

**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y EFECTIVIDAD DE UN  
ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO Y SOCIOEDUCATIVO EN  
VIOLENCIA FILIO-PARENTAL DESDE UNA PERSPECTIVA  
SISTÉMICO FAMILIAR**

Llamazares Rojo, Alberto<sup>a</sup>

Marañón Valbuena, Daniel<sup>\*b,c</sup>

Vazquez Aranburu, Gorka<sup>a,d</sup>

Zuñeda Urrutia, Aintzane<sup>a,d</sup>

**PREMIO DE INVESTIGACIÓN FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE  
ASOCIACIONES DE TERAPIA FAMILIAR (FEATF) 2013**

INFORME FINAL Y RESULTADOS OBTENIDOS

**4 de Abril de 2016**

---

\*Contacto: maranondani@gmail.com

<sup>a</sup>Centro Hobetzen, Asociación Educativa Berriztu

<sup>b</sup>Irrika Centro de Psicología Clínica y Psicoterapia para la familia y la pareja

<sup>c</sup>Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)

<sup>d</sup>Gabinete de Psicoterapia Osabide

## **AGRADECIMIENTOS**

Este trabajo se ha realizado gracias a la Asociación Educativa Berriztu y al Servicio de Mujer e Intervención Familiar de la Diputación Foral de Bizkaia, y al premio Ayuda a la Investigación 2013 de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar (FEATF).

## ÍNDICE

<b>Introducción y resumen de la investigación llevada a cabo</b> .....	4
<b>Capítulo 1.</b> Características individuales y familiares de los adolescentes inmersos en violencia filio-parental: la agresividad física, la cohesión familiar y el conflicto interparental como variables explicativas .....	6
<b>Capítulo 2.</b> Características individuales y familiares de los padres y madres que sufren violencia filio-parental.....	31
<b>Capítulo 3.</b> ¿Es útil el tratamiento psicoterapéutico y socioeducativo familiar sistémico en la violencia filio-parental? Resultado del tratamiento en adolescentes.....	59

## **Introducción y resumen de la investigación llevada a cabo**

A continuación se presenta el informe final con los resultados obtenidos a lo largo de estos dos años y medio de investigación llevados a cabo.

Cada capítulo del presente informe científico se centra en cada uno de los estadios de la investigación implementada. En cada uno de los capítulos se presenta en formato de manuscrito científico la introducción a la materia de estudio, la metodología utilizada, los resultados y la discusión y conclusiones desarrolladas.

En primer lugar, el primer objetivo del estudio fue analizar las diferencias en características sociodemográficas y familiares, en salud mental y agresividad de adolescentes inmersos en una dinámica de violencia filio-parental (VFP) y un grupo contraste de adolescentes que no ejercían violencia contra sus progenitores. En este primer estadio de la investigación, se compararon 34 adolescentes que agredían tanto física como psicológicamente a sus padres con 81 adolescentes que no mostraban conductas violentas en el seno del sistema familiar. Los resultados mostraron diferencias entre ambos grupos en variables como nivel de escolarización, estructura familiar, niveles de agresividad física e ira, cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar y conflicto interparental, pero no así en los niveles de agresividad verbal y hostilidad, ansiedad, somatización, pánico o depresión. Así mismo los resultados encontrados no apoyaron la hipótesis de que una edad de inicio más temprana de la VFP o una mayor duración de la violencia sin tratamiento se asocien a una mayor gravedad de la VFP. Finalmente, la VFP global se asoció de manera significativa con una mayor agresividad física mostrada por los adolescentes, una menor cohesión familiar y un alto sentido de autculpa del adolescente en relación al conflicto interparental.

En un segundo estadio de la investigación, previo a la inclusión de los sistemas familiares a tratamiento, el objetivo a llevar a cabo fue comparar padres y madres envueltos en una problemática de VFP con padres y madres exentos de la misma en una serie de variables sociodemográficas, sintomatología clínica, agresividad funcionamiento familiar y de pareja. En este sentido, se evaluaron 85 padres y madres agredidos física y/o psicológicamente por sus hijos y 109 padres y madres libres de VFP. Las madres del grupo de VFP mostraron una significativa mayor proporción de

estructuras familiares distinta a la nuclear tradicional. A excepción de la expresión de la agresividad, tanto madres como padres VFP mostraron una mayor sintomatología clínica y un funcionamiento familiar y marital significativamente por debajo de lo hallado en los padres y madres libres de VFP. Además, al comparar a madres y padres VFP, las madres mostraron una mayor afectación en sintomatología clínica y mayores niveles de agresividad física, verbal, ira y hostilidad. Los resultados obtenidos revelaron la necesidad de la inclusión de los padres y madres en programas de tratamiento como consecuencia de la afectación de su salud mental, así como de las relaciones familiares y maritales.

En tercer y último estadio de la investigación fue el diseño de un tratamiento familiar sistémico adaptado a la casuística de la VFP y su aplicación a lo largo de 12 meses con cada una de las familias objeto de tratamiento. Para la evaluación del resultado de la intervención, se llevaron a cabo dos evaluaciones, una previa al comienzo del tratamiento y otra tras su finalización. Finalmente, durante el estudio piloto pudo llevarse a cabo el seguimiento de 40 familias con las que se realizó una media de 22.5 sesiones de psicoterapia. Los resultados indicaron una reducción significativa de la VFP global, física y verbal en los adolescentes. Sin embargo, no se obtuvieron diferencias significativas respecto a la mejoría en sintomatología clínica (ansiedad y depresión), relaciones interpersonales y rol social. La intervención familiar sistémica se observa como un tratamiento útil y efectivo en el tratamiento de la VFP para los adolescentes en el contexto real de la terapia familiar. Los resultados obtenidos y sus implicaciones clínicas y psicoterapéuticas son discutidos ampliamente en el capítulo correspondiente.

## **CAPITULO 1**

**Características individuales y familiares de los adolescentes inmersos en violencia filio-parental: la agresividad física, la cohesión familiar y el conflicto interparental como variables explicativas.**

## Introducción

La violencia Filio-Parental (VFP) puede ser definida como cualquier acto que realiza el menor con la intención de controlar a los padres y/o causarles daño psicológico, físico o financiero (Cottrell, 2001; Cottrell y Monk, 2004).

El aumento de este tipo de violencia durante los últimos años es un hecho constatado a través de los datos recogidos en las memorias de la Fiscalía General del Estado del 2006 al 2012. A pesar de ello, no se cuenta con datos fiables entorno a la prevalencia de la misma. Dicha disparidad de datos se debe tal y como afirman Ibabe, Jaureguizar y Bentler (2013a), a la naturaleza secreta del fenómeno así como a la variabilidad de las muestras objeto de estudio, esto es, muestras extraídas de la comunidad que no consultan por una problemática de VFP y muestras procedentes de procesos judiciales iniciados una vez que los progenitores han denunciado a sus hijos.

De acuerdo con el Modelo Ecológico de Cottrell y Monk (2004), es preciso que los factores individuales, interpersonales y contextuales se integren para llevar a cabo una óptima comprensión de la VFP y una posterior intervención. Este modelo asume que es más probable que la VFP ocurra cuando múltiples factores están presentes. De esta manera, las variables que actualmente han tomado fuerza en el estudio de la VFP para su comprensión y estudio pueden ser agrupadas principalmente en un nivel ontogenético y un nivel microsistémico.

En este sentido, en el ámbito ontogenético individual, el abuso de sustancias ha sido identificado como uno de los factores relacionado directamente con el incremento de dicha problemática (Aroca-Montolío, Lorenzo-Moledo y Miró-Pérez, 2014; Calvete, Orue y Sampedro, 2011; Cottrell y Monk, 2004; Evans y Warren-Sohlberg, 1988; Jackson, 2003; Kennedy, Edmonds, Dann y Burnett, 2010; Pagani et al., 2004, 2009). Diversos estudios coinciden en señalar un alto porcentaje de dificultades en el ajuste escolar en aquellos adolescentes que ejercen VFP en comparación con la población general (Nowakowski y Mattern, 2014; Rechea, Fernández y Cuervo, 2008). Respecto al sexo, de manera general se ha informado de una mayor prevalencia entre varones (Aroca-Montolío et al., 2014). Sin embargo, comienzan a hallarse datos que reflejan una prevalencia similar entre hijos e hijas, con la especificidad de que las hijas tienden hacia la utilización de una violencia más psicológica y los hijos más física (Aroca-Montolío et al., 2014; Calvete, Orue y Gámez-Guadix, 2012; Gámez-Guadix y Calvete, 2012; Jaureguizar, Ibabe y Straus, 2013). En relación a la edad, se ha establecido que el rango

de mayor incidencia es entre los 10 y 15 años (Aroca-Montolio et al., 2014). Sin embargo, no existen datos respecto a la relación entre la gravedad de la dinámica de la VFP y la edad de los adolescentes ni entre el tiempo de evolución de la problemática y la gravedad y la frecuencia de la misma. Otro de los aspectos estudiados respecto a las características personales y/o ontogenéticas de los adolescentes es la agresividad enfocada desde su dimensión conductual (Ibabe et al., 2013; Kennedy et al., 2010; Walsh y Krienert, 2009). Justamente, se ha informado de un tipo de agresividad proactiva que se relaciona más con un tipo de violencia instrumental que provee de ciertos reforzadores, en lugar de una agresividad reactiva más relacionada con una intensa ira (Calvete y Orue, 2011; Calvete et al., 2012). Sin embargo, ha sido escaso el interés de los estudios sobre la relación entre la VFP y las dimensiones cognitiva y emocional de la agresividad, esto es, la hostilidad y la ira (Berkowitz, 1993). La hostilidad y la ira serían predictores de la conducta agresiva (Arsenio, Cooperman y Lover, 2000) y su estudio orientaría hacia el óptimo tratamiento de la misma. Por otro lado, otro de los factores ontogenéticos estudiados apunta hacia una mayor sintomatología de carácter ansioso-depresivo y una baja autoestima entre los adolescentes que ejercen violencia en el entorno familiar (Aroca-Montolio et al., 2014; Contreras y Cano, 2015; Ibabe y Jaureguizar, 2009; Kennedy et al., 2010). En esta dirección, Calvete et al., (2012) hallaron que la sintomatología depresiva predecía un aumento de la VFP en una amplia muestra de adolescentes procedentes de centros escolares de educación secundaria. Sin embargo, el malestar psicológico y su relación con la VFP no ha sido estudiado en muestras que no constituyan análogos clínicos, esto es, se desconoce cuál es el nivel de malestar psicológico de aquellos adolescentes que requieren de un tratamiento psicológico para tratar la VFP. En este sentido, se hace necesario conocer el malestar psicológico de los adolescentes que acuden a tratamiento para el óptimo desarrollo de tratamientos eficaces.

Respecto al nivel microsistémico, se ha señalado una estrecha relación entre los problemas comportamentales de los niños y determinadas características del contexto y del funcionamiento familiar, como la inadecuada expresión de aceptación y comprensión, la ausencia de cohesión afectiva y de apoyo parental o los problemas de comunicación (Musitu, Estévez y Emler, 2007). Así, en relación al tipo de estructura familiar y a las características de la VFP, resulta complicado extraer de la bibliografía un perfil concreto de familia que esté inmersa en esta. Sin embargo, parece existir un consenso respecto al tipo de composición familiar, avalada por diferentes estudios que



hacen referencia a familias en las que la madre es el único progenitor presente en la educación de los adolescentes (Aroca-Montolio et al., 2014; Ibabe, Jaureguizar y Díaz, 2007). Más recientemente, se ha hallado una relación entre el comportamiento agresivo de los adolescentes y la cohesión y adaptabilidad familiar, identificando una correlación negativa entre ellos (Hamama y Arazi, 2011; Ibabe, Jaureguizar y Bentler, 2013b). Sin embargo, en el estudio de la VFP existe una importante laguna a la hora de determinar la posible relación entre el comportamiento agresivo de los hijos hacia sus padres y la percepción que los mismos tienen de la cohesión y adaptabilidad de las familias a las que pertenecen.

Cuando se hace referencia al funcionamiento familiar desde una perspectiva sistémica, la cohesión y adaptabilidad se consideran dos aspectos centrales en torno a los que giran las interrelaciones de los miembros de la familia. Así, desde el Modelo Circumplejo Familiar (Olson, Sprenkle y Russell, 1979) se recogen dos aspectos bajo la premisa de que los miembros de una familia con un adecuado equilibrio entre cohesión y adaptabilidad mostrarán un mejor desarrollo y adaptación a lo largo del tiempo. La cohesión haría referencia al vínculo emocional entre los diferentes miembros de la familia, mientras la adaptabilidad recogería la capacidad de la familia para cambiar los roles, las reglas relacionales y el liderazgo en respuesta al desarrollo vital o al estrés provocado por diversas situaciones (Olson, y Gorall, 2003).

Asimismo, el conflicto interparental parece ser otro de los aspectos del funcionamiento familiar que puede afectar al desarrollo y a la posterior adaptación de los hijos. El conflicto interparental se entiende como una oposición mutua entre ambos progenitores que refleja la expresión de diferencias entre ambos (Cantón, Cortés y Justicia, 2007). Son numerosos los estudios que establecen una correlación positiva entre la exposición de los hijos al conflicto interparental y posteriores problemas de conducta agresiva y delincuencia en los jóvenes (Cummings, Goeke, Morey y Papp, 2004; El-Sheikh, Buckhalt, Mize y Acebo, 2006). Sin embargo no existen estudios que de manera específica hayan analizado la relación entre el conflicto interparental y la VFP. Por lo tanto, se desconoce la necesidad de un abordaje terapéutico del conflicto interparental en la VFP. Así, el conflicto interparental es entendido como un constructo multidimensional, cuyas dimensiones relevantes en términos de su efecto en el ajuste infantil son la frecuencia, la intensidad, el contenido y la resolución del mismo (Ballesteros de Valderrama, 1995). El impacto que produce el conflicto interparental en

los hijos no es directo, sino que depende de cómo se exprese el conflicto y de cómo los hijos interpreten su significado (Iraurgi, Martínez-Pampliega, Iriarte y Sanz, 2011).

De igual manera, diversos estudios apoyan la existencia de una estrecha relación entre el comportamiento violento en la adolescencia y la comunicación negativa entre padres e hijos (Dekovic, Wissink, y Meijer, 2004), así como el papel protector de una óptima comunicación familiar en el desarrollo de un autoconcepto positivo en los hijos (Estévez, Murgui, Moreno y Musitu, 2007). No obstante, se desconoce el papel de la comunicación familiar en la VFP desde la perspectiva de los adolescentes perpetradores de la misma.

De acuerdo con la literatura revisada, existe una notable carencia de estudios empíricos exploratorios con muestras clínicas en VFP que analicen los factores individuales, interpersonales y familiares de manera concurrente para esclarecer el papel diferencial de los mismos en el desarrollo y el mantenimiento de la VFP para así diseñar planes de intervención eficaces. En este sentido, el presente estudio es el único que explora las principales variables asociadas a estos niveles en adolescentes previamente a su inclusión en un tratamiento de VFP (Cottrell y Monk, 2004).

Por ello, el objetivo del presente estudio fue analizar las diferencias existentes entre adolescentes inmersos en una dinámica de VFP y adolescentes que no ejercen violencia familiar en variables decisivas para la implementación de una intervención eficaz, como la sintomatología clínica, la expresión de la agresividad, el funcionamiento y la comunicación familiar, el conflicto interparental y las variables sociodemográficas. Además, se analizó la relación de las variables ontogenéticas y microsistémicas que contribuían a la expresión de la VFP para poder así diseñar óptimos planes de tratamiento psicológico con los adolescentes y sus familias.

Las hipótesis que condujeron el estudio fueron las siguientes: 1) Los adolescentes pertenecientes al grupo VFP mostrarían un nivel de escolarización significativamente inferior al correspondiente por edad, así como una mayor pertenencia a estructuras familiares diferentes de la nuclear en comparación con el grupo contraste (GC), 2) El grupo de adolescentes con VFP mostraría mayores niveles de ansiedad, somatización y pánico, así como mayores niveles de agresividad física y verbal, ira y hostilidad en comparación con los adolescentes del GC, no esperando diferencias significativas en depresión entre ambos grupos, 3) los adolescentes pertenecientes al grupo VFP mostrarían menor cohesión y menor adaptación familiar, así como mayores niveles de conflicto interparental y una deteriorada comunicación familiar en comparación con el

GC, 4) Una edad de inicio más temprana de la VFP y una duración mayor de la VFP sin tratamiento, junto a variables relacionadas con el funcionamiento familiar, como una baja cohesión y adaptabilidad y un alto conflicto interparental percibido, predecirían la VFP en el seno familiar.

## **Método**

### *Participantes*

Para obtener la muestra del estudio se empleó un muestreo intencional ya que tomando en consideración los objetivos del estudio, no se buscaban resultados generalizables a toda la población adolescente, sino obtener la muestra más representativa posible de adolescentes perpetradores de VFP y que son objeto de tratamiento junto a sus familias. Igualmente, la selección del GC tuvo como criterio equiparar la edad y el sexo a la muestra clínica y no cumplir criterios de VFP. El 96.5% de la muestra global provenía de un entorno urbano y el 100% eran de nacionalidad española.

Así, en la investigación participaron 34 adolescentes de edades comprendidas entre 10 y 21 años ( $M = 15.61$ ,  $DT = 2.13$ ) perpetradores de violencia hacia sus padres, de los cuales 47.1% fueron varones y 52.9% fueron mujeres. Todos ellos fueron incluidos en un programa de intervención familiar especializado en VFP. La inclusión de los adolescentes en el estudio estuvo supeditada a su pertenencia a familias que habían consultado por una dinámica de VFP. Se excluyeron aquellos adolescentes que, perteneciendo a familias envueltas en una dinámica de violencia intrafamiliar, no se adecuaban a los criterios que definen una casuística de VFP, así como los menores de 10 años y los mayores de 21. El 23.5% de los adolescentes en el grupo VFP había sido denunciado por su progenitores, 4 estaban diagnosticados de Trastorno Disocial y 2 de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

El grupo contraste (GC), conformado por 81 adolescentes que no ejercían VFP en el seno familiar, fue equiparado con el grupo clínico en sexo y edad. Los 81 adolescentes de edades comprendidas entre 13 y 18 años ( $M = 15.22$ ,  $DT = 1.53$ ), no mantenían el mismo rango de edad que el grupo clínico objeto de estudio debido a que únicamente fue evaluado un participante de 10 años y otro de 21 años en el grupo VFP. El GC provenía de 3 institutos y colegios de educación secundaria públicos y concertados, así como de una asociación educativa de apoyo escolar. Los criterios para incluir a los adolescentes en el GC fueron que perteneciesen a familias que hubiesen

mostrado su acuerdo de participación mediante la firma del consentimiento informado y en las que no existiese una problemática de VFP, evaluada mediante la respuesta negativa a cada uno de los ítems del CTS-CP.

### *Instrumentos y variables*

#### Variables clínicas y sociodemográficas

En esta parte se incluyó la edad, el sexo, la escolarización, estructura familiar (nuclear-tradicional, padres separados, reconstituida o monoparental), tipo de VFP (psicológica o física y psicológica) recogida mediante entrevista clínica con el sistema familiar, violencia intrafamiliar (violencia marital y/o violencia parento-filial), consumo de tóxicos, edad de inicio de la VFP y tiempo transcurrido en meses hasta la petición de tratamiento.

*Escala de Tácticas para Conflictos – Hijo Padres (Conflict Tactics Scales – Child Parents; CTS-CP, Straus y Fauchier, 2008).* El CTS-CP consiste en 6 ítems creados en el contexto del International Parenting Study (Straus y Fauchier, 2008) para evaluar actos agresivos de hijos a progenitores y obtenidos a partir del CTS-PC (Straus, Hamby, Finkelhor, Moore, y Runyan, 1998). Tres de los ítems reflejan actos de violencia verbal como insultar, gritar y amenazar con pegar a los progenitores, y tres reflejan actos de violencia física como abofetear, golpear con un objeto que puede causar daño y dar patadas. Los adolescentes contestaron empleando una escala con los siguientes valores: 0 *nunca*, 1 *a veces* y 2 *a menudo*. En la traducción elaborada por Calvete et al. (2011) obtuvieron un coeficiente alpha para la escala completa de .69, .61 y .88 para las subescalas de agresiones verbales y agresiones físicas, respectivamente. En el presente estudio, el coeficiente  $\alpha$  de consistencia interna para la escala global fue .81, para la subescala de agresiones verbales contra los progenitores fue .66 y finalmente para la subescala de violencia física fue .6.

El *Cuestionario de Agresividad (Aggression Questionnaire; AQ)* de Buss y Perry (1992) fue utilizado para el estudio de la conducta agresiva en los adolescentes mediante la valoración de la agresión física y la verbal, la hostilidad y la ira, valorando así los aspectos conductuales, cognitivos y emocionales de la agresividad. Para este fin, fue utilizada la versión española reducida del cuestionario de Vigil-Colet, Lorenzo-Seva, Codorniu-Raga, y Morales (2005), de 20 ítems en los que se ha de responder en

una escala tipo likert desde 1 *Completamente falso para mí* y 5 *Completamente verdadero para mí*. Dicha escala ha sido utilizada debido a su ajuste aceptable al modelo de cuatro factores y su adecuada consistencia interna (Morales-Vives, Codorniu-Raga y Vigil-Colet, 2005). El nivel de consistencia interna informado por los autores originales fue satisfactorio para las cuatro escalas; .87 para la escala global, .88 para la agresividad física, .71 para la agresividad verbal y .68 para la ira y .65 para la hostilidad. Igualmente, los coeficientes de fiabilidad encontrados en la presente investigación fueron satisfactorios, esto es, .85 para la escala global, .89 para la agresividad física, .69 para la agresividad verbal y .7 para la ira y la hostilidad.

*Brief Symptoms Inventory-18* (BSI-18; Derogatis, 2001), es un breve inventario que tiene por objetivo valorar el distrés psicológico mediante 18 ítems tipo likert de 0 a 4, siendo 0 *nada* y 4 *mucho*, existiendo la posibilidad de marcar *no contesta*. En este sentido, aporta una medida de distrés general y cuatro subescalas: somatización, depresión, ansiedad general y pánico. Andreu et al. (2008) en el examen realizado sobre la consistencia interna de la prueba con una muestra española hallaron un .89 para la dimensión global, .78 para la somatización, .88 para la depresión, .71 para la ansiedad y .78 para el pánico. En el presente estudio el  $\alpha$  de Cronbach para cada una de las dimensiones fueron .91 para la dimensión global del BSI, .81 para la somatización, .86 para la depresión, .67 para la ansiedad y .72 para el pánico.

*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* (FACES II, Olson, Bell y Portner, 1982) proporciona una medida de la cohesión y la adaptabilidad familiar. La versión breve utilizada para la presente investigación cuenta con 20 ítems que se puntúan mediante una escala de tipo likert siendo 1 *nunca o casi nunca* y 5 *casi siempre* (Martínez-Pampliega, Iraurgi, Galíndez y Sanz, 2006). La fiabilidad de ambas subescalas obtenidas por los autores fue de .89 para la cohesión y .87 para la adaptabilidad. En la presente investigación fue comprobada la fiabilidad de ambas subescalas, obteniéndose así una  $\alpha$  de Cronbach de .93 para la cohesión y un .92 para la adaptabilidad.

La versión española reducida de la *Escala de conflicto interparental desde la perspectiva de los hijos* (*The Children's perception of interparental conflict scale*; CPIC-VER, Grych, Seid y Fincham, 1992) fue aplicada para estudiar el conflicto interparental desde la percepción de los hijos. La versión española utilizada en el presente estudio (Iraurgi et al., 2008) consta de 36 ítems que se responden con tres opciones de respuesta: 1 *verdadero*, 2 *casiverdadero* y 3 *falso*. Su puntuación tiene la

especificidad de que a menor puntuación mayor conflicto interparental percibido por los hijos. El CPIC-VER comprende las siguientes subescalas para las cuales hallaron los siguientes coeficientes  $\alpha$  de consistencia interna: amenaza .81, autculpa .76, contenido .78, eficacia .59, estabilidad .74, frecuencia .82, intensidad .77, resolución .81 y triangulación .5. En el presente estudio se hallaron los siguientes coeficientes  $\alpha$  de consistencia interna: amenaza .77, autculpa .71, contenido .79, eficacia .67, estabilidad .81, frecuencia .4, intensidad .74, resolución .82 y triangulación .60. Las nueve subescalas fueron agrupadas en tres grandes dimensiones: 1) las propiedades del conflicto, con un  $\alpha$  de Cronbach de .8 y compuesta por las dimensiones de intensidad, frecuencia, estabilidad y resolución, 2) la vivencia o evaluación amenazante, con un  $\alpha$  igual a .79 y compuesta por la eficacia de afrontamiento, la amenaza percibida y la triangulación, y 3) la culpabilidad, con un  $\alpha$  de Cronbach de .85 y compuesta por las dimensiones de contenido y autculpa. A nivel global la escala mostró un alpha de Cronbach de .91.

*Escala de Comunicación Familiar (Family Communication Scale; FCS-VE)* de Barnes y Olson (1982). El presente instrumento es utilizado para evaluar la comunicación en el seno de la familia. La versión utilizada fue la adaptación llevada a cabo por Martínez-Pampliega (2008) de 10 ítems tipo likert en donde puede responderse desde si la afirmación *no describe nada mi familia* (1) hasta *describe muy bien a mi familia* (5). El coeficiente  $\alpha$  de consistencia interna hallada por Martínez-Pampliega (2008) fue .88, en el presente estudio fue de .91.

### *Procedimiento*

Para la inclusión de los adolescentes en el presente estudio, primeramente se llevaron a cabo dos entrevistas familiares exploratorias para dilucidar la dinámica de VFP en el seno familiar y la adecuación al programa de tratamiento. Estas entrevistas las llevó a cabo el equipo técnico compuesto por dos psicólogos expertos en la casuística. A continuación, se solicitó a las familias, y a los adolescentes la firma de un consentimiento informado para su participación en el estudio y en el tratamiento familiar. Los adolescentes del grupo clínico cumplieron la batería de cuestionarios antes de su inclusión en el tratamiento psicoterapéutico y socioeducativo familiar. Los adolescentes del GC seleccionados entre los cursos 1º de la ESO y 2º de Bachillerato, fueron evaluados mediante una aplicación grupal de los cuestionarios en una de las

aulas del centro, tras recibir su consentimiento y el de sus padres. Se aseguró el carácter anónimo y confidencial de sus respuestas, a la vez que se les instruyó en la manera de contestar a las pruebas que encontrarían en la batería de cuestionarios.

### *Análisis estadístico*

En un primer momento se analizó la normalidad de la distribución de cada una de las variables estudiadas. Aquellas variables que no siguieron una distribución normal se transformaron mediante las indicaciones propuestas por Field (2005). Para comprobar la no existencia de diferencias significativas en edad y sexo entre las muestras objeto de estudio, fueron utilizadas la prueba *t*-student para muestras independientes y la prueba de  $\chi^2$  para las variables categóricas. Las diferencias entre VFP y GC en las variables estudiadas fueron valoradas mediante el análisis de varianza (ANOVA). Para la obtención de una medida objetiva de los tamaños del efecto, la *Eta* fue analizada tomando como referencia los criterios sugeridos por Cohen (1992). Por otro lado, con objeto de analizar la relación entre las variables en las que se habían obtenido diferencias entre ambos grupos y la VFP, fue calculado el coeficiente de correlación de Pearson. Finalmente, solo las variables que correlacionaron de manera significativa con la VFP en al menos un nivel de significación estadística de  $p < .05$ , fueron incluidas en el posterior análisis de regresión lineal múltiple como variables predictoras para la variable criterio VFP global, verbal y física. Todos los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS 15.0.

## **Resultados**

En la Tabla 1 pueden observarse el resto de variables clínicas y sociodemográficas de relevancia, así como comprobar la ausencia de diferencias significativas en sexo y edad entre ambos grupos. Respecto al nivel de escolarización y al tipo de estructura familiar, se obtuvieron diferencias significativas.

**Tabla 1.** Características de clínicas y sociodemográficas en el grupo de VFP y GC

	VFP (n = 34)		GC (n = 81)		Estadístico
	n	%	n	%	
Sexo					
Masculino	16	47.1	38	46,9	$\chi^2 = 0.00$
Escolarización					
Nivel correspondiente a edad	9	26.5	72	90	$\chi^2 = 47.74^{***}$
Nivel por debajo a edad	22	64.7	8	10	
No escolarizado	3	8.8	0	0	
Estructura Familiar					
Nuclear	14	41.2	61	75.3	$\chi^2 = 16.74^{***}$
Padres separados	15	44.1	16	19.8	
Reconstituida	3	8.8	0	0	
Monomarental	2	5.9	4	4.9	
VFP					
Violencia Psicológica	7	20.6			
Violencia Física y Psicológica	27	79.4			
Violencia Intrafamiliar					
Violencia Marital	11	32.4			
Violencia Parento-filial	3	8.8			
Consumo de Tóxicos					
Ausencia de consumo	13	38.2			
Cannabis	2	5.9			
Alcohol	1	2.9			
Cannabis y Alcohol	18	52.9			
		Media (DT)		Media (DT)	
Edad		15.61 (2.13)		15.22 (1.53)	$t = 1.12$
Edad Inicio VFP		13.9 (1.81)			
Tiempo de Evolución VFP (meses)		21 (9.36)			
CTS					
CTS Violencia Física		3.97 (1.17)		3 (0)	$t = 4.88^{***}$
CTS Violencia Verbal		6.79 (1.5)		4.41 (0.94)	$t = 8.64^{***}$
CTS VFP Global		10.76 (2.21)		7.41 (0.94)	$t = 8.62^{***}$

Notas. VFP = violencia filio-parental; GC = grupo control; DT = Desviación Típica; CTS = Conflict Tactics Scales (Straus y Fauchier. 2008).

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .



Mediante el análisis de varianza pudo observarse cómo el grupo VFP mostró diferencias significativas al compararlo con el GC en el conjunto de variables concernientes al sistema familiar a excepción de la variable amenaza perteneciente a la escala CPICS-VER. Los tamaños del efecto obtenidos fueron moderados (Cohen, 1992) (véase Tabla 2). En el mismo sentido, se halló un mayor conflicto interparental significativo en VFP a través de los tres factores pertenecientes a la escala CPICS-VER, Propiedades del Conflicto  $F(1, 113) = 26.05$   $p < .0001$ ,  $\eta^2 = 0.19$ , Vivencia o Evaluación Amenazante  $F(1, 113) = 5.8$   $p < .018$ ,  $\eta^2 = 0.05$  y Autoculpabilidad  $F(1, 113) = 33.47$   $p < .0001$ ,  $\eta^2 = 0.23$ . Respecto a la comparación de ambos grupos en las variables clínicas examinadas, no se encontraron diferencias significativas. Sin embargo, en lo concerniente a la agresividad, los adolescentes que expresaban VFP mostraron una mayor agresividad global, física e ira (véase Tabla 3).

**Tabla 2.** Comparación entre el grupo de adolescentes con VFP y GC en las variables familiares.

Variables Familiares	VFP (n = 34)	GC (n = 81)	Estadístico <sup>a</sup>	$\eta^2$
	Media (DT)	Media (DT)		
<b>FACES</b>				
Cohesión	26.76 (8.13)	38.02 (7.24)	$F = 53.76^{***}$	.32
Adaptabilidad	24.34 (8.05)	34.14 (7.70)	$F = 37.72^{***}$	.25
<b>CPICS-VER</b>				
Amenaza	9.6 (2.32)	9.82 (2.32)	$F = 0.22$	0
Autoculpa	9.35 ( 1.86)	11.24 (1.26)	$F = 39.8^{***}$	.26
Contenido	8.91 ( 2.04)	10.51 (1.67)	$F = 20.2^{***}$	.15
Eficacia	7.9 ( 2.01)	9.19 (2.09)	$F = 9.18^{**}$	.07
Estabilidad	9.16 ( 2.47)	10.73 (1.87)	$F = 13.87^{***}$	.11
Frecuencia	8.26 ( 2.53)	10.8 (3.57)	$F = 14.21^{***}$	.11
Intensidad	6.47 (2.04)	7.92 (2.19)	$F = 11^{***}$	.9
Resolución	7.68 (2.01)	9.84 (2.03)	$F = 27.25^{***}$	.19
Triangulación	9.68 (1.85)	10.72 (1.66)	$F = 8.76^{**}$	.07
<b>FCS-VE</b>				
Comunicación Familiar	27.73 (7.23)	37.49 (7.45)	$F = 41.73^{***}$	.27

*Notas.* VFP = violencia filio-parental; GC = grupo control; DT = desviación típica; FACES = Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (Olson, Bell y Portner, 1982); CPIC-VER = The Children's Perception of Interparental Conflict Scale-Versión Española Reducida (Iraurgi et al., 2008); FCS-VE = Family Communication Scale (Barnes y Olson, 1982)

(a) Grados de libertad  $F(1, 113)$

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

**Tabla 3.** Comparación entre el grupo VFP y GC en las variables clínicas y agresividad.

Variables Clínicas y Agresividad	VFP (n = 34)	GC (n = 81)	Estadístico <sup>a</sup>	$\eta^2$
	Media (DT)	Media (DT)		
<b>BSI</b>				
BSI Global	15.48 (15.24)	13.45 (10.25)	$F = 0.76$	0
Somatización	3.32 (4.62)	3.35 (3.99)	$F = 0.01$	0
Depresión	6.12 (6.33)	4.68 (4.32)	$F = 1.98$	0
Ansiedad	4.44 (3.42)	3.7 (2.67)	$F = 1.56$	0
Pánico	1.7 (2.65)	1.69 (2.02)	$F = 0$	0
<b>AQ</b>				
AQ Global	57.67 ( 14.09)	48.08 (10.36)	$F = 16.4^{***}$	.13
Agresividad Física	21.37 (7.02)	14.3 (5.55)	$F = 33.14^{***}$	.23
Agresividad Verbal	10.21 (3.75)	10.67 (2.97)	$F = 0.48$	0
Ira	13.96 (3.41)	11.37 (3.49)	$F = 13.37^{***}$	.11
Hostilidad	12.12 (5.06)	11.78 (3.31)	$F = 0.21$	0

*Notas.* VFP = violencia filio-parental; GC = grupo control; DT = desviación típica; BSI = Brief Symptoms Inventory (Derogatis. 2001); AQ = Agression Questionnaire (Buss y Perry. 1992).

(a) Grados de libertad  $F(1, 113)$

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

Para evaluar la relación entre las variables en las que se habían obtenido diferencias significativas con la VFP, fue calculado el coeficiente de correlación de Pearson. Así, la VFP no correlacionó de forma significativa con la edad, ni con la edad de inicio de la VFP, ni con la duración de la VFP en el sistema familiar. Sin embargo, la VFP global mantuvo una correlación significativa con la cohesión y adaptabilidad familiar, la autculpa del adolescente respecto al conflicto interparental y la agresividad física y la ira. La VFP física correlacionó de manera significativa con la cohesión y la adaptabilidad familiar, la autculpa del adolescente en el conflicto interparental y la comunicación familiar. Se obtuvieron correlaciones significativas entre la VFP verbal y la autculpa, así como con la agresividad física y la ira (véase Tabla 4).

**Tabla 4.** Coeficientes de correlación entre la VFP y sus variables clínicas y las variables ontogenéticas y microsistémicas.

Variables		CTS VFP			Edad	Edad Inicio	Duración
		VFP Global	VFP Física	VFP Verbal			
CTS VFP	VFP Global	-	.77**	.87**	.14	.07	.24
	VFP Física	.77**	-	.36*	-.11	-.14	.03
	VFP Verbal	.87**	.36*	-	.29	.21	.33
FACES	Cohesión	-.42*	-.48**	-.25	-.05	.04	-.03
	Adaptabilidad	-.44**	-.47**	-.28	-.16	.15	-.09
CPICS- VER	Conflicto	-.25	-.29	-.14	.08	.08	.03
	Autoculpa	-.55**	-.43*	-.46**	-.07	-.03	-.12
	Amenaza	-.25	-.33	-.11	.8	.03	.17
FCS-VE	Comunicación Familiar	-.29	-.36*	-.15	-.05	0	-.14
AQ	Agresividad Física	.58**	.29	.62**	.16	.07	.28
	Ira	.45**	.17	.52**	.11	.09	.12

*Notas.* VFP = violencia filio-parental; CTS = Conflict Tactics Scales (Straus y Fauchier. 2008); FACES = Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (Olson. Bell y Portner. 1982); CPIC-VER = The Children's Perception of Interparental Conflict Scale-Versión Española Reducida (Iraurgi et al., 2008); FCS-VE = Family Communication Scale (Barnes y Olson. 1982); AQ = Agression Questionnaire (Buss y Perry. 1992).

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

Finalmente, para valorar la influencia de las diferentes variables que correlacionaron de forma significativa en el desarrollo de la VFP tanto global, como física y verbal, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple. En este sentido, se introdujeron como variables predictoras la cohesión y la adaptabilidad familiar, la autoculpa, la agresividad física y la ira, y como variable criterio se mantuvo la VFP global. Los resultados indicaron que el modelo final, constituido por la agresividad física, una baja cohesión familiar y un alto sentido de autoculpa por parte del adolescente en relación al conflicto interparental, explicaba el 55% de la varianza en la VFP global. Sin embargo, únicamente la baja cohesión familiar junto a la autoculpa en el conflicto interparental fueron las variables predictoras que contribuyeron en un 40% a la varianza de la VFP física. Finalmente, la agresividad física fue la única variable que se constituyó como variable predictora de la varianza de la VFP verbal, explicando el 39% de la misma (véase Tabla 5).

**Tabla 5.** Análisis de regresión lineal múltiple para la VFP.

Variable criterio	Modelo	Coeficientes		$R^2$ ajustado	Cambio $R^2$
		$\beta$	$E T$		
VFP Global	1				
	Agresividad Física	.58***	.05	.33	.31***
	2				
	Agresividad Física	.54***	.04	.46	.43***
	FACES Cohesión	-.36*	.04		
	3				
	Agresividad Física	.36*	.04	.55	.51*
VFP Física	1				
	FACES Cohesión	-.48**	.02	.23	.2**
	2				
	FACES Cohesión	-.46**	.02	.4	.36**
VFP Verbal	1				
	Agresividad Física	.62***	.3	.39	.37***

*Notas.* VFP = violencia filio-parental; CTS = Conflict Tactics Scales (Straus y Fauchier, 2008); FACES = Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (Olson, Bell y Portner, 1982); CPIC-VER = The Children's Perception of Interparental Conflict Scale-Versión Española Reducida (Iraurgi et al., 2008); FCS-VE = Family Communication Scale (Barnes y Olson, 1982); AQ = Agression Questionnaire (Buss y Perry, 1992).

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

## Discusión

Los resultados del presente estudio apoyan la primera hipótesis planteada respecto a la existencia de diferencias significativas entre el GC y el de VFP en la proporción de adolescentes que se encuentran escolarizados en un nivel diferente al que le correspondería por edad. Así, se confirman los resultados encontrados en investigaciones españolas previas, en las que los porcentajes de adolescentes con VFP que presentan dificultades académicas variaba entre el 93% (Ibabe et al., 2007) y el 53% (Rechea et al, 2008). Las dificultades de estos adolescentes para responder de una manera adaptativa a las exigencias del ámbito académico podrían vincularse, por un lado, con sus dificultades emocionales y déficits en estrategias para solventar problemas interpersonales, y, por otro, con posibles dificultades en la inteligencia académica y/o cognición impersonal, al igual que aquellos adolescentes que muestran conductas antisociales (Aroca-Montolio et al., 2014; Henggeler, 1989). Además, tal y como fue planteado en la primera hipótesis, se halló un número significativamente mayor de estructuras familiares diferentes a la nuclear en el grupo VFP. Así, una mayor proporción de padres separados y familias reconstituidas en el grupo VFP, sugiere que el conflicto conyugal que propició estas estructuras familiares y que puede perdurar más

allá de la separación, incrementa situaciones de tensión y/o pérdidas de apoyo familiar (Pagani, Boulerice y Tremblay, 1997).

Los adolescentes inmersos en VFP mostraron mayores niveles de agresividad física e ira. La existencia de diferencias en los niveles de ira, pero no así de hostilidad, podría estar apuntando a que la dimensión emocional de la agresividad tendría un mayor peso que la dimensión cognitiva en la respuesta violenta del adolescente. Estos resultados no coinciden con estudios previos donde se ha hallado una significativa relación entre la VFP y la agresión proactiva (Calvete et al., 2012), la cual podría relacionarse con una mayor hostilidad. En este sentido, el no haber obtenido una mayor hostilidad en VFP y sin embargo sí mayor ira, parece apuntar a que la VFP podría relacionarse en mayor medida con una agresividad de tipo reactivo emocional. Por lo tanto, se hace necesario la profundización en la relación existente entre la dimensión emocional de la agresividad y la violencia proactiva en VFP.

Por otro lado, no se hallaron diferencias significativas entre el GC y VFP en ansiedad, somatización, pánico y niveles de depresión. Al respecto, es conveniente señalar que no es inusual encontrar entre la literatura sobre VFP la hipótesis de que pueda existir una estrecha relación entre la sintomatología ansioso-depresiva de los adolescentes y la expresión de VFP (Calvete et al., 2012; Pereira 2011). Sin embargo, los hallazgos del presente estudio no parecen ir en consonancia con estos resultados. En este sentido, la sintomatología psicológica no hallada en forma de depresión, pánico o ansiedad, puede estar siendo enmascarada a través de la agresividad y la conducta antisocial (Raskin, 1977). Además, no debería descartarse la idea de la deseabilidad social de los adolescentes a la hora de responder como intento de mantener una imagen de invulnerabilidad que puede relacionarse con la grandiosidad y la prepotencia hallada por estudios previos en muestras con análogos clínicos (Aroca-Montolio et al, 2014; Calvete et al., 2011). Por lo tanto, en futuras investigaciones sería adecuado controlar la deseabilidad social mediante una metodología que aunase la utilización de cuestionarios estandarizados con la observación clínica de profesionales entrenados a través de protocolos clínicos bien establecidos. Además, podría resultar de interés analizar si determinadas características personales de los adolescentes como los problemas de autocontrol, bajos niveles de frustración y autoestima, podrían relacionarse en mayor medida con la VFP que con la sintomatología clínica o los trastornos psicológicos, si bien en la actualidad ya existen estudios que señalan la importancia de dichas variables (Cottrell y Monk, 2004; Ibabe et al. 2007).

La tercera hipótesis fue apoyada por los datos en su totalidad. Así, el funcionamiento familiar es percibido con una significativa menor cohesión y adaptabilidad en el grupo VFP. Estos resultados informan sobre un débil vínculo emocional y una baja implicación familiar en la convivencia diaria entre los miembros del sistema familiar en el que acontece VFP, así como una baja capacidad para poder adaptarse a acontecimientos vitales del ciclo vital familiar. Un tamaño del efecto mayor en cohesión familiar en comparación con la adaptabilidad, aporta información sobre la importancia del bajo grado de vinculación entre los miembros de la familia, más allá de su capacidad de adaptación a situaciones estresantes en el grupo VFP. Esta baja cohesión familiar en VFP corresponde con lo hallado por Jaureguizar et al., (2013), así como con estudios previos centrados de manera general en el comportamiento agresivo en la adolescencia (Hamama y Arazi, 2011). En el mismo sentido, se evidencia un marcado conflicto conyugal entre los padres de los adolescentes pertenecientes al grupo VFP. Si bien es cierto que profesionales en el tratamiento psicoterapéutico con familias con VFP (Llamazares, Vázquez, y Zuñeda, 2013; Pereira, 2011, p. 124) ya habían informado de conflictos significativos en el subsistema conyugal, se desconocía la percepción del mismo por parte de los hijos en comparación con adolescentes que no ejerciesen violencia en el seno familiar. Así, a excepción de la variable amenaza se obtuvieron diferencias significativas en todas las variables estudiadas respecto al conflicto interparental. Los conflictos conyugales de los padres eran percibidos con mayor intensidad, frecuencia y duración, así como con mayores dificultades para su resolución. Además los motivos de los conflictos conyugales se perciben más relacionados con el propio hijo y estos se consideran más culpables respecto a los mismos.

Finalmente, los adolescentes VFP se sienten menos capaces de manejar el conflicto conyugal de sus padres y más implicados en el mismo. El hecho de no haber obtenido diferencias significativas en amenaza, esto es, en el grado en el que los hijos temen una escalada entre los padres que conlleve ser agredido y verse involucrado en la conflictiva es un hallazgo significativo. En este sentido, el rol adquirido de agresor en la familia junto con lo hallado por previas investigaciones respecto a una significativa creencia de grandiosidad y prepotencia (Aroca-Montolio et al, 2014; Calvete et al., 2011) y combinado con una mayor agresividad física e ira encontrada en el presente estudio, permite al adolescente distanciarse del miedo de que el intenso conflicto conyugal de sus padres pueda dañarle. Respecto a la comunicación familiar, tal y como

era de esperar, ante una significativa menor cohesión y adaptabilidad familiar así como un significativo mayor conflicto interparental en VFP comparada con el GC, las habilidades positivas de comunicación familiar como mensajes claros y congruentes, empatía, comunicación de apoyo y habilidades efectivas de resolución de problemas, son percibidas significativamente por debajo entre los adolescentes que ejercen violencia en el seno familiar. De esta manera, en la presente casuística se replica lo hallado por previos estudios respecto a la estrecha relación entre el comportamiento violento en la adolescencia y la comunicación negativa entre padres e hijos (Dekovic et al., 2004).

En cuanto a la cuarta hipótesis ésta fue confirmada parcialmente debido a que los resultados no apoyan que una edad de inicio más temprana de la VFP así como una mayor duración de la violencia sin tratamiento se asocie con una mayor gravedad de la misma. En este sentido, la muestra objeto de estudio comenzó a usar la violencia hacia sus progenitores a los 13.9 años, dato similar a lo aportado por previas investigaciones en las que se habla de un rango de edad entre los 10 y los 15 años (Aroca-Montolío et al., 2014). El hecho de que no se haya encontrado una asociación significativa entre la VFP y la edad de inicio o la edad al solicitar tratamiento puede ser debido al amplio rango de edad de la muestra objeto de estudio. Este hallazgo aporta información relevante como para afirmar que no es la edad del adolescente una variable relevante asociada a la VFP y a su gravedad, sino otra serie de variables que serán objeto de análisis más adelante. Igualmente, respecto a la falta de asociación entre el tiempo transcurrido sin tratamiento y la gravedad de la VFP, podría deberse a un fenómeno de efecto techo, a través del cual, una vez que se instaura una dinámica de VFP en el seno de la familia, ésta no aumenta en gravedad con el paso del tiempo, sino que permanece estática.

En el presente estudio, los resultados apoyan una asociación significativa de la VFP con factores ontogénicos, como una mayor tendencia hacia la agresividad física, introducida por parte del adolescente en el sistema familiar y factores microsistémicos, como una menor cohesión familiar junto a un alto sentido de autoculpa por parte del adolescente en relación al conflicto conyugal de sus padres. Así, el acontecer de una dinámica de VFP no se asociaría con la dimensión emocional de la agresividad, sino con su aspecto más conductual o con la tendencia al uso de la fuerza física por parte del adolescente. Igualmente, junto a lo apuntado por Pagani et al. (2004), una débil implicación entre padres e hijos en actividades compartidas e interacciones positivas,

esto es, una baja cohesión familiar, sería la variable relacionada con el funcionamiento familiar asociada a la VFP global en lugar de la baja adaptabilidad familiar observada. Además, respecto al conflicto interparental, en lugar de la dimensión vivencia amenazante donde queda englobada la triangulación, es la autculpabilidad la dimensión que se asocia a la VFP. Este resultado contradice el peso que algunos autores han otorgado a la triangulación como un factor determinante para el surgimiento de la VFP a través del estudio de casos (Micucci, 1995; Pereira y Bertino, 2009). En este sentido, a pesar de que los hijos se impliquen en el conflicto de los padres tomando partido por uno u otro, los resultados apoyan la hipótesis de que es el hecho de que se sienta culpable, uno de los factores determinantes asociados a la VFP. Estos resultados concuerdan con hallazgos obtenidos en investigaciones previas sobre el conflicto interparental y la adaptación de los hijos, ya que variables como la autculpabilidad o la triangulación son las más relevantes en su relación con el malestar experimentado por los hijos (Iraurgi et al., 2011). Por otro lado, llevando a cabo un análisis diferencial entre la VFP física y la VFP verbal, los resultados mostraron que los factores predictivos de cada forma de VFP eran diferentes. Así, para la VFP física, los únicos factores predictivos eran los microsistémicos, esto es, una baja cohesión familiar y una marcada autculpabilidad respecto al conflicto interparental. Sin embargo, el único factor predictivo para la VFP verbal fue la agresividad física, entendida esta como una variable ontogenética. De acuerdo a estos resultados, y teniendo en cuenta un modelo en escalada (Walsh y Krienert, 2009), el cual postula que los episodios de violencia comenzarían mediante el uso de una violencia verbal hasta llegar a la instauración de una violencia física, la VFP verbal podría ser explicada desde la agresividad física intraindividual del adolescente. Sin embargo, para llegar a ejercer una VFP física sería necesario una baja cohesión familiar y un significativo conflicto interparental percibido por el adolescente que es atribuido además a sí mismo.

En cuanto a las limitaciones de la presente investigación, en primer lugar se destacan las derivadas del carácter transversal del estudio, el cual no posibilita el establecimiento de relaciones de causalidad entre las diferentes variables ontogenéticas y microsistémicas y la VFP. Otra de las limitaciones se relaciona con el empleo de un muestreo intencional el cual no permite generalizar los resultados a la población adolescente. Sin embargo, si es generalizable a la población clínica objeto de tratamiento de la VFP. Igualmente, debido al tamaño de la muestra no se pudo comprobar las diferencias existentes en función del sexo o de la estructura familiar en



las variables estudiadas. Finalmente, los resultados obtenidos en torno a la ausencia de sintomatología ansioso-depresiva no concuerdan con lo hallado por previas investigaciones (Aroca-Montolio et al., 2014; Calvete et al., 2012; Ibabe y Jaureguizar, 2009; Kennedy et al., 2010), quizás por la deseabilidad en las respuestas de los participantes.

A pesar de las limitaciones expuestas, los hallazgos presentados a través de la evaluación de una muestra clínica previa a su inclusión en un tratamiento familiar, aporta datos que tienen una implicación directa para la práctica clínica. En este sentido, mediante la metodología utilizada se logra evitar la dificultad propia de los estudios con análogos clínicos para generalizar los resultados y orientar el tratamiento de la VFP. En suma, los principales resultados sugieren que la VFP se asienta en variables ontogenéticas propias del adolescente como una alta tendencia hacia la agresividad física y variables microsistémicas relacionadas con el funcionamiento familiar, como una baja cohesión entre los miembros de la familia y una alta conflictiva interparental, de la que el adolescente se siente culpable. En este sentido, los resultados orientan hacia la necesidad de un tratamiento que haga hincapié en factores intraindividuales del propio adolescente y en estrategias terapéuticas a implementar con el sistema familiar en su conjunto. Contrastar los resultados obtenidos incluyendo a los padres de los adolescentes implicados en la VFP e implementar estudios que profundicen en el tratamiento de dichas variables, son investigaciones prioritarias de cara al futuro.

### Referencias

- Andreu, Y., Galdón, M. J., Dura, E., Ferrando, M., Murgui, S., García, A. y Ibáñez, E. (2008). Psychometric properties of the Brief Symptoms Inventory-18 (BSI-18) in a Spanish sample of outpatients with psychiatric disorders. *Psicothema*, 20(4), 844-850.
- Aroca-Montolío, C., Lorenzo-Moledo, M. y Miró-Pérez, C. (2014). La violencia filio-parental: un análisis de sus claves. *Anales de Psicología*, 30, 157-170.
- Arsenio, W., Cooperman, S. y Lover, A. (2000). Affective predictors of preschoolers' aggression and peer acceptance: direct and indirect effects. *Developmental Psychology*, 36, 438-448.
- Ballesteros de Valderrama, B.P. (1995). Modelos explicativos de la relación entre conflicto marital y ajuste infantil. *Suma psicológica*, 2(1), 23-41.

- Barnes, H.L. y Olson, D.H. (1982). Parent-adolescent communication scale. En Olson, D.H., McCubbin, H.L., Barnes, H.L., Larsen A.S., Muxen, M.J. y Wilson M.C., (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.
- Berkowitz, L. (1993). *Aggression: Its causes, consequences and control*. Philadelphia: Temple University Press.
- Buss, A.H. y Perry, M.P. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.
- Calvete, E., y Orue, I. (2011). The impact of violence exposure on aggressive behavior through social information processing in adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81, 38-50.
- Calvete, E., Orue, I. y Gámez-Guadix, M. (2012). Child to parent violence: Emotional and behavioral predictors. *Journal of Interpersonal Violence*, 28, 754-771.
- Calvete, E., Orue, I. y Sampedro, R. (2011). Violencia filio-parental en la adolescencia. Características ambientales y personales. *Infancia y Aprendizaje: Journal for the Study of Education and Development*, 34(3), 349-363.
- Cantón, J., Cortés, M. R. y Justicia, M. D. (2007). *Conflictos entre los padres, divorcio y desarrollo de los hijos*. Madrid: Pirámide.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Contreras, L. y Cano, M. C. (2015). Exploring psychological features in adolescents who assault their parents: a different profile of young offenders? *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 26(2), 224-241.
- Cottrell, B. (2001). *Parent abuse: the abuse of parents by their teenage children*. Ottawa: Health Canada, Family Violence Prevention Unit.
- Cottrell, B. y Monk, P. (2004). Adolescent-to-parent abuse. A qualitative overview of common themes. *Journal of family issues*, 25(8), 1072-1095.
- Cummings, E.M., Goeke-Morey, M. C. y Papp L.M. (2004). Everyday marital conflict and child aggression. *Journal of abnormal child psychology*, 32, 191-202.
- Dekovic, M., Wissink, I. y Meijer, A. (2004). The role of family and peer relations in adolescent antisocial behaviour: Comparison of four ethnic groups. *Journal of Adolescence*, 27, 497-514.
- Derogatis, L.R. (2001). *Brief Symptom Inventory (BSI)-18. Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: NCS Pearson, Inc.

- El-Sheikh, M., Buckhalt, J.A., Mize, J. y Acebo, C. (2006). Marital conflict and disruption of children's sleep. *Child development*, 77, 31-43.
- Estévez, E., Murgui, S., Moreno, D. y Musitu, G. (2007). Estilos de comunicación familiar, actitud hacia la autoridad institucional y conducta violenta del adolescente en la escuela. *Psicothema*, 19, 108-113.
- Evans, E.D. y Warren-Sohlberg, L. (1988). A pattern analysis of adolescent abusive behaviour towards parents. *Journal of Adolescent Research*, 2, 201-216.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS* (Second Edition). London: Sage Publications.
- Gámez-Guadix, M. y Calvete, E. (2012). Violencia filio-parental y su asociación con la exposición a la violencia marital y la agresión de padres a hijos. *Psicothema*, 24, 277-228.
- Grych, J.H., Seid, M. y Fincham, F.D. (1992). Assessing marital conflict from the child's perspective. The children's perception of interparental conflict scale. *University of Illinois Urbana-Champaign*, 63(3), 558-572.
- Hamama, L. y Arazi, Y. (2011). Aggressive behaviour in at-risk children: contribution of subjective well-being and family cohesion. *Child and Family Social Work*, 17, 284-295
- Henggeler, S.W. (1989). *Delinquency in adolescence. Developmental clinical psychology and psychiatry*. Thousand Oaks (USA): Sage.
- Ibabe, I. y Jauregizar, J. (2009). Child-to-parent violence: Profile of abusive adolescents and their families. *Journal of Criminal Justice*, 38, 616-624.
- Ibabe, I., Jaureguizar, J. y Bentler, P. M. (2013a). Protective factors for adolescent violence against authority. *The Spanish journal of psychology*, 16, E76.
- Ibabe, I., Jaureguizar, J. y Bentler, P. M. (2013b). Risk factors for child-to-parent violence. *Journal of family violence*, 28, 523-534.
- Ibabe, I., Jaureguizar, J. y Díaz, O. (2007). *Violencia filio-parental. Conductas violentas de jóvenes hacia sus padres*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Iraurgi, J., Martínez-Pampliega, A., Iriarte, L. y Sanz, M. (2011). Modelo contextual del conflicto interparental y la adaptación de los hijos. *Anales de psicología*, 27(2), 562-573.
- Iraurgi, I., Martínez-Pampliega, A., Sanz, M., Cosgaya, L., Galíndez, E. y Muñoz, A. (2008). Escala de conflicto interparental desde la perspectiva de los hijos

- (Children's Perception of Interparental Conflict Scale - CPIC): Estudio de validación de una versión abreviada de 36 ítems. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 25, 9-34.
- Jackson, D. (2003). Broadening constructions of family violence: mothers's perspectives of aggression from their children. *Child and Family Social Work*, 8, 321-329.
- Jaureguizar, J., Ibabe, I. y Straus, M. A. (2013). Violent and prosocial behavior by adolescents toward parents and teachers in a community sample. *Psychology in the Schools*, 50(5), 451-470.
- Kennedy, T.D., Edmonds, W.A., Dann, K.T. y Burnett, K.F. (2010). The clinical and adaptative features of young offenders with histories of child-parent violence. *Journal of family violence*, 25, 509-520.
- Llamazares, A., Vázquez, G. y Zuñeda, A. (2013). Violencia filio-parental: propuesta de explicación desde un modelo procesual, *Boletín de Psicología*, 109, 85-99.
- Martínez-Pampliega, A. (2008). Escala de Conflicto Interparental desde la Perspectiva de las/os Hijas/os (CPICS. The Children's Perception of Interpersonal Conflict Scale). En Equipo EIF, *Manual de instrumentos de evaluación familiar* (pp. 143-152). Madrid: CCS.
- Martinez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Galíndez, E. y Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): Desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology. Revista Intenacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 6(2), 317-338.
- Micucci, J.A. (1995). Adolescents who assault their parents: A family systems approach to treatment. *Psychotherapy*, 32, 154-161.
- Morales-Vives, F., Codorniú-Raga, M.J. y Vigil-Colet, A. (2005). Características psicométricas de las versiones reducidas del cuestionario de agresividad de Buss y Perry. *Psicothema*, 17(1), 96-100.
- Musitu, G., Estévez, E. y Emler, N. (2007). Adjustment problems in the family and school contexts, attitude towards authority and violent behaviour at school in adolescents. *Adolescence*, 42, 779-794
- Nowakowski, E. y Mattern, K. (2014). An Exploratory Study of the Characteristics that Prevent Youth from Completing a Family Violence Diversion Program. *Journal of Family Violence*, 29(2), 143-149.

- Olson, D.H., Bell, R. y Portner, J. (1982). *FACES II*. Minnesota: Family Social Science.
- Olson, D.H. y Gorall, D.M. (2003). Circumplex model of marital and family systems. En: F. Walsh (Ed.), *Normal Family Processes (3<sup>rd</sup> edition)* (pp.514-547). New York: Guilford.
- Olson, D.H., Sprenkle, D. y Russell, C. (1979). Circumplex model of marital and family systems I: cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. *Family Process*, 18, 3-28.
- Pagani, L.S., Boulerice, B. y Tremblay, R.E. (1997). The influence of poverty on children's classroom placement and behaviour problems during elementary school: A change model approach. En G.J. Duncan y J. Brooks-Gun (Eds.), *Consequences of growing unpoor* (pp. 311-339). New York: Sage.
- Pagani, L.S., Tremblay, R.E., Nagin, D., Zoccolillo, M., Vitaro, F. y McDuff, P. (2004). Risk factor models for adolescent verbal and physical aggression toward mothers. *International Journal of Behavioral Development*, 28(6), 528-537.
- Pagani, L.S., Tremblay, R.E., Nagin, D., Zoccolillo, M., Vitaro, F., y McDuff, P. (2009). Risk factor models for adolescent verbal and physical aggression toward fathers. *International Journal of Behavioral Development*, 24(3), 173-182.
- Pereira, R. (2011). *Psicoterapia de la violencia filio-parental. Entre el secreto y la vergüenza*. Madrid: Morata.
- Pereira, R. y Bertino, L. (2009). Una comprensión ecológica de la violencia filio-parental. *Redes, Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, 21, 69-90.
- Raskin, A. (1977). *Depression in children: fact o fallacy*. En Schulterbrandt, J. G. y Raskin, A. (Eds.), *Depression in childhood: Diagnosis, treatment and conceptual models* (pp. 69–80). New York, NY: Raven Press.
- Rechea, C., Fernández E y Cuervo A.L. (2008). Menores agresores en el ámbito familiar. *Centro de investigación en criminología*. 15, 1-80.
- Straus, M. y Fauchier, A. (2008). *The International Parenting Study*. Recuperado de: <http://pubpages.unh.edu/~mas2/IPS.htm>.
- Straus, M.A., Hamby, S.L., Finkelhor, D., Moore, D.W. y Runyan, D. (1998). Identification of child maltreatment with the parent-child conflict tactics scales: Development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse and Neglect*, 22, 249-270.

- Vigil-Colet, A., Lorenzo-Seva, U., Codorniu-Raga, M.J. y Morales, F. (2005). Factor structure of the Buss-Perry aggression questionnaire in different samples and languages. *Aggressive Behaviour*, 31(6), 601-608.
- Walsh, J. A. y Krienert, J.L., (2009). A decade of child-initiated family violence: comparative analysis of child parent violence and parricide examining ofender, victim and event characteristics in a national simple of reported incidents, 1995-2005. *Journal of interpersonal violence*, 24(9), 1450-1477.

## **CAPITULO 2**

### **Características individuales y familiares de los padres y madres que sufren violencia filio-parental**

## Introducción

La violencia Filio-Parental (VFP) puede ser definida como cualquier acto que realiza el menor con la intención de controlar a los padres y madres y/o causarles daño psicológico, físico o financiero (Cottrell y Monk, 2004).

La tasa de prevalencia en España se sitúa entre el 7 y el 20% (Calvete, Gámez-Guadix y Orue, 2014; Ibabe, Jaureguizar y Bentler, 2013), convirtiéndose en la actualidad en uno de los principales problemas socio-familiares asociados a la adolescencia.

Para poder explicar el fenómeno de la VFP, es necesario atender de manera holística a las diferentes variables que pudieran estar influyendo, así como a la interrelación entre las mismas. En este sentido, Cottrel y Monk (2004) proponen un modelo basado en las teorías ecosistémicas que recoge la influencia de diferentes variables organizadas en torno a cuatro niveles principales; ontogenético, microsistémico-familiar, contexto social y ambiental o macrosistémicos. En este sentido, diferentes estudios realizados a nivel ontogenético y microsistémico-familiar han puesto el foco exclusivamente en los adolescentes (Cottrell y Monk, 2004; Edenborough, Jackson, Mannix y Wilkes, 2008; Ibabe, 2015). Sin embargo, la VFP es un fenómeno en el que se ven implicados los hijos que agreden pero también los padres que sufren las agresiones. Además, la dinámica familiar en VFP ha sido estudiada desde autoinformes obtenidos de los hijos (Ibabe, 2015; Ibabe y Bentler, 2015) sin tomar en consideración la perspectiva de los padres. Por otro lado, las muestras de padres estudiados principalmente comprenden análogos clínicos (Calvete, Orue, Gamez-Guadix y Bushman, 2015), esto es, se desconoce el perfil psicosocial, la sintomatología clínica y/o el funcionamiento familiar desde los autoinformes obtenidos de aquellos



padres que requieren de un tratamiento para abordar la VFP. El único estudio publicado en estos últimos 5 años que recoge información de los padres envueltos en una dinámica de VFP, analiza el contenido narrativo de una entrevista semiestructurada llevada a cabo con 7 madres y 4 padres que sufrían VFP (Calvete et al., 2014). Además, la ausencia de estudios de carácter empírico desde hace más de 5 años, no habiéndose realizado ninguno de ellos con padres y madres europeos no análogos clínicos, muestra una falta de conocimiento acerca del perfil psicológico de los mismos en nuestro contexto.

A nivel ontogenético, se ha descrito un perfil sobre los progenitores que presenta una elevada diversidad por la disparidad de datos. Se ha hallado una parentalidad tardía (Gallagher, 2004), y un porcentaje de madres agredidas mayor que el de padres (Cottrell y Monk 2004; Routt y Anderson 2011). Se ha identificado una alta formación académica y pertenencia a un nivel socioeconómico medio-alto (Nock y Kazdin, 2002). Asimismo, se ha hallado que el comportamiento violento expresado por los hijos contra los padres se relaciona con los niveles de agresividad y violencia mostrados por sus padres (Calvete et al., 2015; Ibabe, 2015). Sin embargo, estas investigaciones sólo evalúan a los adolescentes sin aportar datos sobre las dimensiones conductuales, cognitivas y/o emocionales de la agresividad expresada por los padres. Por otra parte, existen pocos datos y discordantes respecto al perfil de sintomatología clínica de los padres que sufren VFP. Por un lado, se ha señalado una ausencia de depresión así como del resto de síntomas psicopatológicos en comparación con población normal (Nock y Kazdin, 2002) y, por otro, que los problemas de salud mental, contribuirían a las dinámicas en las que los hijos les agreden, al verse estos empujados a ejercer un papel de cuidadores (Cottrell y Monk, 2004). No obstante se han hallado altos niveles de culpa, vergüenza, insomnio, depresión, impotencia, frustración o ideación suicida como consecuencia de sufrir las agresiones de sus hijos (McKeena, 2006, citado en Howard y Rottem, 2008, p. 87).

Además, se ha señalado la posibilidad de que trastornos psicológicos en los padres, pudieran estar influyendo en el ajuste y el desarrollo de conductas violentas en los hijos, reflejado principalmente en las dificultades para desarrollar una adecuada supervisión y crianza (Calvete *et al.*, 2015; Weaver, Shaw, Dishion, Thomas y Wilson, 2008).

Desde el nivel microsistémico-familiar, se aprecia un elevado número de familias monomarentales o en la que alguno de los progenitores, habitualmente la madre, ejerce la educación de los hijos en solitario (Gallagher 2004). Es además frecuente la ausencia de la figura paterna en la crianza de los hijos (Calvete *et al.*, 2014), así como un falta de apoyo emocional por parte de los padres hacia las madres ante la situación de VFP (Edenborough *et al.*, 2008). También se ha comprobado empíricamente que el conflicto familiar es un predictor tanto de las conductas violentas hacia las figuras de autoridad como de las conductas antisociales (Jaureguizar e Ibabe, 2012). En cuanto al funcionamiento familiar, se ha hallado la existencia de un vínculo débil y una baja calidad en las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia (Calvete, et al., 2014; Cottrell y Monk, 2004; Nock y Kazdin, 2002), así como un aumento en el estrés parental (Edenborough et al., 2008; Nock y Kazdin, 2002) y un intento de minimización del mismo (Cottrell y Monk, 2004; Edenborough et al., 2008). Añadido a lo anterior existen evidencias de que una comunicación deficiente en el seno del sistema familiar se relaciona con la conducta violenta de los hijos adolescentes (Tobeña, 2012). A pesar de ello, sin menoscabo de lo anterior existe un desconocimiento de la percepción de los progenitores sobre el funcionamiento de sus familias y más concretamente de los niveles de cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar. Por último, el ajuste diádico tiene implicaciones para la vida personal, de pareja y familiar ya que la ausencia del mismo se relaciona con la aparición de trastornos ansioso-drepsivos en los miembros de la pareja (Kurdek, 1998; McLeod,

1994), como con problemas de conducta internalizantes y externalizantes de los hijos adolescentes (Franck y Buehler, 2007). De la alta proporción de estructuras familiares monoparentales y/o separadas en VFP puede deducirse un mal ajuste diádico que acaban en ruptura, sin embargo se desconoce el ajuste marital de los padres y madres que mantienen una relación conyugal.

El presente estudio tiene por objetivo analizar las diferencias existentes en variables sociodemográficas relevantes, sintomatología clínica, expresión de la agresividad, ira y hostilidad, funcionamiento y comunicación familiar, así como ajuste diádico, entre los padres inmersos en una dinámica de VFP y padres que no sufren esta problemática, además de discriminar las diferencias entre los padres y las madres que son agredidos. Las hipótesis planteadas en función de los objetivos expuestos son: 1) Los padres y madres pertenecientes al grupo de VFP mostrarían una mayor proporción de familias de origen diferente a la familia nuclear tradicional en comparación con los padres y madres del grupo contraste (GC) a pesar de estar apareados en base a edad, nivel educativo, tipo de población, nacionalidad y actividad laboral. 2) Las madres del grupo VFP sufrirían una mayor proporción de violencia física y psicológica, así como un comienzo más temprano y un tiempo de evolución mayor en comparación con los padres del mismo grupo. 3) Las madres y padres del grupo VFP mostrarían mayores niveles de ansiedad, somatización y depresión en comparación con las madres y padres del GC. Así mismo, se esperan mayores niveles de ansiedad y depresión entre las madres que sufren VFP en comparación con los padres del mismo grupo. 4) Los padres y madres del grupo VFP mostrarían mayores niveles de agresividad física, verbal, ira y hostilidad que las madres y padres del GC. Así mismo se esperan diferencias en agresividad física, verbal, ira y hostilidad entre los padres y madres del grupo VFP, siendo mayores en el caso de los padres. 5) Los padres y madres del grupo VFP

mostrarían menores niveles de cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar, así como mayores niveles de estrés familiar en comparación con los padres y madres del GC. En este sentido, las madres del grupo VFP percibirán una menor cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar, así como mayores niveles de estrés familiar en comparación con los padres del mismo grupo. 6) Los padres y madres del grupo VFP mostrarían un menor ajuste diádico en comparación con los padres y madres del GC. Además, las madres del grupo VFP mostrarán una mayor insatisfacción conyugal en comparación con los padres del mismo grupo.

## **Método**

### *Participantes*

El grupo VFP estuvo compuesto por 85 progenitores (36,5% padres y 63,5% madres) con edades comprendidas entre los 32 y los 63 años ( $M= 47.47$ ,  $DT=5.95$ ). Todos ellos fueron incluidos en un Programa de Intervención Familiar Especializado en VFP. Se excluyeron a aquellos padres y madres, que no se adecuaron a los criterios que define una casuística de VFP, así como aquellas otras familias en las que los hijos que ejercían la violencia fueran menores de 10 años o mayores de 21. Del total de padres y madres en tratamiento, el 68% participó en el presente estudio. El GC conformado por 109 progenitores (46,7 % padres y 53,3% madres) con edades comprendidas entre los 30 y los 57 años ( $M= 46.87$  y  $DT= 4.81$ ) y cuyos hijos no se comportaban de manera violenta hacia ellos. El GC fue equiparado con el grupo VFP en sexo, edad, formación, nacionalidad, actividad laboral y tipo de población en la que se residía, esto es, urbana o rural. Los criterios para incluir a los padres en el GC fueron que perteneciese a familias que hubiesen mostrado su acuerdo de participación mediante la firma del

consentimiento informado y que no existiese una problemática de VFP evaluada mediante la respuesta negativa a cada uno de los ítems del CTS-CP (Straus y Fauchier, 2008).

### *Instrumentos y variables*

#### VARIABLES CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS

En este tipo de variables incluimos la edad, el sexo, nivel de formación (años de estudio) y la estructura familiar (nuclear-tradicional, padres separados, reconstituida y monoparental). A través de entrevista clínica con el sistema familiar también se recogieron datos relativos al tipo de VFP ejercida por los hijos, esto es, psicológica o física-psicológica, y la edad de inicio y tiempo de evolución.

*Escala de Tácticas para Conflictos – Hijo Padres (Conflict Tactics Scales – Child Parents; CTS-CP, Straus y Fauchier, 2008).* El CTS-CP consiste en 6 ítems creados para evaluar actos agresivos de hijos a progenitores. La CTS-CP fue utilizada para descartar VFP en los hijos de los padres y madres del GC.

El *Cuestionario de Agresividad (Aggression Questionnaire; AQ)* de Buss y Perry (1992) fue utilizado para el estudio de la conducta agresiva de los padres mediante la valoración de la agresión física y verbal, la hostilidad y la ira, valorando así los aspectos conductuales, cognitivos y emocionales de la agresividad. En la presente investigación se utilizó la versión española reducida de Vigil-Colet, Lorenzo-Seva, Codorniu-Raga, y Morales (2005). El cuestionario se compone de 20 ítems en escala tipo likert desde 1 *Completamente falso para mí* y 5 *Completamente verdadero para mí*. Dicha escala ha

sido utilizada debido a su ajuste aceptable al modelo de cuatro factores y su adecuada consistencia interna (Morales-Vives, Codorniu-Raga y Vigil-Colet, 2005). El nivel de consistencia interna informado por los autores originales fue satisfactorio para las cuatro escalas; .87 para la escala global, .88 para la agresividad física, .71 para la agresividad verbal y .68 para la ira y .65 para la hostilidad. Los coeficientes de fiabilidad encontrados en la presente investigación fueron satisfactorios, esto es, .85 para la escala global, .83 para la agresividad física, .72 para la agresividad verbal, .72 para la ira y .71 para la hostilidad.

*Brief Symptoms Inventory-18* (BSI-18; Derogatis, 2001), es un breve inventario que tiene por objetivo valorar el distress psicológico mediante 18 ítems tipo likert de 0 a 4, siendo 0 *nada* y 4 *mucho*. En este sentido, aporta una medida de distress general y tres subescalas: somatización, depresión y ansiedad. Andreu et al. (2008) en el examen realizado sobre la consistencia interna de la prueba con una muestra española hallaron un .89 para la dimensión global, .78 para la somatización, .88 para la depresión y .71 para la ansiedad. En el presente estudio el  $\alpha$  de Cronbach fue de .94 para la dimensión global del BSI, .84 para la somatización, .86 para la depresión y .87 para la ansiedad.

*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* (FACES II, Olson, Portner y Bell, 1982) proporciona una medida de la cohesión y la adaptabilidad familiares. La versión breve utilizada para la presente investigación cuenta con 20 ítems que se puntúan mediante una escala de tipo likert siendo 1 *nunca o casi nunca* y 5 *casi siempre* (Martínez-Pampliega, Iraurgi, Galíndez y Sanz, 2006). La fiabilidad de ambas subescalas obtenidas por los autores fue de .89 para la cohesión y .87 para la adaptabilidad. En la presente investigación fue comprobada la fiabilidad de ambas subescalas, obteniéndose así un  $\alpha$  de Cronbach de .9 para la cohesión y un .85 para la adaptabilidad.

*Escala de Comunicación Familiar (Family Communication Scale; FCS-VE)* de Barnes y Olson (1982) fue utilizada para evaluar la comunicación en el seno de la familia. La versión implementada fue la adaptación llevada a cabo por Martínez-Pampliega (2008) de 10 ítems tipo likert en donde puede responderse desde si la afirmación *no describe nada mi familia* (1) hasta *describe muy bien a mi familia* (5). El coeficiente  $\alpha$  de consistencia interna hallada por Martínez-Pampliega (2008) fue .88, el coeficiente  $\alpha$  de consistencia interna para la escala completa en nuestro estudio fue de .86.

La versión española de la *Escala de Estrés Familiar (Family Stress Scale; FSS-VE)*, Martínez-Pampliega (2008) compuesta por 20 ítems con 5 alternativas de respuesta cada uno desde (1) *nunca* a (5) *muy frecuentemente* pretenden medir distintas fuentes de estrés familiar. La escala proporciona una medida de estrés global con un  $\alpha$  de Cronbach de .82 y tres subescalas; Crispación, Desatención y Factores inesperados, con un .74, un .61 y un 0,58 como factores de fiabilidad correspondientes hallados en su versión española. Así, en el presente estudio se obtuvieron los siguientes  $\alpha$  de Cronbach de para la escala global y las correspondientes subescalas: .88, .78, .74 y .58.

*Escala de Ajuste Diádico (EAD; Spanier, 1976)* en su versión breve de Santos-Iglesias, Vallejo-Medina y Sierra (2009) fue utilizada para evaluar la calidad de las relaciones de pareja de aquellos padres y madres que mantuviesen una relación marital. El EAD se trata de una escala multidimensional compuesta por 13 ítems tipo likert. La versión utilizada proporciona una puntuación global de ajuste diádico y tres subescalas; satisfacción, consenso y cohesión. Los autores hallaron los siguientes valores de fiabilidad de consistencia interna para la escala total y las tres subescalas: .83, .73, .7 y .63. En la presente investigación se halló un  $\alpha$  de Cronbach de .88 para la puntuación

global de ajuste diádico y .79 para la satisfacción, .8 para el consenso y .74 para la cohesión.

### *Procedimiento*

Los padres VFP fueron seleccionados durante un periodo de tres años. Para la inclusión de los padres VFP se llevaron a cabo 2 entrevistas familiares exploratorias a cargo de un equipo técnico compuesto por dos psicólogos expertos en la casuística. A continuación se solicitó a los participantes la firma de un consentimiento informado para su participación en el estudio y tratamiento familiar. Los padres VFP cumplieron la batería de cuestionarios antes de su inclusión en el tratamiento.

Los padres del GC pertenecían a familias en las que al menos uno de sus hijos se encontraba cursando entre 1º de la ESO y 2º de Bachillerato. Se contactó con los centros docentes seleccionados aleatoriamente y se llevó una sesión informativa con los mismos. La batería de cuestionarios fue entregada a los progenitores por sus hijos junto con el consentimiento informado y una explicación de los objetivos y características del estudio.

### *Análisis de datos*

Primeramente se analizó la normalidad de distribución de cada una de las variables estudiadas. Aquellas variables que no siguieron una distribución normal se transformaron mediante las indicaciones propuestas por Field (2005). Para comprobar la no existencia de diferencias significativas en las variables de apareamiento, fueron utilizadas la prueba *t*-student para muestras independientes y la prueba de  $\chi^2$  para las variables categóricas. Las diferencias entre VFP y GC en las variables estudiadas fueron



valoradas mediante el análisis de varianza (ANOVA). Para la obtención de una medida objetiva de los tamaños del efecto, la *Eta* cuadrado fue analizada tomando como referencia los criterios sugeridos por Cohen (1992). Todos los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS 17.0.

## Resultados

La Tabla 1 y la Tabla 2 presentan las características clínicas y sociodemográficas de equiparación del grupo VFP y GC correspondientes a los padres y madres por separado. Como puede observarse, únicamente se obtuvieron diferencias significativas en relación a la estructura familiar en el caso de las madres, obteniéndose una significativa mayor proporción de estructuras familiares diferentes a la nuclear en el caso de las madres VFP.

Tabla 1. Características clínicas y sociodemográficas en el grupo VFP y GC de madres.

	VFP (n = 54)		GC (n = 47)		Estadístico
	n	%	n	%	
Estructura Familiar					
Nuclear	23	42	36	76,6	$\chi^2 = 12.63^{**}$
Madres separadas	24	44	7	14,9	
Reconstituida	4	7,4	2	4,3	
Monomarental	3	5,6	2	4,3	
Tipo de Población					
Urbana	50	92,6	47	100	$\chi^2 = 3.62$
Rural	4	7,4	0	0	
Nacionalidad					
Española	51	94,4	45	95,7	$\chi^2 = 0.11$
Latinoamericana	3	5,5	2	4,3	
Actividad laboral					
Activo	37	68,5	35	74,5	$\chi^2 = 0.27$
No activo	17	31,5	12	25,5	
Violencia Intrafamiliar					
Violencia Marital	19	35,2			
Violencia Parento-filial	1	1,9			
Tipo de VFP					
Violencia Psicológica	17	31,5			
Violencia Física y Psicológica	37	68,5			
		Media (DT)		Media (DT)	
Edad		46,72 (5,8)		45,55(4,5)	$t = 1.12$
Formación		13,04 (3,51)		14,10 (3,19)	$t = -1.57$
Edad Inicio VFP		13,55 (1,81)			
Tiempo de Evolución VFP (meses)		20,16 (7,92)			

Notas. VFP = violencia filio-parental; GC = grupo control; DT = Desviación Típica

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

Tabla 2. Características clínicas y sociodemográficas en el grupo VFP y GC de padres.

	VFP (n = 31)		GC (n = 62)		Estadístico
	n	%	n	%	
Estructura Familiar					
Nuclear	22	71	55	88,7	$\chi^2 = 5.57$
Padres separados	4	12,9	4	6,5	
Reconstituida	4	12,9	3	4,8	
Monomarental	1	3,2	0	0	
Tipo de Población					
Urbana	30	96,8	61	98,4	$\chi^2 = 0.25$
Rural	1	3,2	1	1,6	
Nacionalidad					
Española	31	100	60	96,8	$\chi^2 = 1.02$
Latinoamericana	0	0	2	3.2	
Actividad laboral					
Activo	29	93,5	54	88,5	$\chi^2 = 0.59$
No activo	2	6,5	7	11,5	
Violencia Intrafamiliar					
Violencia Marital	5	16,1			
Violencia Parento-filial	1	3,2			
Tipo de VFP					
Violencia Psicológica	13	54,2			
Violencia Física y Psicológica	11	45,8			
		Media (DT)		Media (DT)	
Edad		48,77 ( 6,11)		48,25(4,39)	$t = 0.47$
Formación		14,13 (3,13)		15,47 (3,27)	$t = -1.89$
Edad Inicio VFP		13,47 (1,63)			
Tiempo de Evolución VFP (meses)		19,68 (7,32)			

Notas. VFP = violencia filio-parental; GC = grupo control; DT = Desviación Típica

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

Respecto a las diferencias en las variables evaluadas entre el grupo VFP y GC en madres, mediante el ANOVA pudo observarse como el grupo VFP se diferenció significativamente en el conjunto de variables concernientes al funcionamiento familiar y marital a excepción de las variables Satisfacción y Cohesión marital (véase Tabla 3). Se halló una mayor sintomatología clínica significativa en el conjunto de variables estudiadas en el grupo VFP. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas respecto a la agresividad medida a través del AQ (véase Tabla 4).

Tabla 3. Comparación entre el grupo de madres VFP y GC en las variables familiares y maritales.

Variables Familiares	VFP (n = 54)	GC (n = 47)	Estadístico <sup>a</sup>	$\eta^2$
	Media (DT)	Media (DT)		
<b>FACES</b>				
Cohesión	30,29 (7,84)	41,64 (4,88)	$F = 73.54^{***}$	0.43
Adaptabilidad	24,34 (8,05)	34,14 (7,70)	$F = 47.27^{***}$	0.32
<b>FCS-VE</b>				
Comunicación Familiar	28,11 (8,82)	41,89 (7,73)	$F = 68.65^{***}$	0.41
<b>Estrés Familiar (FSS-VE)</b>				
Crispación	23,52 (4,95)	15,51 (3,13)	$F = 91.27^{***}$	0.48
Desatención	16,45 (4,38)	13,35 (3,38)	$F = 15.71^{***}$	0.14
Factores Inesperados	13,19 (3,21)	10,94 (2,5)	$F = 15.12^{**}$	0.13
Estres Familiar Global	53,19 (10,52)	39,8 (7,69)	$F = 51.91^{***}$	0.34
<b>Ajuste Diádico (EAD)</b>				
Satisfacción	16,06 (4,07)	17,8 (3,54)	$F = 3.88$	0.05
Consenso	17,38 (3,64)	18,75 (3,49)	$F = 2.7$	0.03
Cohesión	7,23 (3,62)	9,3 (3,38)	$F = 6.42^*$	0.08
Ajuste Diádico Global	40,68 (9,578)	45,85 (8,46)	$F = 6.08^*$	0.08

*Notas.* VFP = violencia filio-parental; GC = grupo control; DT = desviación típica; FACES = Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale; FCS-VE = Family Communication Scale; FSS-VE = Family Stress Scale; EAD = Escala de Ajuste Diádico.

(a) Grados de libertad  $F(1, 99)$

(b) Grados de libertad  $F(1, 72)$

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

Tabla 4. Comparación entre el grupo de madres VFP y GC en las variables clínicas y de agresividad.

Variables Clínicas y Agresividad	VFP (n = 54)	GC (n = 47)	Estadístico <sup>a</sup>	$\eta^2$
	Media (DT)	Media (DT)		
<b>BSI</b>				
BSI Global	24,81 (15,66)	10,48 (7,99)	$F = 30.07^{***}$	0.24
Somatización	6,16 (5,79)	2,59 (3,03)	$F = 14.41^{***}$	0.13
Depresión	8,72 (5,87)	3,8 (3,47)	$F = 25.24^{***}$	0.2
Ansiedad	9,93 (5,64)	4,09 (3,06)	$F = 40.17^{***}$	0.29
<b>AQ</b>				
AQ Global	41,19 (10,62)	41,47 (8,76)	$F = 0.02$	0
Agresividad Física	10,97 (4,98)	10,73 (3,72)	$F = 0.08$	0
Agresividad Verbal	9,35 (2,79)	9,68 (2,83)	$F = 0.33$	0
Ira	10,56 (3,35)	10,8 (2,85)	$F = 0.15$	0
Hostilidad	10,30 (3,72)	10,25 (3,61)	$F = 0.004$	0

*Notas.* VFP = violencia filio-parental; GC = grupo control; DT = desviación típica; BSI = Brief Symptoms Inventory; AQ = Agresion Questionnaire.

(a) Grados de libertad  $F(1, 99)$

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

En el mismo sentido, respecto a las diferencias halladas en el grupo de padres VFP y GC, los resultados mostraron que existían diferencias significativas en todas la

variables familiares y de relación de pareja evaluadas (véase Tabla 5). Por otro lado, el ANOVA llevado a cabo con las variables clínicas y agresividad reveló mayores niveles de sintomatología clínica significativa en todas las variables estudiadas a excepción de la somatización en el grupo de padres con VFP. Respecto a la agresividad no se hallaron diferencias significativas exceptuando una mayor agresividad verbal en los padres del GC (véase Tabla 6).

Tabla 5. Comparación entre el grupo de padres VFP y GC en las variables familiares y maritales.

Variables Familiares	VFP (n = 31)	GC (n = 62)	Estadístico <sup>a</sup>	$\eta^2$
	Media (DT)	Media (DT)		
<b>FACES</b>				
Cohesión	33,36 (7,97)	40,96 (5,79)	$F = 27.47^{***}$	0.23
Adaptabilidad	32,65 (7,38)	38,25 (6,3)	$F = 14.53^{***}$	0.14
<b>FCS-VE</b>				
Comunicación Familiar	31,39 (8,09)	39,28 (6,88)	$F = 24.17^{***}$	0.21
<b>Estrés Familiar (FSS-VE)</b>				
Crispación	22,61 (5,49)	15,5 (4,36)	$F = 46.06^{***}$	0.34
Desatención	16,44 (4,72)	13,3 (4,22)	$F = 10.55^{**}$	0.1
Factores Inesperados	12,67 (3,63)	10,6 (3,19)	$F = 7.87^{**}$	0.08
Estres Familiar Global	51,73 (12,24)	39,41 (10,62)	$F = 25.09^{***}$	0.22
<b>Ajuste Diádico (EAD)</b>				
Satisfacción	16,76 (4,33)	19,78 (3,04)	$F = 14.07^{***}$	0.14
Consenso	17,27 (4,96)	19,95 (3,36)	$F = 8.63^{**}$	0.09
Cohesión	7,83 (2,52)	9,78 (3,31)	$F = 7.8^{**}$	0.09
Ajuste Diádico Global	41,86 (8,71)	49,52 (8,11)	$F = 16.19^{***}$	0.16

*Notas.* VFP = violencia filio-parental; GC = grupo control; DT = desviación típica; FACES = Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale; FCS-VE = Family Communication Scale; FSS-VE = Family Stress Scale; EAD = Escala de Ajuste Diádico.

(a) Grados de libertad  $F(1, 91)$

(b) Grados de libertad  $F(1, 83)$

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

Tabla 6. Comparación entre el grupo de padres VFP y GC en las variables clínicas y de agresividad.

Variables Clínicas y Agresividad	VFP (n = 31)	GC (n = 62)	Estadístico <sup>a</sup>	$\eta^2$
	Media (DT)	Media (DT)		
<b>BSI</b>				
BSI Global	11 (9,53)	6,44 (7,61)	$F = 6.24^*$	0.06
Somatización	1,74 (2,55)	1,54 (2,49)	$F = 0.14$	0
Depresión	4,52 (3,81)	2,27 (3,02)	$F = 9.51^{**}$	0.09
Ansiedad	4,74 (4,43)	2,63 (3,08)	$F = 7.19^{**}$	0.07
<b>AQ</b>				
AQ Global	38,48 (9,4)	39,21 (11,63)	$F = 0.09$	0
Agresividad Física	13,13 (4,18)	11,92 (5,29)	$F = 1.22$	0.01
Agresividad Verbal	7,97 (2,71)	9,5 (3,37)	$F = 4.82^*$	0.05
Ira	8,93 (2,69)	9,34 (3,6)	$F = 0.3$	0
Hostilidad	8,45 (3,16)	8,45 (3,08)	$F = 0$	0

Notas. VFP = violencia filio-parental; GC = grupo control; DT = desviación típica; BSI = Brief Symptoms Inventory; AQ = Agresion Questionnaire.

(a) Grados de libertad  $F(1, 91)$

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

La Tabla 7 presenta las diferencias halladas entre madres y padres VFP entre sí en las características clínicas y sociodemográficas. Los padres pertenecían en mayor proporción a un sistema familiar nuclear tradicional y existía una mayor proporción de padres laboralmente activos.

Tabla 7. Comparación entre madres y padres VFP en características clínicas y sociodemográficas.

	Madres (n = 54)		Padres (n = 31)		Estadístico
	n	%	n	%	
Estructura Familiar					
Nuclear	23	42	22	71	$\chi^2 = 9.8^*$
Madres separadas	24	44	4	12,9	
Reconstituída	4	7,4	4	12,9	
Monomarental/Monoparental	3	5,6	1	3,2	
Tipo de Población					
Urbana	50	92,6	30	96,8	$\chi^2 = 0.62$
Rural	4	7,4	1	3,2	
Nacionalidad					
Española	51	94,4	31	100	$\chi^2 = 1.82$
Latinoamericana	3	5,5	0	0	
Actividad laboral					
Activo	37	68,5	35	93,5	$\chi^2 = 7.11^{**}$
No activo	17	31,5	12	6,5	
Tipo de VFP					
Violencia Psicológica	17	31,5	16	51,6	$\chi^2 = 3.61$
Violencia Física y Psicológica	37	68,5	15	48,4	
		Media (DT)		Media (DT)	
Edad		46,72 (5,8)		48,77 (6,12)	$t = 1,54$
Formación		13,04 (3,51)		14,13 (3,14)	$t = 1,42$
Edad Inicio VFP		13,55 (1,81)		13,47 (1,63)	$t = -0,19$
Tiempo de Evolución VFP (meses)		20,16 (7,92)		19,68 (7,32)	$t = -0,19$

Notas. VFP = violencia filio-parental; GC = grupo control; DT = Desviación Típica

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

Los resultados obtenidos al comparar los padres y madres VFP entre sí en variables clínicas, de agresividad, familiares y de pareja objeto de estudio se presentan en las Tablas 8 y 9. No se obtuvieron diferencias significativas en las variables familiares y de pareja, sin embargo, se obtuvo una significativa mayor afectación clínica en las madres, así como una mayor agresividad verbal, ira y hostilidad en comparación con los padres, puntuando estos significativamente por encima de las madres en agresividad física.

Tabla 8. Comparación entre madres y padres VFP en las variables familiares y maritales.

Variables Familiares	Madres (n = 54)	Padres (n = 31)	Estadístico <sup>a</sup>	$\eta^2$
	Media (DT)	Media (DT)		
<b>FACES</b>				
Cohesión	30,29 (7,84)	33,36 (7,97)	$F = 2.99$	0.03
Adaptabilidad	24,34 (8,05)	32,65 (7,38)	$F = 3.61$	0.04
<b>FSfS-VE</b>				
Satisfacción Familiar	27,61 (8,08)	30,67 (8,88)	$F = 2.63$	0.03
<b>FCS-VE</b>				
Comunicación Familiar	28,11 (8,82)	31,38 (8,1)	$F = 2.871$	0.03
<b>Estrés Familiar (FSS-VE)</b>				
Crispación	23,52 (4,95)	22,62 (5,5)	$F = 0.61$	0
Desatención	16,45 (4,38)	16,44 (4,72)	$F = 0$	0
Factores Inesperados	13,19 (3,21)	12,67 (3,63)	$F = 0.49$	0
Estres Familiar Global	53,19 (10,52)	51,73 (12,23)	$F = 0.34$	0
	Madres (n = 34)	Padres (n = 29)	Estadístico <sup>b</sup>	
<b>Ajuste Diádico</b>				
Satisfacción	16,06 (4,07)	16,76 (4,33)	$F = 0.44$	0
Consenso	17,38 (3,64)	17,27 (4,96)	$F = 0.01$	0
Cohesión	7,23 (3,62)	7,83 (2,52)	$F = 0.55$	0
Ajuste Diádico Global	40,68 (9,578)	41,86 (8,71)	$F = 0.26$	0

*Notas.* VFP = violencia filio-parental; GC = grupo control; DT = desviación típica; FACES = Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale; FSfS-VE = Family Satisfaction Scale; FCS-VE = Family Communication Scale; FSS-VE = Family Stress Scale; EAD = Escala de Ajuste Diádico.

(a) Grados de libertad  $F(1, 83)$

(b) Grados de libertad  $F(1, 61)$

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

Tabla 9. Comparación entre madres y padres VFP en las variables clínicas y de agresividad.

Variables Familiares	Madres (n = 54)	Padres (n = 31)	Estadístico <sup>a</sup>	$\eta^2$
	Media (DT)	Media (DT)		
<b>BSI</b>				
BSI Global	24,81 (15,66)	11 (9,53)	$F = 19.84^{***}$	0.19
Somatización	6,16 (5,79)	1,74 (2,55)	$F = 16.19^{***}$	0.16
Depresión	8,72 (5,87)	4,52 (3,81)	$F = 12.75^{**}$	0.13
Ansiedad	9,93 (5,64)	4,74 (4,43)	$F = 19.36^{***}$	0.19
<b>AQ</b>				
AQ Global	41,19 (10,62)	38,48 (9,4)	$F = 1.39$	0.02
Agresividad Física	10,97 (4,98)	13,13 (4,18)	$F = 4.15^*$	0.05
Agresividad Verbal	9,35 (2,79)	7,97 (2,71)	$F = 4.98^*$	0.06
Ira	10,56 (3,35)	8,93 (2,69)	$F = 5.31^*$	0.06
Hostilidad	10,30 (3,72)	8,45 (3,16)	$F = 5.42^*$	0.06

*Notas.* VFP = violencia filio-parental; GC = grupo control; DT = desviación típica; BSI = Brief Symptoms Inventory; AQ = Agression Questionnaire.

(a) Grados de libertad  $F(1, 83)$

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

## Discusión

El propósito del presente estudio era describir las principales características sociodemográficas, clínicas, psicológicas, de pareja y familiares de los padres y madres inmersos en una dinámica de VFP.

Así, se hipotetizó sobre una mayor proporción de estructuras familiares diferentes a la nuclear tradicional entre los padres y madres con VFP, hipótesis que fue confirmada para el colectivo de madres participantes tal y como ha sido ya apuntado por previos estudios (Edenborough et al., 2008), rechazándose para el grupo de padres. Sin embargo, el hecho de no existir diferencias significativas entre el grupo de padres VFP y el GC respecto a la estructura familiar apunta a que los padres participan de manera activa en el tratamiento familiar cuando pertenecen a una estructura familiar nuclear tradicional. Este hallazgo concuerda con lo apuntado por estudios cualitativos respecto a la ausencia de la figura paterna en la crianza de los hijos (Calvete et al., 2014), así como un falta de apoyo emocional por parte de los padres hacia las madres ante la situación de VFP (Edenborough et al., 2008). Al parecer, la separación y/o divorcio influye en la aparición de este tipo de violencia, tanto por la propia situación de monomarentalidad ocurrida después de la separación, como por el proceso de ajuste y sus consiguientes estresores, que se generan al pasar de un sistema nuclear a uno separado, como posibles conflictos en la expareja, dificultades por la custodia de los hijos y posible pérdida de red social (Pagani, Boulerice, y Tremblay, 1997).

Respecto a la segunda hipótesis planteada, no se encontraron diferencias entre los padres y madres del grupo de VFP en la proporción de violencia física y psicológica sufrida, ni en la percepción de la edad de comienzo de la VFP y los años transcurridos hasta comenzar un tratamiento familiar. Este resultado vendría a contradecir los resultados de investigaciones anteriores que habían obtenido tasas más altas de VFP



hacia las madres que hacia los padres (Pagani et al. 2009), si bien algunos estudios como el de Calvete et al. (2014) encontraron mayores niveles de VFP psicológica en el grupo de las madres, pero no así en VFP física. En la presente investigación los padres incluidos en el grupo de VFP pertenecen en su conjunto a estructuras de familia nuclear y por lo tanto se esperaría una mayor implicación por su parte en la educación de sus hijos, lo que así mismo significaría un aumento de la probabilidad de conflicto con los mismos y por tanto de poder ser agredido en la misma medida que las madres. El presente hallazgo podría estar indicando cierto sesgo al afirmar de manera general que las madres son agredidas en mayor medida que los padres si no se tiene en cuenta el tipo de estructura familiar en la que se está desarrollando la problemática de VFP.

En el caso de la sintomatología clínica de los padres y madres que sufren VFP, éstos mostraron mayores niveles de psicopatología en el conjunto de variables estudiadas, a excepción de la somatización, en la que no se hallaron diferencias entre los padres VFP y GC. Estos resultados concuerdan con lo hallado por Cottrell y Monk (2004) a través de una metodología cualitativa, pero no concuerda con lo hallado por Nock y Kazdin (2002) en el único estudio cuantitativo llevado a cabo con padres y madres VFP. Esta ausencia de diferencias en el estudio de Nock y Kazdin (2002) puede ser atribuido a que los padres y madres del GC lo eran de adolescentes pacientes de una clínica de tratamiento infanto-juvenil que no agredían a sus padres. Así, puede afirmarse que tanto madres como padres agredidos por sus hijos muestran niveles de depresión, ansiedad, somatización y distrés general significativamente superior a los padres y madres no envueltos en una situación de VFP y no consultantes en psicología clínica y/o psiquiatría debido a dificultades comportamentales de sus hijos. Señalar también que puede observarse como las madres que sufren VFP muestran mayores niveles de afectación en salud mental que los padres. Altos niveles de ansiedad entre los

padres puede dar lugar a una crianza coercitiva y a dificultades en el mantenimiento de la disciplina (Patterson, 1986), hecho que puede relacionarse con el estilo educativo parental permisivo hallado entre padres que sufren VFP (Calvete et al., 2014; Cottrell y Monk, 2004). Así, un uso inconsistente del castigo físico (Calvete et al., 2014) junto con un estilo de crianza coercitivo puede favorecer que el adolescente promueva la ideación de venganza, pudiendo recurrir para ello a la violencia contra sus padres (Ibabe, 2015).

En relación a la agresividad y en contra de la hipótesis planteada, los padres y madres VFP no mostraron mayores niveles que el GC en ninguno de los subtipos de agresividad estudiados. Incluso en el grupo de padres, el GC mostró unos mayores niveles de agresividad verbal. En función de previos estudios relacionados con la exposición a la violencia en el ámbito familiar como un posible factor de riesgo importante para la VFP (Calvete et al., 2014), se esperaban una significativa mayor expresión de la agresividad tanto a nivel conductual, como cognitivo y emocional. Así pues, el resultado puede interpretarse como un intento de deseabilidad social con la que el grupo VFP habría contestado al cuestionario en concordancia con los resultados de Calvete et al., (2014) que hallaron una tendencia a negar la existencia de violencia familiar previa a la aparición de VFP. Por otro lado, la ausencia de mayores niveles de agresividad verbal, física, ira u hostilidad, e incluso un significativo menor nivel de agresividad verbal entre los padres VFP podrían relacionarse con un estilo parental más permisivo, estilo relacionado previamente con la casuística de VFP (Cottrell y Monk, 2004), y la pérdida de control de los padres sobre la conducta de sus hijos tal y como es explicada a través de la Teoría de la Coerción (Patterson, 1986). Por otro lado, mientras los padres mostraron mayores niveles de agresividad física, los niveles de agresividad verbal, ira y hostilidad de las madres fueron mayores. Estos resultados vienen a señalar que en las familias en las que existe un problema de VFP, los padres y las madres

tienden a expresar la agresividad de manera diferenciada, esto es, mientras los padres tienden a hacerlo a través de la agresividad física, las madres lo hacen en mayor proporción de manera verbal y a través de la ira y la hostilidad. Estas diferencias permiten interpretar con un mayor nivel de concreción algunas de las dinámicas que podrían estar subyaciendo a una problemática como la VFP. Tal y como señalan Estevez y Góngora (2009) la presencia de manera persistente de elementos como el criticismo o la agresividad verbal en la comunicación de los padres y madres hacia sus hijos, harían que el hijo desarrollase una baja autoestima así como un amplio rango de dificultades para controlarse, al interpretar que sus padres le transmiten un mensaje de incompetencia personal y falta de valor. Al hilo de los resultados encontrados, puede afirmarse que las madres que sufren VFP podrían estar desarrollando en mayor medida este tipo de patrón de comunicación. Además este patrón de comunicación podría ser interpretado por los adolescentes como una agresión por parte de su madre, y responder en consonancia, lo que vendría a apoyar los resultados encontrados por Calvete et al. (2014) e Ibabe (2015), según los cuales el ejercicio de la VFP física contra la madre se relacionaría de manera significativa con la victimización directa del adolescente, en este caso en forma de agresiones verbales.

A nivel microsistémico-familiar, tal y como se esperaba, pudo confirmarse que los padres y madres VFP mostraron menores niveles de cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar, así como mayores niveles de estrés que los padres y madres del GC. Estos resultados vienen a confirmar lo ya hallado en previas investigaciones respecto al conflicto familiar como predictor de la VFP (Ibabe, 2015; Jaureguizar e Ibabe, 2012). Parece por tanto que la visión de hijos y padres respecto a la manera en que funcionan sus familias parece coincidir y habla de un débil vínculo y baja intimidad, dificultades en la comunicación y unos altos niveles de estrés. Por otro lado

no se encontraron diferencias entre los padres y madres del grupo de VFP en las variables estudiadas sobre el funcionamiento familiar. Este resultado parece indicar que tanto padres como madres mantienen una visión coincidente respecto al deterioro relacional de la familia.

Finalmente, los resultados confirmaron la hipótesis sobre un menor ajuste marital entre las madres y los padres VFP en comparación con las parejas que no están envueltas en una dinámica de VFP. Si bien hasta el momento no se había estudiado la relación entre el ajuste diádico de progenitores y la VFP, estos resultados apoyan los estudios que señalan la relación existente entre la ausencia de ajuste diádico en la pareja y la aparición de problemas de conducta internalizantes y externalizantes de los hijos adolescentes (Franck y Buehler, 2007). Sin embargo, en contra de lo esperado, los resultados no mostraron diferencias significativas entre las madres VFP y GC en lo que respecta a la satisfacción y al consenso marital. Esta ausencia de diferencias significativas podría estar motivada por la pérdida muestral que se produjo dentro de dicho grupo, debido al número elevado de madres separadas y monomarentales participantes en el grupo de VFP y que no tenían pareja. Finalmente, no se obtuvieron resultados que apoyasen la hipótesis de que las madres con VFP mostrarían una mayor insatisfacción conyugal en comparación con los padres del mismo grupo. Así, cuando los progenitores con VFP mantienen una relación de pareja muestran acuerdo entre sí sobre el bajo ajuste diádico global, la satisfacción, el consenso y la cohesión de pareja.

En resumen, los resultados de la presente investigación ponen de manifiesto la importancia de la toma en consideración de la relación de pareja del subsistema parental en la VFP debido a la significativa mayor proporción de familias separadas, reconstituidas y monoparentales que refleja la conflictiva conyugal vivida en el pasado, así como el deterioro marital concurrente entre las madres y padres que mantienen una

relación de pareja en el grupo de VFP. Además, puede afirmarse que los padres que toman parte activa en un programa de tratamiento familiar para la VFP pertenecen a familias nucleares y son objeto de agresión a cargo de sus hijos de igual forma que las madres. Por otro lado, la afectación de la salud mental de los padres y madres agredidos y los mayores niveles de somatización, depresión y ansiedad de las madres en comparación con los padres aporta información sobre la necesidad de la inclusión de los progenitores en programas de tratamiento y no únicamente la de los adolescentes. Los resultados no apoyan la hipótesis de una mayor expresión de la agresividad por parte de los padres y madres en VFP, hallazgo que no concuerda con la asociación realizada por previos estudios con la exposición a la violencia en el ámbito familiar recogido a través de autoinformes de adolescentes. Por último, se halló un significativo deterioro desde la perspectiva de los padres y madres entorno a las variables estudiadas concernientes al sistema familiar, esto es, la cohesión y adaptabilidad, la comunicación y el estrés familiar.

Entre las principales limitaciones que presenta el estudio, cabe destacar en primer lugar que los padres y las madres objeto de estudio no fuesen íntegramente miembros de los mismos sistemas conyugales o ya separados. En segundo lugar, a diferencia de lo acontecido con la muestra de madres, los padres evaluados eran integrantes en su mayoría de sistemas familiares nucleares, con la consecuente pérdida de aquellos padres pertenecientes a sistemas familiares diferentes del nuclear. En tercer lugar, a la hora de evaluar la agresividad, la deseabilidad social pudo jugar un papel importante debido al miedo a ser juzgados al evaluar una de las variables directamente relacionada con el desarrollo y mantenimiento de la VFP.

A pesar de las limitaciones expuestas, el presente trabajo contribuye a conocer en mayor profundidad las características familiares e individuales de padres y madres que

sufren una dinámica de VFP. Teniendo en consideración la escasa literatura científica con una metodología empírica cuantitativa que haya evaluado a padres y madres en VFP, se constata a la luz de los datos expuestos la necesidad de la inclusión de los progenitores en programas de intervención y tratamiento de la VFP, tanto para el cambio las dinámicas familiares que contribuyen al mantenimiento de la VFP, como del tratamiento de las necesidades en salud mental que expresan los padres y madres.

### Referencias

- Andreu, Y., Galdón, M. J., Dura, E., Ferrando, M., Murgui, S., García, A., & Ibáñez, E. (2008). Psychometric properties of the Brief Symptoms Inventory-18 (BSI-18) in a Spanish sample of outpatients with psychiatric disorders. *Psicothema*, 20(4), 844-850.
- Barnes, H.L. y Olson, D.H. (1982). Parent-adolescent communication scale. En D. H. Olson, H. McCubbin, H. L. 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.
- Buss, A. H., y Perry, M. P. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459. doi:10.1037/0022-3514.63.3.452
- Calvete, E., Gámez-Guadix, M. y Orue, I. (2014). Características familiares asociadas a violencia filio-parental en adolescentes. *Anales de Psicología*, 30, 1176-1182.
- Calvete, E., Orue, I., Bertino, L., Gonzalez, Z., Montes, Y., Padilla, P. y Pereira, R. (2014). Child-to-parent violence in adolescents: the perspectives of the parents, children, and professionals in a sample of Spanish focus group participants. *Journal of Family Violence*, 29(3), 343-352.

- Calvete, E., Orue, I., Gamez-Guadix, M., & Bushman, B. J. (2015). Predictors of child-to-parent aggression: A 3-year longitudinal study. *Developmental psychology*, 51(5), 663.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Cottrell, B. y Monk, P. (2004). Adolescent-to-parent abuse. A qualitative overview of common themes. *Journal of Family Issues*, 25(8), 1072-1095.
- Derogatis, L.R. (2001). *Brief Symptom Inventory (BSI)-18. Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: NCS Pearson, Inc.
- 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(4), 464-473.
- Estévez, E. y Góngora, J. N. (2009). Adolescent aggression towards parents: Factors associated and intervention proposals. En C. Q. Tawse (Ed.), *Handbook of Aggressive Behaviour Research* (pp. 143-164). New York: Nova Science.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS* (Second Edition). London: Sage Publications.
- Franck, K. L. y Buehler, C. (2007). A family process model of marital hostility, parental depressive affect and early adolescent problem behavior: The roles of triangulation and parental acceptance. *Journal of Family Psychology*, 21, 614-625.
- Gallagher, E. (2004). Parents victimised by their children. *Australian and N.Z. of Family Therapy*, 25(1), 1-12.
- Howard, J. y Rottem, N. (2008). It all starts at home. Male adolescent violence to mothers. *Inner Community Health Service Inc and Child Abuse Re-search*. Australia: Monash University.

- Ibabe, I. (2015). Family predictors of child-to-parent violence: the role of family discipline. *Anales de Psicología*, 31(2), 615-625.
- Ibabe, I. y Bentler, P. M. (2015). The Contribution of Family Relationships to Child-to-Parent Violence. *Journal of Family Violence*, 1-11.
- Ibabe, I., Jaureguizar, J. y Bentler, P.M. (2013). Risk factors for child-to-parent violence. *Journal of Family Violence*, 28, 523–534.
- Jaureguizar, J. e Ibabe, I. (2012). Conductas violentas de los adolescentes hacia las figuras de autoridad: el papel mediador de las conductas antisociales. *Revista de Psicología Social*, 27, 7-24.
- Kurdek, L. A. (1998). Relationship outcomes and their predictors: Longitudinal evidence from heterosexual married, gay cohabiting, and lesbian cohabiting couples. *Journal of Marriage and Family*, 60, 553–568
- Martínez-Pampliega, A. (2008). *Manual de instrumentos de evaluación familiar* (pp. 143-152). Madrid: CCS.
- Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Galíndez, E. y Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES). Desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (2), 317-338.
- McLeod, J.D. (1994). Anxiety disorder and marital quality. *Journal of Abnormal Psychology*, 103. 767-776.
- Morales-Vives, F., Codorniú-Raga, M.J. y Vigil-Colet, A. (2005). Características psicométricas de las versiones reducidas del cuestionario de agresividad de Buss y Perry. *Psicothema*, 17(1), 96-100.



- Nock, M.K. y Kazdin, A.E. (2002). Parent-directed physical aggression by clinic-referred youths. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(2), 193-205.
- Olson, D.H., Portner, J. y Bell, R.Q. (1982). FACES II. St. Paul, MN: University of Minnesota, Family Social Science.
- Pagani, L.S., Boulerice, B., y Tremblay, R.E. (1997). *The influence of poverty on children`s classroom placement and behaviour problems during elementary school: A change model approach*. En G.J. Duncan y J. Brooks-Gun (Eds.), *Consequences of growing unpoor* (pp. 311-339). New York: Sage.
- Pagani, L.S., Tremblay, R.E., Nagin, D., Zoccolillo, M., Vitaro, F., y McDuff, P. (2009). Risk factor models for adolescent verbal and physical aggression toward fathers. *International Journal of Behavioral Development*, 24, 173-182.
- Patterson, G. R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist*, 41, 432-444.
- Routt, G. y Anderson, L. (2011). Adolescent aggression. Adolescent violence towards parents. *Journal of Aggression Maltreatment and Trauma*, 20 (1), 1-19.
- Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P., y Sierra, J. C. (2009). Propiedades sicométricas de una versión breve de la Escala de Ajuste Diádico en muestras españolas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 501-517.
- Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-38.
- Straus, M. y Fauchier, A. (2008). *The International Parenting Study*. Recuperado el 18-10-2014 de <http://pubpages.unh.edu/~mas2/IPS.htm>.

Tobeña R. (2012). *Niños y adolescentes que agreden a sus padres: Análisis descriptivo*.

Tesis Doctoral, Universidad de Zaragoza. España.

Vigil-Colet, A, Lorenzo-Seva, U, Codorniu-Raga, M.J., Morales, F. (2005). Factor structure of the Buss-Perry aggression questionnaire in different samples and languages. *Aggressive Behavior*, 31(6), 601-608.

Weaver, C., Shaw, D. S., Dishion, Thomas, J. y Wilson, M. N. (2008). Parenting selfefficacy and problem behaviour in children at high risk for early conduct problems: The mediating role of maternal depression. *Infant Behaviour and Development*, 31 (4), 594-605. 2

### **CAPITULO 3**

**¿Es útil el tratamiento psicoterapéutico y socioeducativo familiar sistémico en la violencia filio-parental? Resultado del tratamiento en adolescentes**

## **Introducción**

De manera general se ha definido a la violencia filio-parental (VFP) como cualquier acto perpetrado por un hijo con el objetivo de amedrentar, controlar y/o dañar a sus padres, incluyendo el abuso físico, psicológico, emocional o financiero (Cottrel, 2001; Paterson et al. 2001). Se trataría por tanto de un tipo de violencia que se desarrollaría en el ámbito doméstico y en el que se encontrarían implicados tanto los progenitores como el hijo.

Aunque es difícil establecer la prevalencia del fenómeno debido principalmente a las diferencias metodológicas encontradas en los estudios (definición del fenómeno, tipo de conductas estudiadas y su gravedad y frecuencia o la muestra y procedencia de la misma), algunos autores establecen el 21% para las agresiones físicas y hasta en el 65% para las psicológicas (Calvete, Orue, Gamez-Guadix y Bushman, 2015; Ibabe y Bentler, 2015)

Estos datos junto con el aumento de las denuncias por parte de los padres hacia sus hijos por esta problemática, parece haber estimulado que en los últimos años haya aumentado considerablemente el número de estudios sobre la VFP. Entre los mismos destacan aquellos que intentan identificar sus principales características y las relaciones entre ellas, habiéndose señalado hasta el momento el afecto y la comunicación en las relaciones familiares (Ibabe y Bentler, 2015), la sintomatología psicológica mostrada por los adolescentes (Ibabe, Arnoso y Elgorriaga, 2014), el consumo de sustancias (Calvete, Orue y Gamez-Guadix, 2015), la exposición previa a la violencia o el tipo de parentalidad ejercido (Calvete, Orue, Gamez-Guadix, y Bushman, 2015) como predictores de la misma. Sin embargo la investigación sobre intervenciones y tratamientos específicos para atender a esta problemática no parecen haberse desarrollado a la par y en la actualidad no se dispone de estudios empíricos sobre la efectividad de los mismos.

### **Desarrollo de un tratamiento familiar para la VFP**

Algunos programas basados en la familia dirigidos al tratamiento de la delincuencia juvenil, el abuso de drogas y los problemas de conducta en la adolescencia han sido establecidos como intervenciones basadas en la evidencia. Entre estas se encuentran la brief strategic family therapy (Szapocznik, Hervis, & Schwartz, 2003), la funcional family therapy (Alexander, Pugh, Parsons, & Sexton, 2000), la multidimensional family therapy (Liddle et al., 2002), el multidimensional treatment

foster care (Chamberlain & Mihalic, 1998), y la multisystemic therapy (Henggeler & Borduin, 1990). Caldwell y Van Rybroeck (2013) señalan que algunos de estos programas comparten una serie de características, como son; a) una fundamentación teórica basada principalmente en la teoría de sistemas y el aprendizaje social, b) unos principios-guía bien establecidos que permiten adaptar la intervención a las características concretas de cada una de las familias y adolescentes y, c) la utilización de un sistema de tratamiento multidimensional del adolescente y la familia.

El programa de intervención familiar psicoterapéutico y socioeducativo especializado en la atención a familias que sufren un problema de VFP que se lleva a cabo en el Centro Hobetzen de la Asociación Educativa Berriztu, comparte algunas de las características de los programas anteriormente citados, si bien se diferencia de los mismos en su nivel de especificidad. A nivel teórico, la intervención desarrollada desde el centro se basa también en el paradigma sistémico. Partiendo de la premisa de que un individuo, ya sea niño, adolescente o adulto no puede ser comprendido de manera aislada del resto de sistemas de los que participa (Epstein, Bishop y Levin, (1978), se entiende necesario tomar en consideración la familia como el microsistema más cercano y fuente primaria de apoyo y desarrollo. Más específicamente el tratamiento desarrollado desde el centro se basa en los pilares teóricos de la *teoría de limitaciones* (Breunlin, 1999), el *pilar epistemológico constructivista*, el *pilar ontológico* que toma como referencia la Teoría General de Sistemas (von Bertalanffy, 1968) y la *causalidad diferencial* la cual hace referencia a como la interacción entre sistemas en una red de influencia mutua estos pueden contribuir de manera diferencial a la varianza en cualquier proceso o resultado.

A nivel pragmático, el abordaje psicoterapéutico y socioeducativo sistémico familiar se implementa en el centro a través de un eclecticismo técnico (Lazarus y Beutler, 1993), y un trabajo centrado sobre los factores comunes (Castonguay, 2000). Las decisiones psicoterapéuticas y socioeducativas se basan principalmente en los heurísticos de toma de decisión derivados de los principios guía establecidos en la integración transteórica del modelo *Integrative Problem-Centered Metaframeworks Therapy* (IPCM) (Breunlin, Pinsof, Russell y Lebow) entre los que destacarían los siguientes:

- Las intervenciones estarán centradas o conectadas de alguna forma al problema o a las preocupaciones que el sistema presente, en este caso la violencia ejercida por los hijos hacia los progenitores.

- Cuando es posible y apropiado en las intervenciones se priorizarán contextos interpersonales sobre los individuales.
- A no ser que se demuestre lo contrario, se asume que los miembros del sistema y el sistema en su conjunto puede utilizar sus fortalezas y recursos para hacer frente a la situación e implementar soluciones adaptativas con la mínima intervención necesaria de los profesionales.
- La primera y principal tarea de los profesionales será reemplazar la secuencia problema por otras alternativas más adaptativas que reduzcan o eliminen el problema.
- La intervención comenzará con acciones lo más directas, menos costosas y menos complejas posibles, aumentando su grado de complejidad y disminuyendo su directividad en caso de que sea necesario. Así mismo la intervención comenzará centrada en el aquí y ahora para enfocarse en aspectos y dificultades del pasado en la medida en que estas vayan surgiendo y se presenten como relevantes para el problema actual.
- Establecer, mantener y reparar (en caso de que sea necesario) la alianza terapéutica tiene una mayor prioridad que el principio de aplicación, siempre y cuando esta premisa no comprometa la eficacia de la intervención o la integridad de la misma.

A diferencia de otros tratamientos manualizados y altamente estructurados, disponer de unos principios que orientan la intervención dota de una mayor flexibilidad a las acciones de los profesionales y permite variarlas y acomodarlas a los diferentes adolescentes y sus familia. En este sentido, ya que cada intervención se ajusta al momento del desarrollo y circunstancias emocionales y comportamentales del adolescente y de la familia, en el caso de que se detectasen necesidades adicionales a las que se pueden abordar desde el ámbito psicoterapéutico o socioeducativo, desde el centro se intenta que el adolescente y la familia puedan acceder a los servicios que requieran, ya sean estos, de salud mental, formativo/laborales o de ocio y tiempo libre. Así mismo, si al comienzo del tratamiento ya existen otros sistemas alrededor del adolescente y la familia, en la medida de lo posible se incluyen a todos los sistemas que interactúan con ellos (judicial, salud mental, etc), por lo que desde el centro se desarrollan redes de tratamiento coordinadas con otros profesionales y entidades o

sistemas sociales de manera que se pueda ofertar un tratamiento multidimensional y ajustado a las necesidades de la familia.

### **Organización y estructura del Modelo de tratamiento para la VFP**

El acceso al programa se lleva a cabo a través de diferentes vías, bien de manera indirecta a través de la derivación de otras entidades, bien de forma directa, previo a una entrevista de valoración llevada a cabo por dos psicólogos para determinar si las familias reúnen las características para ser incluidas en el programa o no. Estas características hacen referencia a la presencia de una problemática de violencia filio-parental dentro de la familia siendo factores excluyentes el que el origen de dicha problemática se deba a un problema de salud mental o a la adicción a tóxicos en el adolescente.

El programa tiene una duración aproximada de 24 meses dividido en dos etapas. Durante la primera etapa que tiene una duración de doce meses se lleva a cabo el tratamiento psicoterapéutico y educativo propiamente dicho. Este periodo de tiempo puede ser alargado si se detecta la necesidad, o bien puede acortarse en el caso de que la problemática de violencia filio-parental se resuelva antes de cumplir el año. Durante la segunda etapa que también tiene una duración de doce meses se lleva a cabo un seguimiento telefónico y/o presencial con la familia.

El trabajo con la familia se lleva a cabo desde dos dimensiones diferenciadas, la psicoterapéutica y la socioeducativa, asignando al inicio del proceso a cada una de las familias atendidas un equipo de tres profesionales, compuesto por una educador social y dos psicólogos con formación en terapia sistémica familiar trabajando estos últimos en co-terapia. Las sesiones de psicoterapia se llevan a cabo en una sala acondicionada con un espejo unidireccional y un equipo de grabación y sonido, de manera que exista la posibilidad (previo consentimiento oral y escrito por parte de la familia) de grabar las sesiones de psicoterapia o de ser seguidas por algún otro miembro del equipo al otro lado del espejo como una forma de mejorar la eficiencia del proceso. Las entrevistas socioeducativas, tienen lugar bien en el domicilio familiar, bien en contextos próximos a la familia, donde el educador social se traslada.

La modalidad de convocatoria tanto de las sesiones de psicoterapia como de las entrevistas socioeducativas son principalmente familiares, pero con la posibilidad de convocar a los miembros de la familia de manera individual o por díadas en función de las necesidades detectadas. Así, el programa presenta una estructura flexible, adaptada a

las necesidades individuales tanto de los diferentes miembros de las familias como a las de las familias en su totalidad.

Los doce meses de tratamiento son divididos en tres fases diferenciadas: primera fase o fase de observación y evaluación con una duración aproximada de un mes, segunda fase o fase de intervención con una duración aproximada de nueve meses, y por último la tercera fase o fase de finalización con una duración aproximada de dos meses.

Primera fase. Durante la fase de evaluación y observación que abarcaría cuatro entrevistas socioeducativas y cuatro psicoterapéuticas se lleva a cabo la acogida de la familia, la observación y valoración de la misma. En esta primera fase se presenta a los miembros de la familia las líneas y estructura del proceso psicoterapéutico y socioeducativo, se les implica en la evaluación y se reúne y clarifica la información relevante para poder establecer una serie de objetivos y metas que serán revisables a lo largo de todo el tratamiento. La frecuencia tanto de las entrevistas socioeducativas como psicoterapéuticas durante esta fase es de carácter semanal. En estas cuatro entrevistas psicoterapéuticas iniciales se recoge el planteamiento y la historia del problema que la familia trae, su demanda, las soluciones intentadas implementadas hasta el momento, el genograma familiar y se evalúa la dinámica familiar que mantiene el problema. En las cuatro entrevistas socioeducativas iniciales se recoge información del adolescente y la familia en base a varias áreas diferenciadas: área socio-familiar, área psico-social, área afectiva, área formativa-laboral, área biológico-corporal, área de ocio y tiempo libre.

Segunda fase. Se da paso a la intervención propiamente dicha donde los objetivos están encaminados a co-construir el vínculo entre el equipo de profesionales y los diferentes integrantes de la familia, ampliar la información e identificar y explorar creencias que subyacen en la perpetuación de la dinámica familiar donde la VFP está presente, para poder trabajar hacia un triple cambio en las emociones, creencias y conductas de la familia a través de las diferentes técnicas y recursos procedentes de los modelos cognitivo, narrativo y sistémico familiares. El equipo de profesionales se nutre de diferentes y variados métodos y técnicas para llevar a cabo el trabajo con las familias que pueden ir desde las preguntas lineales, circulares, estratégicas y/o reflexivas, a intervenciones de tipo cognitivo o conductual, o a la utilización de otras técnicas como las narrativas, las centradas en soluciones o técnicas activas.

Tercera fase. A continuación se entraría en una fase de cierre donde se incluiría tanto el trabajo en el asentamiento y ampliación de los cambios, como la prevención de



recaídas, para posteriormente proceder al cierre del tratamiento propiamente dicho e iniciar el periodo de seguimiento.

Durante el periodo de seguimiento que se realiza de manera telefónica y/o presencial y que tiene una duración aproximada de un año, el objetivo es observar la evolución de la familia, pudiendo hacerse alguna entrevista psicoterapéutica o socioeducativa para valorar la posibilidad de reabrir el tratamiento en el caso de que se detectase algún tipo de necesidad en el transcurso del seguimiento. Asimismo, señalar cómo a lo largo de todo el trabajo con la familia, los integrantes de cada equipo asignado a la familia, establecen coordinaciones semanales en aras a establecer las diferentes líneas de trabajo a seguir con cada familia. Junto con esto, los diferentes integrantes del equipo mantienen a lo largo de todo el proceso coordinaciones con los diferentes recursos y profesionales que en el pasado o en el presente mantienen contacto con la familia de manera telefónica y/o presencial.

### **Equipo y Recursos del equipo**

El equipo del programa de tratamiento está compuesto por trece personas: 6 psicólogos, 6 educadores sociales y un Psicólogo coordinador y supervisor del equipo. De los seis psicólogos, tres son varones y tres son mujeres trabajando en co-terapia en parejas conformadas por un varón y una mujer todos ellos especializados en psicoterapia familiar sistémica. De los 6 educadores socio-familiares, tres son mujeres y tres son varones. Con respecto a la media de edad, en el caso de los psicólogos es de 34.5 años (32-37), mientras que la de los educadores sociales es de 38.33 años de edad (32-45), siendo la media de edad del equipo al completo de 37.07 años.

Cada familia que accede al programa es atendida por dos psicoterapeutas, asignados a los roles de terapeuta y co-terapeuta, y un educador socio-familiar. Los psicoterapeutas trabajarán con la familia en un escenario de sesiones psicoterapéuticas que pueden ser individuales, familiares o en diadas y el educador socio-familiar realizará entrevistas familiares, individuales o en diadas habitualmente en el contexto de la familia. Si bien el estilo y las técnicas pueden variar entre profesionales en base a su formación específica, todos ellos desarrollan su labor desde un modelo centrado en el cambio, que se ocupará en proveer a las familias de nuevas o diferentes informaciones a partir del conocimiento de sus narrativas, con el objetivo de generar nuevas herramientas para que la familia resuelva las dificultades que les afectan, generando cambios que serán resaltados y ampliados por los profesionales hasta llegar a un

escenario de ausencia de violencia. El equipo de tres profesionales asignados a una familia se reúne semanalmente en un contexto de coordinación para aunar las líneas de intervención que se están siguiendo desde los dos roles de intervención. Quincenalmente los psicoterapeutas y los educadores sociales mantienen una reunión de supervisión con la figura del coordinador supervisor donde se analizan los objetivos de trabajo así como las técnicas y estrategias utilizadas. Mensualmente, además, los psicoterapeutas y el coordinador supervisor se reúnen para analizar y discutir en conjunto un caso elegido por alguno de los psicoterapeutas en base a problemas o dificultades que encuentra en el proceso de intervención y buscar así posibles alternativas para el desbloqueo, siendo receptivos a las aportaciones que pueden hacer otros miembros del equipo no asignados al caso, o incluso para recoger nuevas técnicas o herramientas que alguno de los psicoterapeutas comparte con el equipo.

### **Estudio Piloto sobre el resultado la efectividad del abordaje psicoterapéutico y socioeducativo en VFP**

#### *Background / Antecedentes*

En el año 2009 se diseñó un abordaje efectivo mediante la integración de la terapia familiar y un abordaje socio-educativo durante la práctica clínica con familias que consultaban debido a una problemática de VFP. En el 2010 comenzamos con la recopilación cuantitativa de datos respecto al resultado del tratamiento implementado. Nuestro objetivo principal era comprobar si el tratamiento diseñado era un abordaje efectivo en la reducción de la VFP y si mejoraba variables asociadas a la misma como las relaciones interpersonales, el funcionamiento social o la sintomatología. La investigación ha mostrado que las relaciones familiares basadas en el afecto y la comunicación se asocian a una menor VFP (Ibabe y Bentler, 2016) y por otro lado, que el trastorno de conducta, la sintomatología depresiva (Ibabe, Arnoso y Elgorriaga, 2014), el consumo de sustancias (Calvete, Orue y Gamez-Guadix, 2015), la exposición a la violencia y una parentalidad baja en calidez (Calvete, Orue, Gamez-Guadix, y Bushman, 2015) como predictores de la misma. Sin embargo, en la práctica clínica no existe ningún estudio que investigue el efecto de la psicoterapia en la VFP o si la terapia familiar es útil en la reducción de la VFP en los adolescentes. Por otro lado, no se conoce el efecto del tratamiento psicoterapéutico en las variables asociadas a la VFP. Finalmente, se desconoce si la respuesta a la terapia familiar es igualmente efectiva entre los adolescentes que desarrollaron VFP durante la infancia o durante la

adolescencia. Por lo tanto, desde el año 2010 a 2015 llevamos a cabo un estudio piloto longitudinal de cada familia de 12 meses de duración. La evaluación estuvo guiada por las siguientes cuatro hipótesis: (i) la muestra de adolescentes tras 12 meses de terapia familiar mostrarían un significativo descenso de la VFP; (ii) los adolescentes mostrarían una significativa mejoría en las relaciones interpersonales, el funcionamiento social y la sintomatología clínica; (iii) los adolescentes que desarrollaron VFP durante la infancia mostrarían una peor respuesta al tratamiento en comparación con los adolescentes que desarrollaron la VFP durante la adolescencia; (iv) los adolescentes VFP no mostrarían diferencias significativas en las variables objeto de estudio al ser comparados con un grupo de adolescentes libres de VFP tras finalizar el tratamiento sistémico familiar (t2).

### *Participantes*

Participaron 40 adolescentes de edades comprendidas entre 10 y 21 años (media = 15.8) perpetradores de violencia hacia sus padres, de los cuales el 45% fueron varones y el 55% fueron mujeres. Todos ellos fueron incluidos en el programa de tratamiento familiar especializado en VFP. 30 de los pacientes comenzaron a mostrar violencia hacia sus padres durante la adolescencia y 10 durante la infancia. El comienzo de la VFP durante la niñez fue definida para aquellos pacientes que con 12 años o menores comenzaron a perpetrar violencia hacia sus padres. La inclusión de los adolescentes en el estudio estuvo supeditada por un lado a su pertenencia a familias que habían consultado por una dinámica de VFP, ratificada mediante entrevistas familiares a cargo de dos psicólogos especializados en la materia, y por otro a su aceptación a participar en el estudio y tratamiento psicoterapéutico y socioeducativo mediante firma de un consentimiento informado. Se excluyeron aquellos adolescentes que perteneciendo a familias envueltas en una dinámica de violencia intrafamiliar no se adecuaban a los criterios que definen una casuística de VFP, así como aquellos otros menores de 10 años y mayores de 21. El grupo clínico llevó a cabo una media de 22.5 sesiones de terapia familiar ( $SD = 5.19$ ; con un rango entre 13 y 32 sesiones) a lo largo de la fase de tratamiento de 12 meses duración. El grupo contraste (GC), conformado por 81 adolescentes que no ejercían VFP en el seno familiar, fue apareado con el grupo clínico en sexo y edad. Los 81 adolescentes de edades comprendidas entre 13 y 18 años (media = 15,22,  $DT = 1,53$ ) provenía de 3 institutos y colegios de educación secundaria públicos y concertados, así como de una asociación educativa de apoyo escolar. Los criterios para incluir a los adolescentes en el GC fueron que perteneciesen a familias que

hubiesen mostrado su acuerdo de participación mediante la firma del consentimiento informado y en las que no existiese una problemática de VFP evaluada mediante la respuesta negativa a cada uno de los ítems del CTS-CP. Tal y como puede observarse en la Tabla 1, no se obtuvieron diferencias significativas en sexo y edad entre ambos grupos. A pesar de ello, se obtuvieron diferencias significativas en relación al nivel de escolarización y estructura familiar.

### *Instrumentos y variables*

#### Variables clínicas y sociodemográficas

En esta parte se incluyó la edad, el sexo, la escolarización, estructura familiar (nuclear-tradicional, padres separados, reconstituida o monoparental), tipo de VFP (psicológica o física y psicológica) recogida mediante entrevista clínica con el sistema familiar, violencia intrafamiliar (violencia marital y/o violencia parento-filial), consumo de tóxicos, edad de inicio de la VFP y tiempo transcurrido en meses hasta la petición de tratamiento.

El descenso de la VFP se midió a través del *Escala de Tácticas para Conflictos – Hijo Padres (Conflict Tactics Scales – Child Parents; CTS-CP, Straus y Fauchier, 2008)*. Por otro lado, para evaluar el resultado del tratamiento en la salud mental de los adolescentes se utilizó el *Outcome Questionnaire-45 (OQ-45: Lambert et al., 2004)*. Ambos cuestionarios fueron aplicados antes de su inclusión en el tratamiento (t1) y tras su finalización (t2).

*Escala de Tácticas para Conflictos – Hijo Padres (Conflict Tactics Scales – Child Parents; CTS-CP, Straus y Fauchier, 2008)*. El CTS-CP consiste en 6 ítems creados en el contexto del International Parenting Study (Straus y Fauchier, 2008) para evaluar actos agresivos de hijos a progenitores y obtenidos a partir del CTS-PC (Straus, Hamby, Finkelhor, Moore, y Runyan, 1998). Tres de los ítems reflejan actos de violencia verbal como insultar, gritar y amenazar con pegar a los progenitores, y tres reflejan actos de violencia física como abofetear, golpear con un objeto que puede causar daño y dar patadas. Los adolescentes contestaron empleando una escala con los siguientes valores: 0 *nunca*, 1 *a veces* y 2 *a menudo*. En la traducción elaborada por Calvete, Orue, Sampedro (2011) obtuvieron un coeficiente alpha para la escala

completa de .69, .61 y .88 para las subescalas de agresiones verbales y agresiones físicas, respectivamente. En el presente estudio, el coeficiente  $\alpha$  de consistencia interna para la escala global en el t1 y el t2 fue .81 y .84, para la subescala de agresiones verbales contra los progenitores fue .81 y .83 respectivamente y finalmente para la subescala de violencia física fueron .77 y .56.

*Outcome Questionnaire-45* (OQ-45: Lambert et al., 1996) es una medida de autoinforme compuesta por 45 ítems y diseñado para medir el progreso de los clientes en psicoterapia. El OQ-45 provee una puntuación total y también tres puntuaciones adicionales que corresponden a las subescalas síntomas de distrés (depresión y ansiedad), relaciones interpersonales (soledad, conflictos con los demás o dificultades familiares) y rol social (dificultades en la escuela, en el lugar de trabajo o las tareas del hogar). Cada ítem se puntúa en una escala Likert de 0 a 4 (0 *Nunca*, 1 *Muy rara vez*, 2 *Algunas veces*, 3 *Con frecuencia*, 4 *Casi siempre*) y la puntuación final puede oscilar entre 0 y 180. La disminución en puntuación indica mejoría. Además, ofrece un punto de corte para diferenciar posible población clínica (puntuaciones > 64), así como criterios cuantificables de éxito. El OQ-45 ha mostrado una buena consistencia interna (.93) y una fiabilidad test-retest de .84. (Lambert et al, 2004). Von Bergen y de la Parra (2002) en una versión validada para el idioma español obtuvieron un coeficiente alpha para la puntuación total de .9 y de .9, .79 y .82 para las subescalas de sintomatología, relaciones interpersonales y rol social respectivamente. En el presente estudio se optó por su versión para adultos debido al amplio rango de edad de la muestra objeto de estudio, esto es, entre los 10 y 21 años (media = 15.8). Así, los coeficientes de fiabilidad de alpha de Cronbach para los adolescentes evaluados en el t1 y t2 fueron de .87 y .9 para la escala global, de .83 y .87 para subescala de síntomas de distrés, de .56 y .57 para relaciones interpersonales y de .65 y .62 para rol social respectivamente.

### *Análisis de datos*

Primeramente se analizó la distribución normal de cada una de las variables estudiadas. Aquellas variables que no siguieron una distribución normal se transformaron mediante las indicaciones propuestas por Field (2005) y aquellas que no pudieron ser transformadas fueron analizadas mediante pruebas no paramétricas. Para comprobar la no existencia de diferencias significativas en las variables de

apareamiento, fueron utilizadas la prueba *t*-student para muestras independientes y la prueba de  $\chi^2$  para las variables categóricas. Los análisis estadísticos para comprobar el resultado de la intervención fueron llevados a cabo después de las última sesión de psicoterapia familiar (t2). Para comprobar el efecto del tratamiento implementado en los adolescents, se llevó a cabo un ANOVA con medidas repetidas (modelo lineal general) utilizando las puntuaciones del t1 y el t2 del CTS-CP (Straus y Fauchier, 2008) and OQ-45 (Lambert et al., 1996). Cuando no se cumplieron los requisitos para el modelo lineal general, se utilizó pruebas no paramétricas, como la *U* de Mann-Whitney para comprobar la diferencia de puntuaciones entre los grupos no relacionados y la Prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas en el estudio longitudinal. Para la obtención de una medida objetiva de los tamaños del efecto, la *Eta* cuadrado fue analizada tomando como referencia los criterios sugeridos por Cohen (1992). Todos los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS 17.0.

## **Resultados**

En la Tabla 1 pueden observarse las variables clínicas y sociodemográficas de relevancia, así como comprobar la ausencia de diferencias significativas en sexo y edad entre ambos grupos. Respecto al nivel de escolarización y al tipo de estructura familiar, se obtuvieron diferencias significativas.

Tabla 1. Características de clínicas y sociodemográficas en el grupo de VFP y GC

	VFP (n = 40)		GC (n = 81)		Estadístico
	n	%	n	%	
Sexo					
Masculino	18	45	38	46,9	$\chi^2 = 0.04$
Escolarización					
Nivel correspondiente a edad	13	34.2	72	90	$\chi^2 = 40.38^{***}$
Nivel por debajo a edad	23	60.5	8	10	
No escolarizado	2	5.3	0	0	
Estructura Familiar					
Nuclear	16	40	61	75.3	$\chi^2 = 17.69^{***}$
Padres separados	18	45	16	19.8	
Reconstituida	3	7.5	0	0	
Monomarental	3	7.5	4	4.9	
Tipo de Población					
Urbana	37	92,5	80	98,8	$\chi^2 = 3.28$
Rural	3	7,5	1	1,2	
VFP					
Violencia Psicológica	10	25			
Violencia Física y Psicológica	30	75			
Violencia Intrafamiliar					
Violencia Marital	11	27,5			
Violencia Parento-filial	2	5			
Denuncia judicial	9	23,1			
Diagnóstico Clínico					
Trastorno de Personalidad	4	10			
TDAH	2	5			
Consumo de Tóxicos					
Ausencia de consumo	19	47,5			
Cannabis	2	5			
Alcohol	1	2,5			
Cannabis y Alcohol	18	45			
		Mean (SD)		Mean (SD)	
Edad		15.8 (2.19)		15.22 (1.53)	$t = 1.68$
Edad Inicio VFP		14.02 (1.88)			
Tiempo de Evolución VFP (meses)		20,22 (8,55)			

Notas. VFP = violencia filio-parental; GC = grupo control; DT = Desviación Típica; CTS = Conflict Tactics Scales (Straus y Fauchier. 2008).

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

Para comprobar el efecto del tratamiento sistémico familiar el ANOVA de medidas repetidas (modelo lineal general) reveló una significativa reducción de la violencia filio-parental total y verbal. En el mismo sentido la Prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas mostró una significativa disminución de la violencia física contra los padres. Sin embargo, al comprobar el efecto del tratamiento sobre la sintomatología psicológica, el funcionamiento del rol social y la puntuación total del OQ-45, el ANOVA de medidas repetidas no reveló cambio alguno. Por otro lado, los adolescentes

mostraron un aumento significativo en problemas interpersonales tras comparar el t1 antes de iniciar el tratamiento y el t2 al finalizarlo (ver Tabla 2 y 3).

Tabla 2. Diferencias en las medidas de resultado entre el final del tratamiento y el comienzo.

Variable	Baseline Assessment (t1) <i>n</i> = 40	End of Treatment (t2) <i>n</i> = 40	F(1,39)	Effect size ( $\eta^2$ )
CTS				
Puntuación Total	10.7 (2.23)	8.47 (2.47)	34.32***	.47
Verbal	6.75 (1.54)	5.07 (1.71)	36.84***	.49
OQ-45				
Total Score	63.24 (20.87)	63.27 (22.30)	0	0
Symptom distress	33.16 (13.94)	30.5 (14.86)	1.14	.03
Interpersonal relations	16.17 (5.54)	19.75 (5.94)	7.7**	.16
Role functioning	14.59 (4.31)	13.52 (5.06)	1.17	.03

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

Tabla 3. Diferencias en las medidas de resultado entre el final del tratamiento y el comienzo.

Variable	Baseline Assessment (t1) <i>n</i> = 40	End of Treatment (t2) <i>n</i> = 40	Z	<i>p</i>
CTS Física	3.95 (1.13)	3.4 (0.9)	-2.78	.006**

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

Mediante el ANOVA de medidas repetidas y la Prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas se comprobó como los 30 pacientes que desarrollaron la VFP durante la adolescencia redujeron de manera significativa el ejercicio de la misma tras la finalización del tratamiento (ver Tabla 4 y 5). Sin embargo, los 10 pacientes que comenzaron a mostrar conductas violentas hacia sus padres durante la infancia no mostraron una mejoría significativa en las mismas variables objeto de estudio (ver Tabla 6). Por otro lado, ni el grupo de pacientes que comenzó a ejercer violencia contra sus padres durante la infancia, ni el grupo que comenzó durante la adolescencia mostró mejoría significativa en relación a las variables evaluadas a través del OQ-45 tal y como puede observarse en las tablas 4, 5 y 6.



Tabla 4. Diferencias en las medidas de resultado entre el final del tratamiento y el comienzo en el grupo de comienzo de la VFP durante la adolescencia.

Variable	Baseline Assessment (t1) <i>n</i> = 30	End of Treatment (t2) <i>n</i> = 30	F(1,29)	Effect size ( $\eta^2$ )
CTS				
Puntuación total	10.87 (2.3)	8.43 (2.16)	36.44***	.56
Verbal	6.96 (1.54)	5.07 (1.59)	43.20***	.59
OQ-45				
Total Score	62.62 (20.94)	65.33 (22.31)	0.33	.01
Symptom distress	33.51 (13.86)	31.9 (14.78)	0.29	.01
Interpersonal relations	15.7 (5.6)	20.26 (6.22)	8.56**	.22
Role functioning	14.12 (4.23)	13.67 (4.6)	0.22	.008

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

Tabla 5. Diferencias en las medidas de resultado entre el final del tratamiento y el comienzo en el grupo de comienzo de la VFP durante la adolescencia.

Variable	Baseline Assessment (t1) <i>n</i> = 30	End of Treatment (t2) <i>n</i> = 30	Z	<i>p</i>
CTS Física	3.9 (1.12)	3.37 (0.72)	-2.56	.01**

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

Tabla 6. Diferencias en las medidas de resultado entre el final del tratamiento y el comienzo en el grupo de comienzo de la VFP durante la niñez.

Variable	Baseline Assessment (t1) <i>n</i> = 10	End of Treatment (t2) <i>n</i> = 10	Z	<i>p</i>
CTS				
Puntuación Total	10.2 (2.04)	8.6 (3.37)	-1.56	.12
Verbal	6.1 (1.45)	5.1 (2.13)	-1.45	.147
Física	4.1 (1.19)	3.5 (1.35)	-1.23	.216
OQ-45				
Total Score	65.1 (21.69)	57.1 (22.26)	-0.71	.475
Symptom distress	32.1 (14.89)	26.3 (14.96)	-0.17	.241
Interpersonal relations	17.6 (5.39)	18.2 (4.98)	-0.35	.722
Role functioning	16 (4.45)	13.1 (6.5)	-1.02	.307

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

finalizar el tratamiento sistémico familiar en comparación con un grupo de adolescentes que no ejercía violencia contra sus padres. A excepción de la violencia verbal en la que no se obtuvieron diferencias significativas entre ambos grupos, en violencia total y violencia física el grupo VFP tras finalizar el tratamiento puntuó significativamente por encima del grupo de adolescentes que no ejercían violencia contra sus padres (ver Tabla 7). Por otro lado, la ANOVA de medidas repetidas mostró diferencias significativas entre ambos grupos en el total de variables evaluadas a través

del OQ-45, siendo significativamente superiores en el grupo de adolescentes VFP (ver Tabla 8).

Tabla 7. Comparación en la expresión de la VFP entre el grupo clínico tras el tratamiento y un grupo de adolescentes libre de VFP.

Variable	CPV End of Treatment (t2) <i>n</i> = 40	GC <i>n</i> = 81	<i>Mann-Whitney U</i>	<i>p</i>
CTS				
Total Score	8.47 (2.47)	7.41 (0.94)	1274.5	.049*
Verbal	5.07 (1.71)	4.41 (0.94)	1291	.061
Física	3.4 (0.9)	3.1 (0.01)	1229	.0001***

\**p* <.05; \*\**p*<.01; \*\*\**p*<.001

Tabla 8. Comparación en la sintomatología entre el grupo clínico tras el tratamiento y un grupo de adolescentes libre de VFP.

Variable	CPV End of Treatment (t2) <i>n</i> = 40	GC <i>n</i> = 81	<i>F</i> (1,119)	Effect size ( $\eta^2$ )
OQ-45				
Total Score	63.27 (22.30)	47.03 (18.3)	18.21***	.13
Symptom distress	30.5 (14.86)	25.56 (11.76)	3.96*	.03
Interpersonal relations	19.75 (5.94)	10.46 (4.62)	89.12***	.43
Role functioning	13.52 (5.06)	11.01 (4.54)	7.62**	.06

\**p* <.05; \*\**p*<.01; \*\*\**p*<.001

## Discusión

Los resultados obtenidos sugieren que los adolescentes que ejercen violencia contra sus padres se benefician del tratamiento sistémico familiar. En este sentido, la primera hipótesis, que hacía referencia a que se esperaban diferencias significativas en los niveles de violencia ejercida por los adolescentes antes y después del tratamiento pudo confirmarse. De esta manera, se ha podido constatar un descenso significativo en los niveles de violencia total, verbal y física ejercida por los hijos hacia sus padres tras su participación en el tratamiento psicoterapéutico y socio-educativo familiar.

La segunda hipótesis en la que se planteaba que los adolescentes mostrarían una significativa mejoría en las relaciones interpersonales, el funcionamiento social y la sintomatología clínica tras haber participado en el tratamiento, no pudo confirmarse. De manera contraria a lo que se hubiese esperado la sintomatología y el desempeño de rol social no se han visto modificados y en el caso de las relaciones interpersonales, estas

empeoraron. Este último resultado vendría a indicar además, que los adolescentes valoran sus relaciones interpersonales significativas como menos satisfactorias y más problemáticas tras su participación en el tratamiento. Estos resultados no concuerdan con previos estudios en donde hallaron que el uso de técnicas basadas en la familia con adolescentes que abusan del consumo de drogas o con algún tipo de trastorno de conducta se relaciona con el descenso tanto de sintomatología internalizante como externalizante (Hogue, Dauber, Samuolis y Liddle, 2006). La diferencia principal se sitúa en que en nuestro estudio piloto, nuestros adolescentes no muestran únicamente abuso de sustancias o trastorno de conducta, sino que ejercen además violencia física y verbal contra sus padres. Quizá el impacto que ha dejado la experiencia y uso de la violencia contra los padres pueda relacionarse con una toma de conciencia del uso de la misma, de las dinámicas familiares que la sustentaban, así como el arrepentimiento de su uso en el sistema familiar, hechos que pueden relacionarse con una falta de mejoría en las variables asociadas a la salud mental de los adolescentes, y a pesar del descenso significativo de la VFP. Además, los resultados obtenidos podrían interpretarse teniendo en cuenta lo expuesto por Calvete y Orue (2011), que señalan que la VFP se relacionaría con un tipo de agresividad proactiva, asociada en última instancia con un tipo de violencia instrumental que persigue la obtención de determinados privilegios y beneficios. Así, la confirmación de que tras su participación en el tratamiento hay un descenso significativo en los niveles de violencia ejercida por los adolescentes hacia sus padres también podría implicar bien una pérdida de los beneficios asociados al ejercicio de la misma, bien la utilización de otras estrategias relacionales que requieren un mayor esfuerzo para obtener los mismos beneficios y por tanto se refuerza la percepción de que su relación con los mismos es más problemática y menos satisfactoria.

Respecto de la tercera hipótesis, los resultados muestran un peor pronóstico en las situaciones donde el adolescente comenzó a ejercer violencia de manera sistematizada contra sus padres durante la niñez en comparación con aquellos que comenzaron posteriormente, esto es, durante la adolescencia. Ningún subgrupo de adolescentes mejoró en las medidas de salud mental tras el tratamiento familiar, sin embargo, el grupo de adolescentes con un inicio de la VFP durante la adolescencia mostró un significativo descenso de la misma tras el tratamiento. Estos resultados están en consonancia con la dificultad de la familia para la modificación de dinámicas relacionales sustentadoras de la violencia cuando estas han estado más tiempo en funcionamiento, asociándose también la violencia a su uso como herramienta válida en

la resolución de conflictos para el adolescente, quien además habría identificado de manera más intensa las actuaciones violentas en el ámbito familiar con las ganancias o beneficios que eso le reporta en base a la posición de poder que le otorga en el sistema. Asimismo, el inicio del ejercicio de la violencia en edades tan tempranas, podría en algunos adolescentes apuntar hacia otro tipo de patología que pudiera emerger en un momento posterior, aumentando la dificultad a la hora de modificar las dinámicas relacionales debido a las limitaciones del propio adolescente.

Respecto a la cuarta hipótesis, a excepción de la expresión de violencia verbal, los resultados muestran la existencia de diferencias significativas en la expresión de VFP física y global y en las variables asociadas a la salud mental entre un grupo de adolescentes que no ejercían violencia contra sus padres y el grupo clínico tras completar el tratamiento familiar. Dichos resultados sugieren que, a pesar de los cambios producidos en las dinámicas familiares, que se relacionan con el descenso de la violencia en el grupo clínico y con la percepción de mayor insatisfacción en las relaciones interpersonales ante la nueva situación de descenso de violencia, no parece ser suficiente para que los adolescentes que ejercieron VFP muestren la misma ausencia de niveles de VFP y salud mental que adolescentes que nunca han ejercido violencia contra sus padres. En este sentido, debemos de recordar que los adolescentes pertenecientes al grupo VFP no parte de la misma situación que los adolescentes no violentos tal y como ha sido constatado por estudios previos en los que previo a su inclusión en el tratamiento la violencia ejercida ya se asociaba de manera significativa con una mayor agresividad física, una menor cohesión familiar y un alto sentido de autoculpa del adolescente en relación al conflicto interparental (Zuñeda, Llamazares, Marañón y Vazquez, 2016). Además, ha de tomarse en consideración que los adolescentes del grupo clínico tiene una mayor sensibilización y capacidad de discriminación para identificar no sólo episodios de violencia, sino también de micro-violencia, así como encontrarse ante una situación de crisis personal y de identidad tras finalizar la intervención familiar. En este sentido, al igual que en otros tratamientos basados en la familia bien establecidos (Liddle, Rodriguez, Dakof, Kanzki y Marvel, 2005; Lock, J. y Le Grange; 2013), la inclusión de un espacio para intervenciones específicas centradas en el adolescente en el tratamiento familiar de la VFP sería necesario.

La principal implicación clínica de este estudio es que se constata por primera vez la utilidad y efectividad de una intervención psicoterapéutica y socio-educativa

familiar sistémica para el tratamiento de la VFP. La VFP tal y como ya ha sido apuntado anteriormente se relaciona directamente con el funcionamiento familiar y las relaciones que se establecen entre los miembros de la familia (Calvete et al., 2015; Ibabe y Bentler, 2016; Zuñeda et al., 2016) y por tanto un tratamiento basado en la familia se muestra de utilidad para su resolución.

Entre las principales limitaciones cabe destacar que la presente investigación no se trata de un ensayo controlado en el que los sujetos han sido aleatorizados a diferentes tratamientos. Sin embargo, se trata de un estudio representativo en el que se conservan las condiciones habituales de un servicio de terapia familiar adaptado a una casuística nueva y específica en el ámbito de la terapia familiar como es la VFP. Otra de las limitaciones se sitúa en que el resultado del tratamiento es evaluado únicamente a través de autoinformes. En este sentido, la utilización de medidas de observación del funcionamiento familiar y de los adolescentes complementarían los resultados obtenidos. Por otro lado, a pesar que el tamaño muestral total obtenido para llevar a cabo el estudio piloto no es pequeño tomando en consideración la novedad del estudio y la complejidad derivada de implementar un seguimiento longitudinal de un año de duración evaluando el efecto de tratamiento implementado, el tamaño muestral de los adolescentes que comenzaron a agredir a sus padres antes de comenzar la adolescencia es limitado. La versión utilizada para evaluar el resultado de la psicoterapia en la salud mental de los adolescentes debido al amplio rango de la muestra objeto de estudio y de obtenerse unos adecuados coeficientes de fiabilidad fue una medida que es utilizada en población adulta. Finalmente, desconocemos cuales son los resultados a lo largo del tiempo tras finalizar el tratamiento, si hay un mantenimiento de la ausencia del uso de violencia y/o si hay una mejoría en salud mental y funcionamiento social una vez que se han asentado los cambios realizados en el sistema familiar y que aún han de adaptarse los diferentes miembros de la familia.

Finalmente como aspectos positivos a resaltar, los resultados del presente estudio piloto aportan la primera validación empírica respecto a la utilidad y efectividad de la intervención socioeducativa y psicoterapéutica sistémico familiar en la VFP en un contexto real y ecológico en la práctica clínica. Estudios futuros serán útiles para comprobar el efecto del tratamiento familiar en el subsistema parental, así como el mantenimiento o no de los resultados a lo largo del tiempo. Además, la ausencia de una mejoría en salud mental de los adolescentes a pesar del descenso significativo en el uso de la violencia contra sus padres sugiere que el uso de otro tipo de intervenciones

psicológicas centradas en el adolescente puede ser de utilidad para tratar aspectos relacionados con el rol social, las relaciones interpersonales o los afectos. Igualmente, la ausencia de efectos significativos tras la intervención familiar en aquellos adolescentes que debutaron antes de la adolescencia sugiere la necesidad una más profunda evaluación de las características individuales y familiares para el diseño de un tratamiento que responda más efectivamente a las necesidades de estos adolescentes y familias.

### Referencias

- Alexander, J.F.; Pugh, C.; Parsons, B.; Sexton, T.L. *Functional family therapy*. In: Elliott, D., editor. *Blueprints for violence prevention series*. Boulder: Center for the Study and Prevention of Violence, Institute of Behavioral Science, University of Colorado; 2000.
- Breunlin, D.C. (1999). Toward a theory of constraints. *Journal of Marriage and Family Therapy*, 25(3): 365–382.
- Breunlin, D.C., Pinsof, W.M., Russell, W.P., & Lebow, J. (2011). Integrated Problem-Centered Metaframeworks Therapy: Core Concepts and Hypothesizing. *Family Process*, 50(3): 293–313.
- Caldwell, M., & Van Rybroeck, G. (2013). Effective treatment programs for violent adolescents: Programmatic challenges and promising features. *Aggression and Violent Behaviour*, 18, 571-578.
- Calvete, E., & Orue, I. (2011). The impact of violence exposure on aggressive behavior through social information processing in adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81, 38–50.
- Calvete, E., Orue, I. y Sampedro, R. (2011). Violencia filio-parental en la adolescencia. Características ambientales y personales. *Infancia y Aprendizaje: Journal for the Study of Education and Development*, 34(3), 349-363.
- Calvete, E., Orue, I., & Gámez-Guadix, M. (2015). Reciprocal longitudinal associations between substance use and child-to-parent violence in adolescents. *Journal of adolescence*, 44, 124-133.
- Calvete, E., Orue, I., Gámez-Guadix, M., & Bushman, B. J. (2015). Predictors of child-to-parent aggression: A 3-year longitudinal study. *Developmental psychology*, 51(5), 663.

- Calvete, E., Orue, I., Gomez-Guadix, M., Bushman, B. (2015). Predictors of child-to-parent aggression: a 3 year longitudinal study. *Developmental Psychology, 51*(5), 663-676.
- Castonguay, L.G. (2000). A common factors approach to psychotherapy training. *Journal of Psychotherapy Integration, 10*(3): 263–282.
- Chamberlain, P., & Mihalic, S. F. (1998). Blueprints for violence prevention, book eight: Multidimensional treatment foster care. *Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of Violence.*
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*, 155-159
- Cottrell, B. (2001). *Parent abuse: the abuse of parents by their teenage children.* Ottawa: Health Canada, Family Violence Prevention Unit.
- Epstein, N., Bishop, D., & Levin, S. (1978). The McMaster model of family functioning. *Journal of Marriage and Family Counseling, 4*, 19–31.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS* (Second Edition). London: Sage Publications.
- Henggeler, SW., & Borduin, CM. *Family therapy and beyond: A multisystemic approach to treating the behavior problems of children and adolescents.* Pacific Grove, CA: Brooks/Cole; 1990.
- Hogue, A., Dauber, S., Samuolis, J., & Liddle, H. A. (2006). Treatment techniques and outcomes in multidimensional family therapy for adolescent behavior problems. *Journal of Family Psychology, 20*(4), 535.
- Ibabe, I., & Bentler, P. M. (2015). The Contribution of Family Relationships to Child-to-Parent Violence. *Journal of Family Violence, 31*(2), 259-269.
- Ibabe, I., & Bentler, P. M. (2016). The Contribution of Family Relationships to Child-to-Parent Violence. *Journal of Family Violence, 31*(2), 259-269.
- Ibabe, I., Arnosó, A., & Elgorriaga, E. (2014). Behavioral problems and depressive symptomatology as predictors of child-to-parent violence. *The European journal of psychology applied to legal context, 6*(2), 53-61.
- Ibabe, I., Arnosó, A., & Elgorriaga, E. (2014). Behavioral problems and depressive symptomatology as predictors of child-to-parent violence. *The European journal of psychology applied to legal context, 6*(2), 53-61.
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 3*, 249 –258.

- Lambert, M. J., Morton, J. J., Hatfield, D. R., Harmon, C., Hamilton, S., Shimokawa, K., & Burlingame, G. M. (2004). *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire (OQ-45.2)* (3rd ed.). Wilmington, DE: American Professional Credentialing Services, LLC.
- Lazarus, A.A., & Beutler, L.E. (1993). On technical eclecticism. *Journal of Counseling & Development*, 71(4): 381–385.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Quille, T. J., Dakof, G. A., Mills, D. S., Sakran, E., & Biaggi, H. (2002). Transporting a research-based adolescent drug treatment into practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(4), 231-243.
- Liddle, HA.; Rodriguez, RA.; Dakof, GA.; Kanzki, E.; Marvel, FA. *Multidimensional family therapy: A science-based treatment for adolescent drug abuse*. In: Lebow, J., editor. *Handbook of clinical family therapy*. Wiley; New York: 2005. p. 128-163.
- Lock, J., & le Grange (2013). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*. New York: Guilford Press.
- Paterson, R., Luntz, H., Perlesz, A., & Cotton, S. (2002). Adolescent violence towards parents: Maintaining family connections when the going gets tough. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 23, 90-100.
- Sempere, M Losa, B Pérez, M Esteve, G. y Cerdá, M (2006) *.Estudio cualitativo de menores y jóvenes con medidas de internamiento por delitos de violencia intrafamiliar*. Centro de estudios Jurídicos y formación especializada. Departamento de Justicia. Generalitat de Catalunya.
- Straus, M A., Hamby.S.L, Finkelhor, D., Moore, D. W. y Runyan, D. (1998). Identification of Child Maltreatment with The Parent-Child Conflict Tactics Scales (CTSPC): Development and Psychometric Data for a National Sample of American Parents. *Child Abuse y Neglect*, 22(4), 249–270.
- Straus, M. y Fauchier, A. (2008). The International Parenting Study. Consultado el 10 de enero de 2010, de <http://pubpages.unh.edu/~mas2/IPS.htm>
- Szapocznik, J., Hervis, O., & Schwartz, S. (2003). *Therapy Manuals for Drug Addiction Brief Strategic Family Therapy for Adolescent Drug Abuse*. NIH Publication No 03–4751.
- Von Bergen A, De la Parra G. (2002). OQ-45.2 cuestionario para evaluación de resultados y evaluación en Psicoterapia: adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Revista Terapia Psicológica*, 20(2), 161-176.



- Von Bertalanffy, L. (1968). *General systems theory: Foundations, development, applications*. New York, NY: Braziller.
- Zuñeda, A., Llamazares, A., Marañón, D. y Vazquez, G. (in press). Características individuales y familiares de los adolescentes en violencia filio-parental: la agresividad física, la cohesión familiar y el conflicto interparental como variables explicativas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*.