatal, vamos de mal en peor», dicen muchos padres antes de sentarse en la consulta. Muchos suelen ser selectivos con las situaciones más negativas, y únicamente el repaso de las tareas semanales les llevará a la conclusión de que los objetivos para la semana se van cumpliendo. Detrás de este tipo de evaluación suele haber cierta impacien-

cia en ver una rápida mejora de la situación familiar y gran exigencia en cuanto a la conducta problema, aunque ya se hayan pactado en sesiones anteriores tiempos y número de objetivos.

- Terapeuta: «¿Tan mal ha ido?, ¿cuántas veces ha permanecido sentado a la mesa?».
- Paciente: «Tres de las cinco comidas que hacemos. ¡Pero, para como se ha comportado, mejor que se hubiera ido!».
- Terapeuta: «No me cabe la menor duda que habrá que trabajar su comportamiento en la mesa, pero el objetivo esta semana era que permaneciera sentado en las comidas y parece que lo estáis consiguiendo».

21.3.9. «Necesitamos terapia»

Tras resolver la dificultad con el niño, en muchos casos aparece una demanda de terapia de pareja. No es infrecuente que esto ocurra, y muchas veces depende del nivel de preocupación y, por tanto, del tiempo dedicado al problema. Cuando éste desaparece, surge la siguiente reflexión: «¿qué hacemos ahora con todo el tiempo que hasta ahora habíamos dedicado a preocuparnos por el niño?».

21.3.10. «Dependencia» del psicólogo

Cuando se termina el proceso terapéutico, hay padres que se mantendrían en terapia toda la vida. En general, les cuesta dar el paso de dejar de acudir a sesión porque existe la incertidumbre de: «si no tengo al terapeuta, no voy a ser capaz de poner en práctica lo que he aprendido». Por eso, el seguimiento es un proceso que va espaciando poco a poco el tiempo entre sesiones. Sin embargo, siempre tiene que llegar la despedida. Recordar los progresos, sus aprendizajes o reforzar su capacidad de cambio es importante, así como permitirles una llamada cuando se vean perdidos (que no suelen hacer). La generalización del comportamiento significa, entre otras cosas, hacerlo sin que otro te indique cómo, y nuestro objetivo profesional es conseguirlo.

21.4. DIEZ PAUTAS BÁSICAS EN LA INTERVENCIÓN CON PADRES

1. No intentes cambiar todo de golpe. Elige una conducta y espera a que se produzcan cambios.
2. Elige una metodología y aplícala sistemáticamente durante el tiempo necesario para que se instaure el cambio.
3. El aprendizaje de conductas nuevas tiene un proceso, y el tiempo lo marcan las características personales del niño y vuestros propios cambios. Si no se llega hasta el final del proceso terapéutico, éstos no se generalizan.
4. Soluciones mágicas no hay, y mucho menos rápidas. Los aprendizajes necesitan de esfuerzo y constancia. Hay que respetar el tiempo del niño, y cada uno tiene uno distinto.
5. Sí hay una máxima: es mucho más eficaz para educar no atender, siempre que sea posible, los comportamientos negativos y premiar (con besos, con qué bien lo haces, cómo me gusta...) los positivos.
6. Los niños no mantienen un pulso contigo, no intentan «jorobarte la vida». Están aprendiendo y necesitan que tú guíes ese

aprendizaje. Si conviertes cada dificultad en un pulso, lo perderás.

7. Los premios no son chantajes. Siempre que sigas las pautas de su correcta aplicación, son herramientas eficaces para enseñar al niño qué se puede o no hacer.
8. Es falso pensar que con la edad aprenderá. No hay posibilidad de aprender si no le propiciamos experiencias que le ayuden a hacerlo. Cada aprendizaje tiene un momento óptimo. Si éste se pasa, pueden aprender, pero el proceso será más lento y costoso.
9. Los niños no son malos o buenos, sino que hacen cosas inadecuadas y adecuadas. Calificar su comportamiento les ayuda a la hora de cambiarlo, pero calificarles a ellos les etiqueta y consigue que actúen en consecuencia a dicha etiqueta. Por ejemplo, eres un patoso *vs.* te cuesta subir las escaleras. En el primer ejemplo, le convencemos de que no será capaz de superarlo. En el segundo, le contamos algo que puede mejorar.
10. Observa a tu hijo, céntrate en una conducta en concreto y establece un plan de acción para cambiarla, pero no intentes cambiar todas las conductas a la vez.

Las escuelas de entrenamiento de padres

22

PABLO J. OLIVARES-OLIVARES
ANA I. ROSA
JOSÉ OLIVARES
DIEGO MACIÀ

«Estimado profesor Olivares. No sé si se acordará de mí, soy Noelia, psicóloga de... Hace tiempo me puse en contacto con usted para comentarle el caso de una niña de 5 años, casi seis, con mutismo selectivo. Me recomendó... y seguí sus indicaciones. Ahora mismo me habla con total normalidad (...) Antes de que acabara el curso, comenzó a hablarle a otra niña que va con ella a Logopedia. Les comenté a los padres que sería conveniente que invitaran a esta niña a casa para ampliar los contextos donde la niña habla; aún no lo han hecho, siempre que les pregunto ponen excusas... El primer día que nos vimos después del verano, delante del padre ni me miró; en cuanto cerré la puerta, empezó a hablarme con normalidad (...) Me gustaría poder ayudar un poco más a esta familia... pero no sé cómo. Había pensado decirles que... pero no sé si sería buena idea (...). Espero que me pueda ayudar!!!! Gracias por todo!!!! Un saludo!!!!».

El problema que nos planteaba nuestra colega es relativamente frecuente cuando se trabaja con niños y adolescentes. Es decir, en ocasiones, y frente a lo que se podría desear/esperar, los padres constituyen un obstáculo, una fuente de resistencia para los avances de la consolidación y generalización de los efectos de una intervención; en otras, sin quererlo ni saberlo, participan directamente en el inicio, desarrollo y mantenimiento de los problemas de conducta que terminan presentando los hijos. Pero casi siempre son personas que necesitan ayuda, bien porque sin que ellos cambien será difícil que podamos lograr que lo hagan sus hijos, bien porque el sufrimiento derivado de su incapacidad para resolver los

problemas que presentan sus hijos les lleven a solicitar la ayuda de un profesional. Y precisamente de esto trata el presente capítulo: ¿qué sabemos del entrenamiento de padres y cómo podemos ayudarles a que puedan ejercer eficazmente su papel?

Hay que recordar que los psicólogos que trabajamos en esta parcela de la Psicología Clínica sostenemos como hipótesis que, entre los principales elementos implicados en el desarrollo de problemas de conducta en la infancia, y en menor medida en la adolescencia, se hallan, por este orden, las carencias y/o excesos que presentan los padres en sus repertorios básicos de conducta, el efecto del estrés familiar derivado de las enfermedades físicas o los problemas conyugales, y el papel que pueden estar desempeñando algunas de las variables de los hijos (véase Robles y Romero, 2011).

22.1. EL ENTRENAMIENTO DE PADRES Y LAS ESCUELAS DE PADRES

El entrenamiento de padres se puede conceptualizar en el contexto clínico y de la salud como un enfoque para el tratamiento de los problemas de conducta, que entrena a los padres para que aprendan a cambiar aspectos relevantes de la interacción padres-hijos, con el fin de fomentar la conducta prosocial y reducir/eliminar los comportamientos desadaptativos (Olivares, Méndez y Macià, 2005). Es decir, el objetivo general es alterar el patrón de los intercambios entre los padres y el niño, de manera que se refuerce directamente la conducta prosocial

en vez de estimular la génesis, el desarrollo o el mantenimiento de las respuestas inadecuadas o desadaptativas (véase Edwards, Ceilleachair, Bywater, Hughes y Hutchings, 2007).

Como recordaban Marinho y Ferreira (2000), el entrenamiento o proceso de enseñanza-aprendizaje puede realizarse individualmente (a uno de los padres), por unidades familiares (parejas) o en grupo (padres y madres). Si bien en todos los casos los padres tienen acceso a lo que el profesional de la psicología les enseña con fines preventivos o terapéuticos, suele ser este último, el del entrenamiento en grupo, el que denominamos generalmente «escuela de padres», por su semejanza con el funcionamiento de la institución escolar (existencia de un plan o programa de enseñanza-aprendizaje que incluye objetivos, contenidos, actividades para el docente y el discente —padres—, asistencia regular a la institución para aprender, etc.). Este proceso de enseñanza-aprendizaje tiene por objetivos dotar a los padres de: *a)* conocimientos teóricos respecto del efecto de los distintos estilos educativos en las respuestas propias y de los hijos, las pautas para discriminar el desarrollo evolutivo normal del relativo a los principales grupos de respuestas desviadas, etc. *b)* las habilidades y las destrezas relacionadas con la crianza, tales como los cuidados alimentarios, la planificación de tiempo para el ocio y las actividades lúdicas, etc., y *c)* el comportamiento prosocial relativo al aprendizaje de la demora de la gratificación, la aplicación de estrategias para afrontar y resolver los problemas, el empleo adecuado de las habilidades y destrezas sociales (así las habilidades de comunicación, conducta asertiva o el respeto de los derechos del otro), etc. En paralelo con este proceso se aborda y desarrolla el entrenamiento específico de los padres para que, bajo la guía y orientación del/la psicólogo/a, apliquen todo o parte de un programa de intervención, diseñado generalmente *ad hoc* para reducir/eliminar el comportamiento problemático del hijo y generar/desarrollar/mantener el comportamiento adaptativo.

Ahora bien, hay una notable diferencia entre las denominadas generalmente «escuela de padres» en el ámbito pedagógico y las que se desarrollan en el ámbito de la Psicología Clínica y de la Salud. En

el primer caso los padres tienen un papel pasivo, es decir, suelen actuar como meros receptores de información, y el programa de la escuela, salvo excepciones, está referido a la transmisión de contenidos informativos a través de conferencias impartidas por ponentes invitados, reuniones informales de los propios padres para intercambiar puntos de vista, asistencia a charlas dadas por el personal especialista o los servicios psicopedagógicos con cuyo apoyo cuenta el centro educativo, etc.; en cambio, el segundo siempre implica una participación activa de los padres, tanto en el contexto de la escuela en la que tiene lugar la transmisión de información como durante el entrenamiento propiamente dicho, dado que son ellos los que, una vez formados como coterapeutas, aplicarán lo aprendido cada vez que se presente la respuesta problemática del hijo o haya oportunidad para reforzar una respuesta adecuada. Esta última modalidad de escuela de padres, la psicológica, consta de un programa de entrenamiento muy estructurado, que incluye tres fases:

- a)* *Educativa/psicoeducativa* o explicativa, que incluye delimitación y reconceptualización del problema o problemas, así como transmisión de información relativa al conocimiento que se tiene de éste o éstos —causas de inicio/vulnerabilidad, variables implicadas en el desarrollo y el mantenimiento.
- b)* *De entrenamiento*, por medio de situaciones de enseñanza-aprendizaje en las que se aplican distintos procedimientos para enseñar, practicar y aplicar cómo se actúa adecuadamente y cuándo hacerlo: instrucciones, modelado, juego de roles, ensayo de conducta, ejercicios estructurados, promover actuaciones adecuadas en el hogar, etc.
- c)* *Aplicación* de lo aprendido o «*tareas para casa*», durante la que se aplica en casa lo que se ha aprendido en condiciones controladas o seguras.

Como veremos en este capítulo, el desarrollo de las fases a las que acabamos de referirnos se da tanto en el plano longitudinal como en el transversal

(las tres fases se presentan en todas y cada una de las sesiones de entrenamiento, excepto en la primera, que suele destinarse exclusivamente a la presentación de los participantes, la comunicación de las reglas que regirán durante el período que dure el entrenamiento y la presentación del programa); en esta última, a partir de la segunda sesión, se comienza con la aclaración y solución de las dudas que hayan podido plantearse durante el proceso de aplicación de lo entrenado en el ámbito o dominio familiar, a lo que sigue el entrenamiento en habilidades y destrezas específicas (bien relacionadas con el problema/s planteados por el grupo de padres, bien propios de la sesión, es decir, los programados, o ambos).

CUADRO 22.1

Características principales de las Escuelas de Padres en el contexto de la Psicología Clínica y de la Salud

Objetivos	Adquirir conocimientos relativos a las variables más relevantes de la interacción padres-hijos y del curso evolutivo de los hijos.	
	Aprender habilidades y destrezas implicadas en la crianza de los hijos.	
	Conocer las variables implicadas en el comportamiento prosocial.	
	Aplicar habilidades y destrezas en el cambio de respuestas propias y de los hijos.	
Entrenamiento	Modalidad	Individual: padre, madre, pareja.
		Grupal: grupos de parejas de padres.
	Fases	Educativa o explicativa.
		Enseñanza-aprendizaje (entrenamiento propiamente dicho).
Aplicación de lo entrenado («Tareas para casa»).		

Esta modalidad de intervención, además de diseñar y entrenar a los padres en la educación de sus

hijos, con fines preventivos y/o terapéuticos, como ya hemos adelantado implica:

- El estudio de las pautas de interacción que integran el desarrollo normal de los hijos, de acuerdo tanto con las pautas del grupo cultural de referencia como respecto de los hallazgos de la psicología y la psicopatología evolutivas.
- El entrenamiento de los padres en las habilidades/destrezas en las que presentan carencias, tales como, por ejemplo, las relativas a la comunicación, el entrenamiento en la solución de problemas, el manejo del estrés, etc.
- Aplicar los resultados de la investigación en el desarrollo de estrategias específicas de entrenamiento que nos permitan que éstos maximicen el uso eficaz de los procedimientos del aprendizaje social, a fin de que puedan controlar/modificar tanto las respuestas propias como las de sus hijos.

De hecho, como prueban, por ejemplo, los resultados de los estudios realizados por Beauchaine, Webster-Stratton y Reid (2005); Chronis, Chako, Fabiano, Wynbs y Pelham (2004); De Garmo, Patterson y Forgatch (2004); Farrington y Welsh (2003); Feinfield y Baker (2004); Lochman y Steenhoven (2002); Lundahl, Risser y Lovejoy (2006); Martínez y Forgatch (2001); Maughan, Christiansen, Jenson, Olympiua y Clark (2005); Robles y Romero (2011), o Serketich y Dumas (1996), esta modalidad de entrenamiento se muestra muy eficaz para producir cambios en las respuestas de los hijos. Por ello, en general, el objetivo último de las escuelas de entrenamiento de padres, desarrolladas en el marco de la Psicología Clínica y de la Salud, es implicar a los padres y responsabilizarlos para que participen activamente en el proceso de promoción de la salud y la prevención y/o tratamiento de problemas de conducta que presenten o pudieran presentar sus hijos. En relación con esta última función, la familia puede ser preparada y entrenada para actuar en situaciones que resulten problemáticas para alguno o el conjunto de sus miembros, potenciando el proceso

motivacional para lograr cambios en el/los estilo(s) de vida. Para ello se hace necesario, como comentaba Graña (1994), enseñar a los padres a diferenciar y analizar las respuestas problemáticas, para que puedan establecer pautas de convivencia, fomentar la comunicación y aplicar adecuadamente la solución de problemas.

Así pues, esta modalidad de intervención se ha mostrado más eficiente en la reducción de las conductas delictivas que, por ejemplo, la supervisión de los delincuentes en centros de día o la visita a los hogares por asistentes sociales (Forehand, Midlebrook, Rogers y Steffe, 1983). Asimismo, ha mostrado ser más eficaz y eficiente que otras modalidades de intervención familiar, como los programas basados en la terapia multisistémica, las escuelas pedagógicas para padres con hijos preescolares o los *home visiting programs* ya referidos (Farrington y Welsh, 2003). Además, en el caso concreto de la prevención, el mantenimiento a medio y largo plazo de los efectos generados por las escuelas de EP sobre las respuestas de riesgo relativas al consumo de drogas y al delito, llevó a Taylor y Biglan (1998) a considerarla como una alternativa de primera elección para la prevención de la conducta delictiva adulta.

En lo que sigue, habremos de entender que cuando se haga referencia a las escuelas de padres nos estaremos refiriendo exclusivamente a las que cumplen con los requisitos que se acaban de exponer en este epígrafe; es decir, a las desarrolladas en el ámbito y a la luz de los conocimientos propios de la psicología científica: las escuelas de entrenamiento de padres (escuelas de EP, en adelante).

22.2. CONTENIDOS DE LAS ESCUELAS DE ENTRENAMIENTO DE PADRES

Podemos afirmar que, en general, respecto del papel que juegan los padres en el tratamiento de los problemas de sus hijos, es difícil encontrar problemas de conducta infantil que no gocen de su correspondiente procedimiento psicológico provisto en mayor o menor grado de la participación familiar. De hecho, como consecuencia de cierto desarrollo ético y reconocimiento pragmático, el papel de los

padres ha evolucionado desde ser meros depositarios de derechos y obligaciones, a presentarse como mediadores necesarios de las intervenciones psicológicas que se aplican a sus hijos, tanto en el campo clínico como en el de la salud (Del Pino y Gaos, 1997). Entre los problemas de conducta que más frecuentemente se abordan con la participación de los padres se hallan los relativos a los trastornos del habla y el lenguaje, pasando por los miedos infantiles, los problemas agrupados bajo el paraguas de síndromes complejos como el retraso mental o el autismo, los derivados de lesiones cerebrales, la conducta de oposición, la negativista y la antisocial, hasta los relacionados con los sistemas somáticos como el cáncer, la obesidad, la encopresis, la enuresis, la anorexia nerviosa, los dolores de estómago o los problemas dermatológicos (véase, por ejemplo, Pai, Drotar, Zebracki, Moore y Youngstrom, 2006). A todo ello hay que añadir los implicados en el aprendizaje del traspaso y asunción de responsabilidades, en el cumplimiento de las prescripciones médicas en general y, muy especialmente, de las generadas por los problemas crónicos de salud como, por ejemplo, diabetes, colitis ulcerosa o asma bronquial (dentro del continuo «coparticipación-autonomía») (véase Olivares y Méndez, 1997).

Dentro del amplísimo abanico de problemas y poblaciones en los que se ha aplicado el EP, destaca el tratamiento de los pre-adolescentes que muestran conductas problemáticas públicas, como los berrinches, la agresividad o la desobediencia excesiva. De hecho, es en relación con estos problemas en donde el EP cuenta con mayor apoyo empírico (Lundahl, Risser y Lovejoy, 2006).

Las intervenciones desarrolladas en este contexto han dado lugar a programas muy estructurados para el entrenamiento de padres, entre los que podemos citar «Ayudando al Niño Desobediente» (McMahon y Forehand, 2003), «Los Años Increíbles» (Webster-Straton, 2005), la «Terapia de Interacción Madre/Padre/Hijo» (Querido y Eyberg, 2005), el «Entrenamiento en el Manejo Parental» (Patterson, Reid, Jones y Conger, 1975), la «Triple P» —Programa de Padres Positivos— (Sanders, Markie-Dadds y Turner, 2003) o el «Programa Paidos» desarrollado por el profesor Macià (véase Olivares, Macià y Méndez, 1993).

El desarrollo de estos programas ha estado asociado a esfuerzos notables por mejorar la eficiencia de sus aplicaciones. Este hecho ha llevado, por ejemplo, a diseñar tentativas distintas en el modo de presentar y estructurar las situaciones de aprendizaje. Tal fue el caso del uso del vídeo para introducir habilidades y destrezas modeladas, tanto adecuadas como inadecuadas, que son sometidas a la discusión en grupo (Webster-Straton, 1987), o nuestro propio intento de utilizar este mismo medio para valorar su efecto sobre los niveles de eficiencia de un programa básico de entrenamiento a madres (así, Olivares, Rosa y García-López, 1997).

22.3. DESARROLLOS TEÓRICOS EN LOS QUE SE FUNDAMENTA EL ENTRENAMIENTO DE PADRES

Siguiendo lo recogido por Olivares, Rosa y Olivares-Olivares (2006), durante la que hemos denominado *primera etapa* de desarrollo del EP, delimitada temporalmente entre los años *sesenta* y los primeros años *setenta*, ya era patente la preocupación de los investigadores por desarrollar un modelo de intervención que permitiera guiar tanto la investigación como la aplicación del tratamiento en el contexto del «entrenamiento de padres» (O'Dell, 1974). La relevancia de tal preocupación se debía a la posibilidad de poder contrastar en qué medida se podía contar con un enfoque viable para entrenar a los padres, para que pudieran enfrentarse con éxito a una amplia variedad de problemas de conducta infantiles. Es en esta etapa cuando se desarrolla el modelo triádico de Tharp y Wetzel (1969). El supuesto subyacente a este modelo era que en las habilidades y destrezas propias del papel de padres había algún déficit responsable del desarrollo y/o mantenimiento del problema que presentaba el hijo. Para Kazdin (1988), la formulación de este modelo se debió a la confluencia de varios acontecimientos cruciales, entre los que destacan: *a)* el desarrollo de las técnicas de modificación de conducta, especialmente los procedimientos de reforzamiento y de castigo basados en el condicionamiento operante; *b)* la tendencia a utilizar paraprofesionales (incluyendo

los padres) para aplicar los tratamientos generados por los servicios de salud mental, y *c)* descubrir que el empleo de los padres como terapeutas podía mejorar la eficacia y eficiencia del tratamiento de los niños, como ya habían probado los Mowrer (Mowrer y Mowrer, 1938) con el tratamiento de la enuresis.

Para McAuley (1992), esta primera etapa se caracterizó por la coexistencia de dos perspectivas teóricas diferentes. De un lado, coincidiendo con Kazdin (1988), la que tiene su origen en la aplicación de los principios del condicionamiento operante (reforzamiento positivo y negativo, castigo, extinción y control estimular o entrenamiento en discriminación), los cuales permitieron avanzar en el desarrollo de procedimientos específicos de tratamiento tanto para generar e incrementar respuestas deseables como para eliminar o disminuir respuestas problemáticas. Por otro, la perspectiva que derivó sus estrategias de tratamiento del enfoque del condicionamiento clásico, que incluía principalmente tratamientos de desensibilización que fueron empleados a menudo para tratar a niños con fobias y otros problemas emocionales.

En la *segunda etapa*, que tuvo lugar desde mediados de los años setenta hasta los primeros años de la década de los ochenta del pasado siglo xx, el interés por el aprendizaje social también permitió ampliar el repertorio de tratamientos disponibles. Se desarrolló un nuevo tratamiento multicomponente denominado «Entrenamiento en Habilidades Sociales», así como otra serie de técnicas/tratamientos producidos a partir de las investigaciones sobre el papel de los procesos cognitivos en la producción de respuestas manifiestas (así, por ejemplo, las técnicas de autocontrol, afrontamiento y resolución de problemas, los tratamientos dirigidos a la modificación de pensamientos irracionales y los sesgos responsables de las distorsiones en el procesamiento de la información). Durante esta etapa, los enfoques operante y neoconductista serían integrados por Albert Bandura dentro de su nueva formulación teórica, en el contexto del aprendizaje social.

En la *tercera etapa*, las intervenciones siguieron profundizando en la investigación de la mejora de la eficacia del entrenamiento de padres, especialmente la generalización entre situaciones y el man-

tenimiento de los efectos del tratamiento a largo plazo. Una consecuencia de tales estudios fue que el modelo de intervención se amplió hasta lo que se conoce como «Terapia familiar conductual» (Griest y Wells, 1983; Sanz, 1985; Wells, 1985). Esta ampliación supuso un intento de reconocer y, en su caso, incorporar al tratamiento un conjunto de variables, tanto de los padres como de los hijos, que podían estar o están implicadas en el desarrollo y mantenimiento de los problemas de conducta que presenta el hijo. Tal es el caso, por ejemplo, del estado/equilibrio emocional de los padres, de la adecuación de las percepciones de éstos sobre el comportamiento del niño, las características específicas de este último o el papel de las variables extrafamiliares.

Posteriormente se amplían las estrategias, las técnicas y los tratamientos que integrarán el proceso de enseñanza-aprendizaje, incorporando técnicas de manejo de ansiedad, de resolución de problemas, estrategias para el manejo de situaciones estresantes, la aplicación del autocontrol, la comunicación y la negociación.

De acuerdo con la evidencia empírica y experimental disponible, hoy podemos decir que, en el contexto del inicio temprano de los problemas de conducta en el marco familiar, la formulación más fundamentada es el modelo de Patterson (Patterson, 1982; Patterson, Reide y Dishion, 1992). El modelo de Patterson sitúa la génesis de los trastornos conductuales en el hogar, en el contexto de un proceso cíclico y progresivo de interacciones inadecuadas y coercitivas entre los padres y el hijo. Esta supuesta espiral de aprendizaje desadaptativo se iniciaría antes del comienzo de la escolaridad, y tendría como causa más probable el manejo inadecuado de estrategias parentales, especialmente las relacionadas con el cumplimiento por parte del niño de las órdenes, las normas y las reglas durante los primeros años de su vida. Los estilos de interacción padres-hijos que se muestran directamente relacionados con el desarrollo de problemas conductuales del niño incluyen la disciplina irracional («hoy te premio por lo mismo que ayer te castigué», por ejemplo), el control de las respuestas impulsivas y agresivas, la supervisión inadecuada del quehacer del niño, la escasa participación de padres e hijos en actividades

conjuntas y la disciplina rígida e inflexible (véase Chamberlain, Reid, Ray, Capaldi y Fisher, 1997 o Edwards et al., 2007). El modelo postula que, en la misma medida en que este proceso coercitivo se consolida y generaliza (debido a la falta de conocimientos, habilidades y destrezas de crianza adecuadas de los padres), se espera que se produzcan aumentos significativos tanto de la frecuencia como de la duración e intensidad de las respuestas coercitivas del niño. Tales respuestas del niño estarían también en función del grado en que los miembros de la familia (especialmente los padres) refuerzan y participen en tales respuestas agresivas. Otras variables que contemplan el modelo, relacionadas con la producción de efectos directos o indirectos, son las propias del ámbito personal de los progenitores, las relativas a los problemas de pareja que pudieran existir y las que tienen que ver con el grado de aislamiento social de la familia. Así, por ejemplo, en relación con las primeras estaría la conducta antisocial, el consumo de sustancias tóxicas, la depresión maternal, etc.; entre las segundas se hallarían las que tienen su origen en los problemas que pueden existir entre los propios padres, como por ejemplo los problemas conyugales, y las terceras incluirían, por ejemplo, el aislamiento social o la escasa frecuencia de relaciones con otras familias con niños de edades similares (véase, por ejemplo, Frick y McMahon, 2008).

22.4. EFICACIA DEL ENTRENAMIENTO DE LOS PADRES Y VARIABLES QUE MODULAN SUS EFECTOS

Pese al énfasis que tanto con carácter general como respecto del entrenamiento de padres, en particular, se está poniendo en el uso de programas de entrenamiento psicológico fundamentados empíricamente, es decir, sustentados en la evidencia empírica (Metzler, Eddy y Taylor, 2002), la mayoría de las intervenciones psicológicas dirigidas a la familia que están en el mercado (véase Lundahl, Risser y Lovejoy, 2006; McMahon, 1999; Miller y Prinz, 1990; O'Dell, 1974; Olivares y Méndez, 1997 o Serketich y Dumas, 1996) nunca ha sido evaluadas de una manera rigurosa y sistemática (Olivares, Rosa y Olivares-Olivares,

2006). Dentro de este estado de la investigación, sobre la eficacia y la eficiencia del entrenamiento de padres en el contexto tanto individual como en el de las escuelas de EP o grupal, las intervenciones centradas en el aprendizaje social constituyen una notable excepción, porque la mayoría ha probado su eficacia (al menos a corto plazo), la generalización de sus efectos (temporalmente —estabilidad—, entre situaciones y respecto de las respuestas de otros miembros de la familia) y la validez social del cambio operado —percepción por agentes sociales relevantes— (McMahon, 2010). No obstante, también en éstas se echa en falta el estudio de la contribución de los elementos que integran dichos tratamientos multicomponentes, el papel modulador de las variables paternas y de las relativas a las características de los hijos, el efecto de la gravedad del problema de conducta que presenten los hijos, la formación de los padres, etc. Es decir, se requiere todavía seguir profundizando en el conocimiento de la contribución de las variables que suponemos implicadas en la génesis, desarrollo y mantenimiento de estos problemas.

Ahora bien, pese a lo que acabamos de indicar, ¿cuál es la evidencia de la que disponemos en orden a la eficacia, la generalización y la validez social de las escuelas de padres?, ¿cuáles son los mecanismos a través de los que podremos lograr cambios en las respuestas del niño para cuyo tratamiento entrenamos a sus padres?, ¿podemos aplicar los programas de entrenamiento en las escuelas de padres indiferenciadamente, o por el contrario es mejor hacerlo con grupos de padres cuyos hijos presenten el mismo problema? ¿Podemos hacer algo para que los programas de entrenamiento de padres, aplicados en las escuelas de padres, se puedan utilizar de manera generalizada, con una fiabilidad razonable pese a que se permitan adaptaciones *ad hoc* para adecuarlos a las características de los padres? Los datos disponibles muestran que los resultados más prometedores son los que han producido los programas de entrenamiento destinados a padres con hijos pequeños (rango: 3/4-9/10 años). Estos programas han mostrado ser eficaces, han probado su validez social y sus efectos se generalizan generalmente a otras respuestas y situaciones, así como a otros miembros de la familia y diversas áreas del funcionamiento fami-

liar (véase Lochman y Steenhoven, 2002; Lundahl, Risser y Lovejoy, 2006 o Serketich y Dumas, 1996). Los datos que apoyan tales conclusiones han sido obtenidos de la cuantificación de los cambios observados en las respuestas de los padres tras su entrenamiento (así, el incremento de la crítica constructiva, la reducción del empleo de los estilos educativos autoritario o sobreprotector, el incremento de la aplicación del entrenamiento en resolución de problemas, la reducción del empleo del castigo físico —azotes—, el incremento de las respuestas contingentes a las respuestas inadecuadas de los hijos y de las expresiones de afecto, etc.), de los cambios constatados en los hijos (por ejemplo, la reducción de las respuestas agresivas —físicas y verbales— o el incremento del cumplimiento de las órdenes paternas) y la modificación de la percepción que los padres tenían de sus hijos. Asimismo, la aplicación del entrenamiento se ha mostrado eficaz tanto cuando se ha realizado en los propios hogares como cuando se ha desarrollado en las escuelas de padres (centros clínicos, colegios, sedes de servicios sociales, etc.) (véase, por ejemplo, Lochman y Steenhoven, 2002).

Los resultados del meta-análisis de Lundahl, Risser y Lovejoy (2006) muestran que los programas de entrenamiento de padres que cuentan con más apoyo empírico y experimental son los que han desarrollado McMahon y Forehand (2003), Webster-Stratton (2005), Querido y Eyberg (2005), Patterson, Reid, Jones y Conger (1975) y Sanders, Markie-Dadds y Turner (2003).

En general, siguiendo a Robles y Romero (2011), podemos decir que hoy esta modalidad de intervención no sólo es la más investigada, sino que también es la que cuenta con mejores resultados. Esta superioridad de los efectos generados por la intervención se pone de manifiesto tanto cuando se utilizan medidas de autoinforme de padres y/o profesores como cuando se cuantifica su efecto por medio de observaciones realizadas en el contexto familiar y escolar relativas al desarrollo de habilidades/destrezas parentales, reducción de respuestas problemáticas de los hijos en edades tempranas, incremento de la conducta prosocial, mejora de las actitudes hacia los hijos, incremento del empleo adecuado de las habilidades/destrezas de comunicación y las estrategias

de resolución de problemas. Además, el potencial de esta modalidad de intervención también se pone de manifiesto en la mejora de los efectos del tratamiento farmacológico cuando se combina con éste, por ejemplo, en el tratamiento del TDH. Por todo ello, entre los diferentes tipos de intervenciones psicosociales, las escuelas de EP constituyen actualmente la estrategia de primera elección para el tratamiento de los problemas de conducta a edades tempranas.

En el ámbito iberoamericano todavía son escasos los intentos en este sentido, pese a que podamos referenciar ya un notable grupo de investigaciones al respecto (véase Olivares, Rosa y Olivares-Olivares, 2006).

En esta línea de investigación, la hipótesis que cuenta con mayor aval empírico y experimental es la que sostiene que el cambio que se opera en las respuestas de los progenitores media los efectos de la aplicación del entrenamiento de éstos, al menos en los problemas de conducta que presentan los niños menores de 9-10 años (así, Beauchaine, Webster-Stratton y Reid, 2005; Feinfield y Baker, 2004 o Martínez y Forgatch, 2001).

Por lo que respecta a las variables moduladoras del efecto de la aplicación del entrenamiento de padres, el estudio de Lundahl, Risser y Lovejoy (2006) pone de manifiesto que, cuando se abordan problemas graves de la conducta de los hijos mediante las escuelas de EP, el hecho de pertenecer a una familia monoparental y/o presentar problemas económicos reduce significativamente los efectos del entrenamiento; en estos casos, una variante del entrenamiento individual de los padres, el entrenamiento autoadministrado (véase Reyno y McGrath, 2006), además de resultar más flexible y económico que otras modalidades, produce mejoras en el comportamiento tanto de los padres como de sus hijos, con independencia de la edad de éstos, si bien es cierto que su eficacia es menor que la que generan las escuelas de EP (Taylor y Biglan, 1998). En otras investigaciones se ha aportado evidencia empírica respecto del efecto modulador de variables como el «apego» (Routh, Hill, Steele, Elliott y Dewey, 1995) o las «dificultades conyugales» (Dadds, Sanders y James, 1987). Otros investigadores han informado del efecto negativo, sobre los beneficios del entrenamiento, de variables como la ansiedad/depresión comórbida infantil, la

depresión de la madre, abuso del consumo de drogas por parte de los padres o la insatisfacción conyugal (Beauchaine, Webster-Stratton y Reid, 2005).

Hay un conjunto de variables que reiteradamente se señalan como moduladoras potenciales de los efectos de las escuelas de EP, tanto respecto de su efectividad como del abandono del entrenamiento (edad de los niños, severidad de los problemas en la evaluación pretest, el nivel educativo y sociocultural de los padres, o la asistencia e implicación de los padres (así, Barlow y Stewart-Brown, 2000; Baydar, Reid y Webster-Stratton, 2003; Kazdin y Wassell, 1998; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006 o Robles y Romero, 2011). No obstante, desde nuestro punto de vista hay otras que no han sido suficientemente estudiadas, pero que deberían de considerarse antes de aplicar un programa de entrenamiento de padres, por su potencial efecto moderador de la eficacia del programa; por ejemplo: *a)* las estrategias a través de las cuales se implementará o desarrollará el entrenamiento (por ejemplo, con o sin manual de entrenamiento); *b)* la existencia de un servicio complementario de guardería; *c)* el horario fijado para el desarrollo de sesiones de enseñanza-aprendizaje; *d)* el número de sesiones/semana programadas; *e)* la duración de las sesiones; *f)* la ubicación del lugar donde se desarrollará el entrenamiento y la disponibilidad de medios de transporte públicos para el desplazamiento; *g)* el empleo de modelos maestro o experto —*mastery*— vs. de enfrentamiento —*coping*—; *h)* grado de supervisión de las aplicaciones o «tareas para casa»; *i)* expectativas respecto del tratamiento psicológico; *j)* la homogeneidad de los grupos de padres de acuerdo con el problema principal que presenten los hijos; *k)* la gravedad de los problemas comórbidos que presenten de los hijos, y *l)* el tamaño/composición de los grupos.

Cada vez es mayor el número de investigaciones en las que se prueba la elevada validez transcultural de la estructura de los programas que se imparten en las escuelas de EP, sobre todo en el mundo anglosajón. Tal es el caso del estudio multicentro realizado en el Reino Unido por Scott, Spender, Doolan, Jacobs y Aspland (2001) con padres cuyos hijos presentaban conducta antisocial; los llevados a cabo en Canadá por Taylor, Schmidt, Pepler y Hodgins

(1998); Patterson, Barlow, Mockford, Klimes, Pypers y Stewart-Brown (2002); las aplicaciones realizadas en Hong-Kong por Leung, Sanders, Leung, Mak y Lau (2003), en Australia por Zubrick et al. (2005) o en Noruega por Ogden, Forgatch, Askeland, Patterson y Bullock (2005), por poner algunos ejemplos.

22.5. DISEÑO Y APLICACIÓN DE PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO EN EL CONTEXTO DE LAS ESCUELAS DE PADRES

Como ya hemos indicado, el objetivo inicial del entrenamiento era que los padres aprendieran a modificar y/o colaboraran en la reducción/eliminación del problema de conducta que presentaban los hijos. En la actualidad este objetivo inicial se ha ampliado, e incluye tanto el ámbito aplicado a la prevención/eliminación/reducción de problemas clínicos y de la salud, como el básico o relativo al estudio de las variables que pudieran resultar relevantes para el propio entrenamiento (a través del cual los investigadores van mejorando las estrategias y las modalidades de entrenamiento de los propios padres).

Tomando como referencia los hallazgos generados por esta última línea de trabajo e investigación, presentamos a continuación, de forma resumida, una serie de consideraciones que estimamos pueden resultar útiles para que los profesionales de la psicología y los investigadores, sin o con escasa experiencia previa en este campo, puedan diseñar y aplicar con expectativas de éxito los contenidos y actividades propios de una escuela de padres, siguiendo lo que ya indicamos en otro lugar (Olivares, Rosa, Olivares-Olivares, Sánchez y Parada, 2006).

22.5.1. Pautas para estructurar el programa que articulará la escuela de padres

22.5.1.1. *Previas a la intervención*

- Ubicar el centro de entrenamiento en un *lugar* bien comunicado, al que se pueda acceder con facilidad utilizando los medios de transporte públicos, desplazamiento a pie, etc.
- Prever e instalar un *servicio de guardería* que permita no tener que renunciar al entrenamiento.
- Establecer un *horario de entrenamiento* compatible con la jornada laboral.
- Fomentar la necesidad de que asistan los dos miembros de la pareja.
- Estimular a los padres y madres que no tienen pareja para que les acompañe algún amigo o amiga (para que no se sientan solos).
- Crear *grupos homogéneos* respecto del nivel socioeconómico y cultural y los problemas que presentan los hijos.

22.5.1.2. *En el inicio de la intervención*

- Presentar de manera clara y concreta los *objetivos del programa* de entrenamiento: ¿qué se pretende lograr?, ¿qué no se debe esperar del programa?, ¿qué es lo que se espera que hagan los padres? y ¿qué es lo que no deberán hacer los padres que comprometan su asistencia al programa?
- Exponer los *parámetros del programa*: número y duración de las sesiones, fases del entrenamiento, «tareas para casa», etc.

22.5.1.3. *Respecto de la evaluación*

- Diseñar un proceso de *evaluación continua* de las «tareas para casa».
- Generar, desarrollar y mantener el interés por la evaluación continua de las *tareas para casa* (modelar, reforzar y proporcionar *feedback*).
- Restringir los *registros* a los que resulten estrictamente necesarios.

22.5.1.4. *Desarrollo del entrenamiento*

- Monitorizar el entrenamiento de cada grupo, preferiblemente con dos personas de distinto sexo y, al menos una de ellas, con *experiencia en el entrenamiento de padres*.
- Programar: a) reforzadores que minimicen el *abandono* o la *asistencia irregular* a las se-

siones; *b*) *práctica distribuida* (una sesión por semana) frente a la práctica masiva, y *c*) desarrollo del entrenamiento en una secuencia de *dificultad y complejidad* crecientes.

- Minimizar las lecciones magistrales y *maximizar la implicación* de los padres en la realización de actividades.
- Proporcionar el máximo de *información* a través de manuales, grabaciones audio y audiovisuales, con el fin de que los terapeutas dediquen el mayor tiempo posible a modelar destrezas y administrar retroalimentación.
- Prevenir/solucionar las *dificultades* que puedan surgir a los padres durante las «tareas para casa». Se sugiere: *a*) programar uno o dos contactos telefónicos entre sesión y sesión de entrenamiento; *b*) contemplar la posibilidad de desplazamientos ocasionales hasta el domicilio familiar para auxiliar (instruir, orientar, modelar,...) *in situ*, y *c*) llevar un diario donde se resuman las dificultades halladas y las soluciones generadas.
- Fomentar e instigar el *feedback de/entre los padres* sobre la marcha de la aplicación del programa de entrenamiento.
- Dotar de *flexibilidad* a la estructura de las sesiones: estar preparado para desviarse excepcionalmente cuando sea necesario.
- Incluir mecanismos para responder, y en su caso, incorporar las *aportaciones* generadas por el *feedback de/entre los propios padres*.

22.5.1.5. Apoyo social

- Fomentar el *apoyo social*: *a*) manteniendo la confidencialidad dentro del grupo; *b*) incitando a que los participantes sean elementos de apoyo entre sí, respondiendo a llamadas telefónicas, proporcionando información útil...; *c*) no presionando a los demás para que hablen o participen; *d*) compartiendo el tiempo ecuanímente; *e*) llamándose los unos a los otros por sus nombres propios, y *f*) disponiendo de un tiempo para las relaciones sociales (propiciando un período de descanso en medio de la sesión de entrenamiento).

22.5.2. Propuesta de guía para la elaboración de un programa básico de entrenamiento a padres

En las páginas que siguen vamos a presentar una propuesta que el lector puede tomar como guía provisional para elaborar su programa de entrenamiento de padres, hasta que sus conocimientos y experiencia le permitan elaborar una propia (véase cuadro 22.2).

CUADRO 22.2

Estructura de una propuesta de guía para elaborar un programa básico de entrenamiento de padres

Objetivos	Generales	
	Largo plazo	
	Corto plazo	
Contenidos	<i>Seleccionar</i>	
	<i>Distribuir temporalmente atendiendo a</i>	Características de los padres
		Número de sesiones o unidades de entrenamiento
		Duración de las sesiones de entrenamiento
Periodicidad de las sesiones		
Procedimiento (desarrollo de la intervención)	<i>Evaluación de los participantes</i>	Pretest, postest, seguimiento
		Intratamiento
		Tipos: social, clínica, temporal...
		Instrumentos y estrategias
	<i>Formación y tamaño de los grupos (pequeño, mediano, grande).</i>	
Procedimiento (desarrollo de la intervención)	<i>Desarrollo de las sesiones</i>	Objetivos específicos
		Contenidos (padres y terapeutas)
		Actividades (padres y terapeutas)
	<i>Fases</i>	Educativa/explicativa (psicoeducativa)
		Entrenamiento
		Aplicación («Tareas para casa»)
<i>Seguimiento de los efectos del entrenamiento</i>	Corto plazo (rango: 1-3 meses)	
	Medio plazo (rango: 6-12 meses)	
	Largo plazo (rango: 24 meses en adelante)	

22.5.2.1. Formular objetivos

Objetivos generales

Por ejemplo, dotar a los padres de los recursos teóricos, habilidades y destrezas que les permitan mejorar los estilos de interacción social en el ámbito familiar.

Objetivos a corto y medio plazo

Ejemplos: *a)* concretar operativamente las respuestas problemáticas; *b)* sustituir estilos coercitivos de interacción por patrones de interacción positivos y prosociales; *c)* desarrollar/mantener los valores de los parámetros básicos relacionados con las respuestas prosalud; *d)* disminuir/eliminar los valores de los parámetros básicos relacionados con las respuestas de riesgo, y *e)* aplicar correctamente técnicas específicas de manejo conductual (estrategias de observación y registro; uso del refuerzo, la extinción; economía de fichas...).

22.5.2.2. Seleccionar y distribuir los contenidos del programa

Estas dos actividades requieren:

- La selección de los contenidos, entre los que han de hallarse al menos los principios del aprendizaje social; los relativos a la delimitación, observación y registro a lo largo del tiempo de las respuestas del niño, y el entrenamiento en dar órdenes e instrucciones claras (concretas y específicas).
- Describir los contenidos seleccionados de forma específica para cada unidad o sesión de entrenamiento. Ello supone que en la programación de cada unidad de la intervención se deben enumerar los conceptos a utilizar con fines educativos y/o explicativos (informar, reconceptualizar, etc.), las habilidades y destrezas a entrenar, las que han de poner en juego los terapeutas o monitores, la estructura de las situaciones de aprendizaje, los materiales que se van a utilizar...

- La distribución temporal de contenidos debería contemplar: *a)* número de sesiones de tratamiento (rango orientativo: 10-12); *b)* duración de la sesión (alrededor de las dos horas/sesión con descanso de quince minutos); *c)* periodicidad de la sesión (una por semana suele ser lo aconsejable), y *d)* horario que cuenta con más probabilidad de que los padres puedan cumplirlo (se estudiará en cada caso, pero de forma general éste suele situarse entre las 20 y 22 horas).
- Programar la distribución de los contenidos para el terapeuta y para los padres en cada sesión de entrenamiento.

22.5.2.3. Procedimiento o intervención

El procedimiento se inicia con la evaluación de los participantes, sigue con la formación de los grupos y el desarrollo del entrenamiento y, una vez terminado éste, la toma de medidas para verificar el mantenimiento de los logros.

Evaluación. Vamos a recordar, de forma muy breve, los momentos que han de tenerse presentes durante el proceso de intervención, respecto de la evaluación, así como los tipos o modalidades de evaluación que sería necesario realizar (siempre que las circunstancias lo permitan) y algunos de los instrumentos de los que nos podemos servir:

- Momentos: *a)* inicial o pretest; *b)* tras cada sesión de tratamiento; *c)* final o posttest, y *d)* de seguimiento y siempre antes de las posibles «sesiones de recuerdo» o entrenamiento adicional, cuya necesidad pudiera poner en evidencia la propia evaluación de seguimiento.
- Tipos: clínica, estadística, social, generalización (temporal, situacional o espacial, interpersonal e interconductual (véase Olivares, Méndez y Macià, 2005, pp. 145-147).
- Instrumentos. Sugerimos al lector consultar el trabajo de Olivares, Rosa y Olivares-Olivares (2006) o Macià (2005), donde podrá encontrar una muestra bastante representativa de los instrumentos que suelen utilizarse para este fin.

Formación y tamaño de los grupos. En el marco de las escuelas de padres se recomienda que, con carácter general, los grupos sean lo más homogéneos posible, porque ello facilita la cohesión de grupo y la participación de sus componentes. El tamaño más recomendable para llevar a cabo una intervención básica oscila entre 8 y 10 padres por grupo de entrenamiento.

Desarrollo de las sesiones de entrenamiento. Los contenidos de las sesiones y tareas para casa se deben planificar: *a)* en función del nivel de aprendizaje esperado, de acuerdo con el número de la sesión de entrenamiento, y *b)* en relación con las actividades que permitan garantizar el éxito de las intervenciones de los padres, sobre todo al comienzo del entrenamiento, respondiendo al interés de los padres por (re)establecer el control sobre la conducta del niño y/o la suya propia.

Fases del desarrollo de las sesiones. Como en todo tratamiento psicológico, el entrenamiento que se desarrolla en las escuelas de padres conlleva tres fases: psicoeducativa o explicativa, de entrenamiento propiamente dicho y de aplicación o «tareas para casa». Vamos a recordarlas brevemente:

- *Primera fase:* psicoeducativa o explicativa. Los objetivos, actividades y recursos a utilizar en esta fase incluyen al menos: *a)* exponer (terapeuta/monitor) en el inicio de cada sesión una breve síntesis de lo trabajado en la sesión previa («recordatorio»); *b)* corregir las *tareas para casa* acordadas en la sesión anterior, discutir los problemas encontrados y modelar, reforzar y dar *feedback* en su caso; *c)* transmitir nueva información y/o reconceptualizar la existente, y *d)* solucionar dudas (complementarias a las llamadas telefónicas entre sesión y sesión de entrenamiento).

Recursos. Entre los recursos de los que podemos hacer uso están las guías y manuales que se han elaborado *ad hoc*, materiales audio y audiovisuales, la invitación puntual de algún experto de reconocido prestigio, etc.

- *Segunda fase:* entrenamiento de habilidades y destrezas. Los objetivos, actividades y recursos que aplicaremos deben incluir al menos: *a)* entrenar a los padres en condiciones simuladas y simplificadas (modelando la aplicación, ensayando la conducta o realizando *role playing* tantas veces como se requiera hasta el logro de una ejecución correcta; *b)* discutir entre los miembros de cada grupo y con el terapeuta/monitor sobre la pertinencia, adecuación, posibilidades de aplicación, dificultades que se prevén, etc., en relación con lo entrenado; *c)* entregar a los padres un resumen de los contenidos abordados y la propuesta de tareas para casa (al término de la sesión), y *d)* proponer que cada padre y/o pareja realice un listado complementario *de tareas para casa* para su caso particular.

Recursos: *a) conductuales:* instrucciones, modelado, instigación, ensayo de conducta, *role-playing*, refuerzo positivo o *feedback*, y *b) materiales:* circuito cerrado de vídeo, filmaciones en vídeo con contenidos de modelado simbólico, etc.

- *Tercera fase:* Aplicación o «tareas para casa». El objetivo de esta fase es la consolidación y generalización de los aprendizajes. Ello supone aplicar entre sesión y sesión de entrenamiento/tratamiento los conocimientos, las habilidades y las destrezas modeladas y ensayadas en la(s) sesión(es) ya terminada(s).

22.5.2.4. Valorar la eficacia del programa de entrenamiento a corto plazo

Tras la terminación de las sesiones de entrenamiento es preciso realizar una evaluación post-tratamiento, con el fin de constatar que los datos nos permiten validar el logro de nuestros objetivos. En este momento lo que nos interesa es verificar la validez clínica, social, estadística y de generalización (intersituacional, interconductual, intersujetos) de los efectos del tratamiento. Aplicaremos las mismas pruebas que usamos en la evaluación pretest, así

como las mismas estrategias (test situacionales, pruebas de lápiz y papel, grabaciones audiovisuales, etc.).

22.5.2.5. Seguimiento de los efectos de la intervención a medio y largo plazo

La medida de la estabilidad y generalización de los logros a medio y largo plazo se debería realizar midiendo los efectos a los 3, 6, 12 y 24 meses de haber terminado el entrenamiento.

Dos deberían ser los objetivos que al menos habrían de guiar este seguimiento: *a)* recoger datos de la persistencia de los efectos del programa, y *b)* valorar la necesidad de llevar a cabo un entrenamiento adicional (sesiones de recuerdo).

22.6. CONCLUSIONES Y TENDENCIAS FUTURAS

A lo largo de los últimos quince años, la investigación sobre el entrenamiento de los padres para tratar los problemas de conducta de sus hijos no ha hecho sino acumular evidencia empírica a su favor, tanto respecto a cuestiones estrictamente psicopatológicas como en el campo más reciente de la psicología de la salud (véase McMahan, 2010).

Los efectos cuantitativos y cualitativos del entrenamiento se han constatado tanto en las respuestas manifiestas de los padres y de los hijos como en su validez social y en la generalización (temporal, contextual, entre respuestas del niño tratado y entre hermanos), perdurando a lo largo del tiempo sobre todo en las intervenciones multicomponente (Lochman y Steenhoven, 2002) y en las que incluyen entre sus componentes el entrenamiento en resolución de problemas y habilidades/destrezas de comunicación (Lundahl, Risser y Lovejoy, 2006).

Ahora bien, la distribución del peso de los logros no afecta por igual ni a todas las áreas ni a todos los problemas. El mayor apoyo empírico de la eficacia y eficiencia del entrenamiento de padres se centra hasta el día de hoy en el tratamiento de niños que muestran problemas en sus respuestas manifiestas (agresiones, pataletas, desobediencia...), proba-

blemente por el desarrollo alcanzado y el peso que desde su inicio ha tenido el enfoque operante en el tratamiento de los problemas relativos a la infancia y adolescencia (Olivares, Rosa y Olivares-Olivares, 2006).

Pese a los logros de esta modalidad de tratamiento psicológico, existen todavía numerosos problemas pendientes de solución, tales como el alto índice de abandonos o la escasa participación de los padres. También se hace necesario incrementar el número de intervenciones con padres con hijos adolescentes, pues aquí contamos con muy poca investigación realizada y los resultados generalmente son contradictorios.

Las escuelas de EP, tal como aquí las hemos operacionalizado, son fundamentalmente el producto y desarrollo del trabajo de investigación realizado en algunos países anglófonos, y especialmente en Estados Unidos; en el contexto iberoamericano en general, y en el español en particular, la investigación en el desarrollo/adaptación y aplicación de esta modalidad de intervención es todavía escasa. En consecuencia, a todo lo dicho hemos de añadir la necesidad de poner en marcha líneas de investigación que nos permitan avanzar en el desarrollo y consolidación de esta modalidad de intervención, desde nuestras peculiaridades culturales.

En síntesis, podemos recordar que: *a)* el rango de edad de los hijos en el que actualmente las escuelas de padres cuentan con más apoyo empírico respecto de su eficacia, grado de generalización y validez social, es el comprendido entre los 3-4 y los 9-10 años; *b)* el cambio en el comportamiento de los padres es la variable más relevante para producir cambios en las respuestas de sus hijos; *c)* los estudios meta-analíticos indican que la eficacia de las escuelas de EP se reduce considerablemente cuando la familia es monoparental, existen dificultades económicas o los hijos presentan problemas graves de conducta, mostrándose más efectivo en estos casos el entrenamiento individual/autoadministrado, y *d)* cada vez contamos con más datos que muestran que los trastornos de la conducta y de la personalidad se inician a edades tempranas, lo que ha hecho que, por una parte, crezca el interés por los efectos pre-

ventivos a medio y largo plazo de la escuelas de EP y, por otra, ha puesto de manifiesto la necesidad de que se apliquen programas de entrenamiento de padres tempranamente.

Por último, hemos de recordar que toda escuela de EP ha de seguir un proceso de enseñanza-aprendizaje en paralelo: por una parte se enseña a modi-

ficar las respuestas inadecuadas, tanto de los padres como de los hijos, y por otra a generar, desarrollar y/o mantener las respuestas adecuadas, deseables o adaptativas. Ningún programa de entrenamiento de padres puede denominarse como tal si sólo se ocupa de la reducción/eliminación de las respuestas inadecuadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barlow, J. y Steward-Brown, S. (2000). Behavior problems and group-based parent education programs. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 21, 356-370.
- Baydar, N., Reid, M. J. y Wester-Stratton, C. (2003). The Role of Mental Health Factors and Program Engagement in the Effectiveness of a Preventive Parenting Program for Head Start Mothers. *Child Development*, 74(5), 1433-1453.
- Beauchaine, T. P., Webster-Stratton, C. y Reid, M. J. (2005). Mediators, moderators, and predictors of 1-year outcomes among children treated for early-onset conduct problems: A latent growth curve analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 371-388.
- Chamberlain, P., Reid, J. B., Ray, J., Capaldi, D. M. y Fisher P. (1997). Parent inadequate discipline (PID). En T. A. Widiger, A. J. Frances, H. A. Pincus, R. Ross, M. B. First y W. Davis (eds.), *DSM-IV sourcebook*. (vol. 3, pp. 569-629). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Chronis, A. M., Chako, A., Fabiano, G. A., Wynbs, B. T. y Pelham, W. F. (2004). Enhancements to the standar behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7, 1-27.
- Dadds, M. R., Sanders, M. R. y James, J. E. (1987). The generalization of treatment effects in parent training with multidistressed parents. *Behavioural Psychotherapy*, 15(4), 289-313.
- De Garmo, D. S., Patterson, G. R. y Forgatch, M. S. (2004). How do outcomes in a specified parent training intervention maintain or wane over time? *Prevention Science*, 5(2), 73-89.
- Del Pino, A. y Gaos, M. T. (1997). Efecto sobre los padres de hijos con minusvalías de un programa para facilitar conocimientos y estrategias de intervención. *Psicología Conductual*, 5(2), 255-277.
- Edwards, R. T., Ceilleachair, A., Bywater, T., Hughes, D. A. y Hutchings, J. (2007). Parenting programme for parents of children at risk of developing conduct disorder: cost effectiveness analysis. *British Medical Journal*, 334, 682-682.
- Farrington, D. P. y Welsh, B. C. (2003). Family-based prevention of offending. A Meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 36(2), 127-151.
- Feinfield, K. A. y Baker, B. L. (2004). Empirical support for a treatment program for families of young children with externalizing problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 182-195.
- Forehand, R., Middlebrook, J., Rogers, T. R. y Steffe, M. (1983). Dropping out of parent training. *Behaviour Research and Therapy*, 21(6), 663-668.
- Frick, P. J. y McMahon, R. J. (2008). Child and adolescent conduct problems. En J. Hunsley y E. J. Mash (eds.), *A guide to assessments that work* (pp. 41-66). Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Graña, J. L. (1994). La escuela conductual familiar. En J. L. Graña, *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 282-294). Madrid: Debate.
- Griest, D. L. y Wells, K. C. (1983). Behavioral family therapy with conduct disorders in children. *Behavior Therapy*, 13, 337-352.
- Kazdin, A. (1988). *Tratamiento de la conducta antisocial en niños y adolescentes*. Barcelona: Martínez Roca (original publicado en 1985).
- Kazdin, A. y Wassell, G. (1998). Treatment completion and therapeutic change among children referred for outpatient therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 332-340.
- Leung, C., Sanders, M. R., Leung, S., Mak, R. y Lau, J. (2003). An outcome evaluation of the implementation of the Triple P-Positive Parenting Program in Hong Kong. *Family Process*, 42(4), 531-544.

- Lochamn, J. E. y Van den Steenhoven, A. (2002). Family-based approaches o substance abuse prevention. *Journal of Primary Prevention*, 23, 49-114.
- Lundahl, B., Risser, H. J. y Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 86-104.
- Macià, D. (2005). *Ser padres. Educar y afrontar los conflictos cotidianos en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Marinho, M. L. y Ferreira, E. (2000). Evaluación de la eficacia de un programa de entrenamiento de padres en grupo. *Psicología Conductual*, 8(2), 299-318.
- Martínez, C. R. y Forgatch, M. S. (2001). Preventing problems with boys' noncompliance: Effects of a parent training intervention for divorcing mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 416-428.
- Maughan, D. R., Christiansen, E., Jenson, W. R., Olympiua, D. y Clark, E. (2005). Behavioral parent training as a treatment for externalizing behaviors and disruptive behavior disorder: A meta-analysis. *School Psychology Review*, 34, 267-286.
- McAuley, R. (1992). Counseling parents in child behaviour therapy. *Archives of Disease in Childhood*, 67, 536-542.
- McMahon, R. J. (1999). Parent training. En S. W. Russ y T. H. Ollendick (eds.), *Handbook of psychotherapies with children and families* (pp. 153-180). Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- McMahon, R. J. (2010). Intervenciones de capacitación parental para los niños en edad preescolar. En R. E. Tremblay, R. G. Barr, R. de V. Peters y M. Boivin (eds.), *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia* (pp. 1-9). Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development. Disponible en: <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/McMahonRJESPxp.pdf> [consultado 24.10.2010].
- McMahon, R. J. y Forehand, R. L. (2003). *Helping the noncompliant child: Family-based treatment for oppositional behavior* (2.ª ed.). Nueva York, NY: Guilford Press (www.strengtheningfamilies.org).
- Metzler, C., Eddy, M. y Taylor, T. K. (2002). *The evidence standards of ten «best practices» lists and the evidence base of the top family-focused programs*. Paper presented at: Symposium conducted at the meeting of the Society for Prevention Research, «Finding common ground among “best practices” lists: The evidence base and program elements of top family focused and school-based programs», [Metzler, Chair]; May, 2002, Seattle, Wash.
- Miller, G. E. y Prinz, R. J. (1990). Enhancement of social learning family interventions for childhood conduct disorder. *Psychological Bulletin*, 108(2), 291-307.
- Mowrer, O. H. y Mowrer, W. M. (1938). Enuresis a method for its study and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 8, 436-459.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2006). *Parent training education programmes in the management of children with conduct disorders*. Londres: Autor.
- O'Dell, S. (1974). Training parents in behavior modification: A review. *Psychological Bulletin*, 81, 418-433.
- Ogden, T., Forgatch, M. S., Askeland, E., Patterson, G. R. y Bullock, B. M. (2005). Implementation of parent management training at the national level: The case of Norway. *Journal of Social Work Practice*, 19(3), 317-329.
- Olivares, J., Macià, D. y Méndez, F. X. (1993). Intervención comportamental-educativa en el entrenamiento a padres: El Programa Paidos. En D. Macià, F. X. Méndez y J. Olivares (eds.), *Intervención Psicológica: Programas aplicados de tratamiento* (pp. 115-146). Madrid: Pirámide.
- Olivares, J. y Méndez, F. X. (1997). Entrenamiento de padres en contextos clínicos y de la salud en España. *Psicología Conductual*, 5(2), 173-277.
- Olivares, J., Méndez, F. X. y Macià, D. (2005). *Los tratamientos conductuales en la infancia y la adolescencia. Bases conceptuales y metodológicas* (2.ª ed.). Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Rosa, A. I. y García-López, L. J. (1997). El papel del vídeo en el entrenamiento a madres: un estudio comparativo. *Psicología Conductual*, 5(2), 237-254.
- Olivares, J., Rosa, A. I. y Olivares-Olivares, P. J. (eds.) (2006). *Ser padres, actuar como padres. Un reto que requiere formación y tiempo*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Rosa, A. I., Olivares-Olivares, P. J., Sánchez, R. y Parada, J. L. (2006). Elementos clave para el diseño y elaboración de un programa de entrenamiento a padres. En J. Olivares, A. I. Rosa y P. J. Olivares-Olivares (eds.), *Ser padres, actuar como padres. Un reto que requiere formación y tiempo* (pp. 93-147). Madrid: Pirámide.
- Pai, A. L. H., Drotar, D., Zebracki, K., Moore, M. y Youngstrom (2006). A Meta-Analysis of the Effects of Psychological Interventions in Pediatric Oncology on Outcomes of Psychological Distress and Adjustment. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(9), 978-988.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, Ore: Castalia Publishing.
- Patterson, G. R., Reid, J. B. y Dishion, T. J. (1992). *Anti-social boys*. Eugene, Ore: Castalia Publishing Company.

- Patterson, G. R., Reid, J. B., Jones, R. R. y Conger, R. E. (1975). *A social learning approach to family intervention. Families with aggressive children* (vol. 1). Eugene, Ore: Castalia Publishing Company.
- Patterson, J., Barlow, J., Mockford, C., Klimes, I., Pyper, C. y Stewart-Brown, S. (2002). Improving mental health through parenting programmes: block randomised controlled trial. *Archives of Disease in Childhood*, 87(6), 472-477.
- Querido, J. G. y Eyberg, S. M. (2005). Parent-child interaction therapy: Maintaining treatment gains of preschoolers with disruptive behavior disorders. En E. D. Hibbs y P. S. Jensen (eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (2.^a ed.) (pp. 575-597). Washington, DC: American Psychological Association.
- Reyno, S. M. y McGrath, P. J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1), 99-111.
- Robles, Z. y Romero, E. (2011). Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: una revisión de su eficacia. *Anales de Psicología*, 27(1), 86-101.
- Routh, C. P., Hill, J. W., Steele, H., Elliott, C. E. y Dewey, M. E. (1995). Maternal attachment status, psychosocial stressors and problem behaviour: Follow-up after parent training courses for conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(7), 1179-1198.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C. y Turner, K. M. T. (2003). *Theoretical, scientific, and clinical foundations of the Triple P-Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence*. St-Lucia, Australia: The Parenting and Family Support Centre, University of Queensland. Parenting Research and Practice, Monograph, n.º 1. Disponible en: http://www.pfsc.uq.edu.au/papers/Monograph_1.pdf. Visitado el 10 de noviembre de 2010 (véase también www.triplep.net).
- Sanz, A. (1985). Terapia familiar. En J. A. Carrobbles (dir.), *Análisis y Modificación de Conducta II*. Madrid: UNED.
- Scott, S., Spender, Q., Doolan, M., Jacobs, B. y Aspland, H. (2001) Multicentre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behaviour in clinical practice. *British Medical Journal*, 323(7306), 194-197.
- Serketich, W. J. y Dumas, J. E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27(2), 171-186.
- Taylor, T. K. y Biglan, A. (1998). Behavioral family interventions for improving child-rearing: a review of the literature for clinicians and policy makers. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1, 41-60.
- Taylor, T. K., Schmidt, F., Pepler, D. y Hodgins, C. (1998). A comparison of eclectic treatment with Webster-Stratton's parents and children's series in a children's mental health center: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 29(2), 221-240.
- Tharp, R. G. y Wetzel, R. J. (1969). *Behavior modificación in the natural environment*. Nueva York: Academic Press.
- Webster-Stratton, C. (1987). *The parents and children series*. Eugene, Or.: Castalia.
- Webster-Stratton, C. (2005). The Incredible Years: A training series for the prevention and treatment of conduct problems in young children. En E. D. Hibbs y P. S. Jensen (eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (2.^a ed.) (pp. 507-555). Washington, DC: American Psychological Association (véase también www.incredibleyears.com).
- Wells, K. C. (1985). Behavioral family therapy. En A. S. Bellack y M. Hersen (comps.), *Dictionary of behavior therapy techniques*. Nueva York: Pergamon.
- Zubrick, S. R., Ward, K. A., Silburn, S. R., Lawrence, D., Williams, A. A., Blair, E., Robertson, D. y Sanders, M. R. (2005). Prevention of child behavior problems through universal implementation of a group behavioral family intervention. *Prevention Science*, 6(4), 287-304.

TÍTULOS RELACIONADOS

- ADICCIÓN A LA COMPRA. Análisis, evaluación y tratamiento, *R. Rodríguez Villarino, J. M. Otero-López y R. Rodríguez Castro.*
- ADICCIÓN A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN ADOLESCENTES Y JÓVENES, *E. Echeburúa, F. J. Labrador y E. Becoña.*
- AGORAFOBIA Y ATAQUES DE PÁNICO, *A. Bados López.*
- AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD, *E. Echeburúa Odriozola.*
- CÓMO ELEGIR EL MEJOR TRATAMIENTO PSICOLÓGICO. Formulación de casos clínicos en terapia del comportamiento, *S. N. Haynes, A. Godoy y A. Gavino.*
- CONSULTORÍA CONDUCTUAL. Terapia psicológica breve, *M.ª X. Froján Parga (coord.).*
- DE LOS PRINCIPIOS DE LA PSICOLOGÍA A LA PRÁCTICA CLÍNICA, *C. Rodríguez-Naranjo.*
- DETECCIÓN Y PREVENCIÓN EN EL AULA DE LOS PROBLEMAS DEL ADOLESCENTE, *C. Saldaña García (coord.).*
- EL ADOLESCENTE EN SU MUNDO. Riesgos, problemas y trastornos, *J. Toro Trullero.*
- EL JUEGO PATOLÓGICO. Avances en la clínica y en el tratamiento, *E. Echeburúa, E. Becoña, F. J. Labrador y Fundación Gaudium (coords.).*
- GUÍA DE AYUDA AL TERAPEUTA COGNITIVO-CONDUCTUAL, *A. Gavino Lázaro.*
- GUÍA DE ÉTICA PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, *C. del Río Sánchez.*
- GUÍA DE TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EFICACES I, II Y III, *M. Pérez Álvarez, J. R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez e I. Amigo Vázquez (coords.).*
- INTERVENCIÓN EN LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO INFANTIL. Una perspectiva conductual de sistemas, *M. Servera Barceló (coord.).*
- INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA Y EDUCATIVA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES. Estudio de casos escolares, *F. X. Méndez Carrillo, J. P. Espada Sánchez y M. Orgilés Amorós (coords.).*
- LA INTERVENCIÓN ANTE EL MALTRATO INFANTIL. Una revisión del sistema de protección, *J. Martín Hernández.*
- LA VOZ Y LAS DISFONÍAS DISFUNCIONALES. Prevención y tratamiento, *R. M.ª Rivas Torres y M.ª J. Fiuza Asorey*
- LAS RAÍCES DE LA PSICOPATOLOGÍA MODERNA. La melancolía y la esquizofrenia, *M. Pérez Álvarez.*
- LOS PROBLEMAS DE LA BEBIDA: UN SISTEMA DE TRATAMIENTO PASO A PASO. Manual del terapeuta. Manual de autoayuda, *B. S. McCrady, R. Rodríguez Villarino y J. M. Otero-López.*
- MANUAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE. Trastornos específicos, *V. E. Caballo Manrique y M. A. Simón López (coords.).*
- MANUAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE. Trastornos generales, *V. E. Caballo Manrique y M. A. Simón López (coords.).*
- MANUAL DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD, *I. Amigo Vázquez, C. Fernández Rodríguez y M. Pérez Álvarez.*
- MANUAL DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y FAMILIA, *J. M. Ortigosa Quiles, M.ª J. Quiles Sebastián y F. X. Méndez Carrillo.*
- MANUAL DE PSICOPATOLOGÍA CLÍNICA, *J. F. Rodríguez Testal y P. J. Mesa Cid.*
- MANUAL DE PSICOPATOLOGÍA GENERAL, *P. J. Mesa Cid y J. F. Rodríguez Testal.*
- MANUAL DE PSICOPATOLOGÍA Y TRASTORNOS PSICOLÓGICOS, *V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carrobes (dirs.).*
- MANUAL DE TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN Y TERAPIA DE CONDUCTA, *F. J. Labrador Encinas, J. A. Cruzado Rodríguez y M. Muñoz López.*
- MANUAL DEL PSICÓLOGO DE FAMILIA. Un nuevo perfil profesional, *L. M.ª Llavona Uribe Larrea y F. X. Méndez.*
- MANUAL PARA LA AYUDA PSICOLÓGICA. Dar poder para vivir. Más allá del counselling, *M. Costa Cabanillas y E. López Méndez.*
- MANUAL PARA EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LOS DELINCUENTES, *S. Redondo Illescas.*
- MANUAL PRÁCTICO DEL JUEGO PATOLÓGICO. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta, *J. Fernández Montalvo y E. Echeburúa Odriozola.*
- MÚLTIPLES APLICACIONES DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT), *M. Páez Blarrina y O. Gutiérrez Martínez.*
- PRESERVACIÓN FAMILIAR. Un enfoque positivo para la intervención con familias, *M.ª J. Rodrigo, M.ª L. Máiquez, J. C. Martín y S. Byrne.*
- PREVENCIÓN DE LAS ALTERACIONES ALIMENTARIAS. Fundamentos teóricos y recursos prácticos, *G. López-Guimerà y D. Sánchez-Carracedo.*
- PSICOLOGÍA APLICADA A LA ACTIVIDAD FÍSICO-DEPORTIVA, *J. A. Mora Mérida, J. García Rodríguez, S. Toro Bueno y J. A. Zarco Resa.*
- PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA. Aspectos clínicos, evaluación e intervención, *M.ª T. González Martínez (coord.).*
- PSICOLOGÍA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA, *F. J. Labrador y M.ª Crespo.*
- PSICOLOGÍA DE LA SALUD. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones, *J. Gil Roales-Nieto (dir.).*
- PSICOLOGÍA DE LA VEJEZ. Evaluación e intervención, *R. Fernández-Ballesteros (dir.).*
- PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE, *R. González Barrón (coord.).*
- PSICOPATOLOGÍA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. Desarrollos actuales, *J. R. Buendía Vidal.*
- PSICOPATOLOGÍA INFANTIL BÁSICA. Teoría y casos clínicos, *J. Rodríguez Sacristán (dir.).*
- PSICOTERAPIAS. Escuelas y conceptos básicos, *J. L. Martorell.*
- REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES CRÓNICOS, *A. Rodríguez González (coord.).*
- TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA, *F. J. Labrador Encinas (coord.).*
- TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores, *K. G. Wilson y M. C. Luciano Soriano.*
- TERAPIA DE CONDUCTA EN LA INFANCIA. Guía de intervención, *I. Moreno García.*
- TERAPIA PSICOLÓGICA. Casos prácticos, *J. P. Espada Sánchez, J. Olivares Rodríguez y F. X. Méndez Carrillo (coords.).*
- TERAPIA PSICOLÓGICA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES. Estudio de casos clínicos, *F. X. Méndez Carrillo, J. P. Espada Sánchez y M. Orgilés Amorós (coords.).*
- TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE (TEL), *E. Mendoza Lara (coord.).*
- TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE HÁBITOS Y ENFERMEDADES, *J. M.ª Buceta Fernández y A. M.ª Bueno Palomino.*
- TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL MUTISMO SELECTIVO, *J. Olivares Rodríguez, A. I. Rosa Alcázar y P. J. Olivares Olivares.*
- TRATAMIENTOS CONDUCTUALES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA. Bases históricas, conceptuales y metodológicas. Situación actual y perspectivas futuras, *J. Olivares Rodríguez, F. X. Méndez Carrillo y D. Macià Antón.*
- TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS. La perspectiva experimental, *J. Vila Castellar y M.ª del C. Fernández-Santaella.*
- TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS Y TRASTORNOS CLÍNICOS, *A. Gavino Lázaro.*
- VIGOREXIA. La prisión corporal, *A. García Alonso.*
- VIVIR CON LA DROGA. Experiencia de intervención sobre pobreza, droga y sida, *J. Valverde Molina.*

Si lo desea, en nuestra página web puede consultar el catálogo completo o descargarlo:

www.edicionespiramide.es

