

# Relaciones familiares, sus problemas ¿cómo abordarlos?

**G. Pírez Mora.** Doctor en Medicina. Psiquiatra infantil y del adolescente del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Psicoterapeuta y terapeuta familiar acreditado (FEAP y FEATF respectivamente). Profesor asociado de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

**Fecha de recepción:** 20-12-2022

**Fecha de publicación:** 28-02-2023

Adolescere 2023; XI (1): 16-24

## Resumen

La adolescencia es un periodo vital caracterizado por las dificultades en las relaciones interpersonales. La familia no es ajeno a ello, y habitualmente surgen conflictos relacionales entre los miembros del sistema familiar. La terapia familiar pretende intervenir desde un enfoque psicoterapéutico para restablecer dinámicas funcionales de interacción entre los diversos integrantes del sistema. Conocer y entender la adolescencia, los diferentes estilos de interacción familiar y la eficacia de la terapia familiar, nos ayudará a poder entender la utilidad de la misma.

**Palabras clave:** *Adolescencia; Parentalidad; Alteración conductual; Terapia familiar.*

## Abstract

Adolescence is a period of life characterised by difficulties in interpersonal relationships. The family is not out of this, and relational conflicts usually arise between the members of the family system. Family therapy aims to help from a psychotherapeutic approach to re-establish functional dynamics of interaction between the various members of the system. Knowing and understanding adolescence, family interaction styles and the effectiveness of family therapy will help us understand its usefulness.

**Key words:** *Adolescence; Parenting; Behaviour disturbance; Family therapy.*

A pesar de ser la adolescencia un periodo vital caracterizado en algunos casos por cierto grado inestabilidad emocional, no siempre conlleva trastornos familiares

En la adolescencia, la familia pasa a un segundo plano, en detrimento del grupo de iguales, quienes se convierten en el patrón de referencia del adolescente

## Aspectos básicos de la adolescencia

En muchas ocasiones, tanto los profesionales sanitarios como los propios progenitores, consideramos que la adolescencia es una etapa caracterizada por la inestabilidad emocional y los consecuentes trastornos que esta ocasiona. Ciertamente existen una serie de factores condicionantes y precipitantes que pueden facilitar esta cognición, pero no es cierto que esto sea un fenómeno universal<sup>(1,2)</sup>.

Mantener esta concepción irreal y generalizadora sesgará nuestras intervenciones, tanto en el plano profesional como en el plano familiar<sup>(2)</sup>.

Las personas de referencia de los adolescentes cambian en esta etapa de la vida. Mientras que en la infancia los padres eran el patrón de referencia, conforme se inicia la adolescencia la familia pasará de forma progresiva e inevitable a un segundo plano. El grupo de iguales adquiere una enorme relevancia en la primera adolescencia, cumpliendo funciones nucleares en el desarrollo del adolescente. En primer lugar, se erige como el entorno en el que los jóvenes aprenderán destrezas básicas para la interacción social, será el campo de entrenamiento para entablar relaciones amistosas e íntimas al inicio de la vida adulta. En segundo lugar, se inicia el proceso

de autodefinición y diferenciación con respecto a sus padres mediante la identificación con sus iguales. Finalmente, el grupo de iguales se convierte en un objeto transicional y facilitador del inevitable proceso de individuación con respecto a la familia de origen. Es decir, las amistades pasan a convertirse en una “familia sustituta” a la familia de origen.

Por su parte, los padres pueden llegar a sentirse amenazados por este distanciamiento con su hijo adolescente, quien tiene una nueva necesidad de privacidad. Si los padres no son capaces de manejar adecuadamente sus emociones y se dejan invadir por el temor, pueden atosigar inconscientemente al adolescente, lo que provocará instantánea e inevitablemente una reacción negativa: el adolescente se distanciará todavía más y más rápidamente para escapar del fallido intento de control parental.

Por otra parte, nadie somos ajenos a que los adolescentes más jóvenes tienden a ensimismarse de forma notable, centrando toda su atención consciente o inconscientemente en sí mismos. Ejemplo de este **“egocentrismo adolescente”** aparecen dos conceptos muy interesantes: la <<audiencia imaginaria>> y la <<fábula personal>><sup>(3)</sup>.

- La <<audiencia imaginaria>> es un tipo de distorsión cognitiva de la propia identidad en la que los adolescentes de menor edad tienden a imaginar que son el principal foco de atención de los demás. Así sienten que están permanentemente “en escena” y que todo el mundo centra su atención en ellos. Por ejemplo: un chico con acné incipiente puede llegar a dejar de asistir a una fiesta porque mantiene la convicción de que todos se percatarán del grano que le acaba de salir en la cara<sup>(3,4)</sup>.
- La <<fábula personal>> es otro tipo de distorsión cognitiva que deriva de la audiencia imaginaria. En este caso se presenta una convicción de que las experiencias propias (sus sentimientos y emociones) son singulares y únicas. Por este motivo están convencidos de que nadie es capaz de entenderlos. A menudo creen que sus vivencias son más intensas y terribles que las de los demás. Una manifestación de esta actitud es el sentirse “invulnerable”, no percibiéndose el riesgo potencial de conductas peligrosas, creándose una propensión a la toma de riesgos. Por ejemplo: un joven se desplazará en bicicleta por la noche por carretera y sin luces, a pesar que sabe que sí es peligroso, ya que cree que nada le puede pasar<sup>(3)</sup>.

Gracias a estos breves conceptos dispondremos de un marco teórico útil para poder comprender adecuadamente el sustrato sobre el que se gesta la conducta disfuncional de los adolescentes en el seno familiar.

## Estilos de interacción adolescente problemático vs progenitores

Luis Santiago Almazán (terapeuta familiar) describe dos dimensiones que en base a su experiencia resultan ser fundamentales para poder entender los habituales conflictos generados entre los progenitores y el hijo adolescente problemático<sup>(5)</sup>. La primera dimensión a analizar es la dimensión **Exigencia versus Permisividad**. En el polo de la exigencia se observan conductas de los progenitores principalmente dirigidas a controlar, exigir, imponer y castigar. En contraposición, el polo opuesto se rige por conductas permisivas, sin imposiciones y caracterizadas por una pauta permanente de “*Laissez faire*” (dejar hacer).

La segunda dimensión se rige por el **Apego versus Desapego**. En el polo del apego se observa una cercanía emocional excesiva. El nivel de percepción por parte de los progenitores es tan desmedido, que los sucesos que experimenta o padece el hijo es como si le pasara al progenitor; cualquier evento que le suceda al hijo les afecta excesivamente a los progenitores. En el polo contrario, los progenitores se sitúan emocionalmente muy distanciados de su hijo; existe una incapacidad para empatizar con las experiencias del menor, por lo que los padres no serán capaces de “ponerse en la piel del hijo” debido a dicha nula capacidad para conectar con él/ella.

Mediante el gráfico (Fig.1) observaremos cómo resultan los cuatro diferentes tipos de progenitores en su relación con los hijos, en dependencia de las respectivas combinaciones de ambas dimensiones en un eje de coordenadas<sup>(5)</sup>:

La audiencia imaginaria y la fábula personal son dos tipos de distorsiones cognitivas, ambas aparecen con cierta frecuencia en la adolescencia

La fábula personal puede conllevar en algunas ocasiones al joven a asumir riesgos innecesarios por una falsa sensación de invulnerabilidad

El punto objetivo e ideal (en ocasiones difícil de alcanzar) es el equilibrio entre las dimensiones “Exigencia Vs. Permisividad” y “Apego Vs. Desapego”

# Respuestas de los progenitores frente al adolescente problemático

La normalización o incluso la minimización de las conductas disfuncionales del adolescente puede (y suele) conllevar consecuencias perjudiciales al sistema familiar

Si los padres de un adolescente consideran la irritabilidad, los episodios de tristeza y llanto y las alteraciones conductuales puntuales como una situación contextualizada dentro de la época del desarrollo en que se encuentra su hijo, es muy probable que tiendan a minimizar o incluso normalizar dicho comportamiento. En la mayoría de los casos el perjuicio más evidente es que se estará negando una realidad que probablemente sea realmente patológica. De esta forma se está subestimando la gravedad de un trastorno, confundiendo un comportamiento problemático con una situación que ha sido considerada como supuestamente “normal” desde el punto de vista evolutivo. Es en esta situación cuando tanto los progenitores del menor, como los propios profesionales estaremos negando un trastorno real, y no interviniendo cuando el adolescente realmente sí necesita de nuestra atención y ayuda, cronificándose la situación patológica.

En el mismo polo de la normalización (o incluso negación), pero con una consecuencia totalmente diferente, se puede llegar incluso a agravar la disfuncionalidad si el menor considera que no se está atendiendo a su necesidad. Es en este caso cuando el adolescente comenzará a presentar **conductas cada vez más disruptivas como reclamo** a la ausencia de atención por parte de sus progenitores. De esta forma se está fomentando de forma inconsciente una dinámica perversa que se retroalimenta de una forma casi exponencial: conforme se incrementa la sensación de vacío por parte del joven, cada vez serán más frecuentes y más intensas las alteraciones conductuales del menor con la única finalidad de reclamar la atención de sus progenitores.

Finalmente, si analizamos esta tendencia a la “normalización” pero por parte de los progenitores, estos tenderán a considerar a su hijo adolescente como “descontrolado por naturaleza”, por lo que el estilo educativo de los progenitores tenderá a hipertrofiar cada vez más la disciplina, las normas y los castigos. Así, cualquier comunicación entre ambas partes se regirá por este patrón normativo-restrictivo. Finalmente, esta dinámica se cronificará creando un flujo de comunicación que se centrará única y exclusivamente en lo punitivo: los padres sólo se comunicarán con su hijo para recriminarle al menor las alteraciones conductuales e imponerle el consecuente castigo, y el menor acabará asociando que esta es la única forma de interacción posible con sus padres. Así se crearán constantes **“luchas de poder”** entre ambos “bandos”.

## El ciclo sintomático

Una de las hipótesis fundamentales sobre las que pivota la terapia familiar es que la familia desempeña un papel fundamental sobre los síntomas disruptivos del menor, tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de los mismos<sup>(3)</sup>.

La terapia familiar pretende interrumpir la conducta disfuncional (síntoma) inculcando en los integrantes del sistema familiar nuevas formas de interacción entre todos los miembros del mismo. Evidentemente, este tipo de intervención también refuerza la eficacia de los tratamientos biológicos.

La tesis central de Micucci es que los síntomas familiares surgen en un contexto de aislamiento interpersonal, caracterizado por la aceptación condicional y los intentos por controlar al otro.

Habitualmente se produce un gran “distanciamiento afectivo” entre el adolescente problemático y sus progenitores cuando el menor presenta una alteración conductual. Esto conlleva una “no aceptación” por parte de los adultos hacia su hijo adolescente, además también aparece un “excesivo control” de los padres hacia las conductas del “hijo problemático”.

Durante este proceso, los progenitores focalizan su atención y sus esfuerzos en intentar eliminar o controlar los síntomas de su hijo debido al elevado nivel de preocupación que tal conducta sintomática suscita en ellos. Indirecta e inconscientemente, esto los lleva a pasar por alto otros aspectos importantes de la relación que mantienen entre sí. De este modo, las relaciones familiares entre todos los integrantes del sistema familiar se van deteriorando de forma progresiva e irreversible si no se interviene adecuadamente. Evidentemente, el adolescente problemático también se siente cada vez más rechazado por sus progenitores y aislado dentro del sistema familiar<sup>(3)</sup>.

Veamos el siguiente ejemplo: un adolescente empieza a tener estallidos de cólera, y consecuentemente sus progenitores se preocupan hasta tal punto que comienzan a descuidar otras relaciones del sistema (tanto las que mantienen entre sí como las que tienen con sus otros hijos). De forma inversamente proporcional, cuanto más atención dediquen a intentar controlar la conducta disfuncional de su hijo, menor interés prestarán a sus cualidades positivas (el ingenio, la inteligencia o la sensibilidad). A raíz de esta “miopía atencional”, dichas cualidades positivas comenzarán a difuminarse, reforzándose así la concepción del adolescente como “el problema”. El sentimiento del hijo, así concebido como “problemático”, incrementará su sensación de ser incomprendido por su familia y así se aislará más de ella. (Figura 2).

## Terapia familiar

La terapia familiar es un tipo de intervención psicoterapéutica que se centra de forma explícita en intentar modificar y reformular las interacciones alteradas entre los distintos miembros de la familia, buscando una mejora en el funcionamiento relacional del sistema familiar<sup>(6)</sup>.

Concibe la dinámica disfuncional dentro de un sistema y no así a nivel individual, desligándose del enfoque tradicional del individuo problemático.

La interacción entre los diferentes individuos del sistema entre ellos, así como de ellos con el propio sistema está ampliamente demostrado<sup>(7-11)</sup>. Es por este motivo que la terapia familiar no sólo se dirige al joven a nivel individual, sino también al sistema que rodea al individuo (sistema familiar)<sup>(6)</sup>.

De forma indirecta, también puede buscar conseguir algún otro cambio en el funcionamiento de los diferentes individuos de la familia, pero siempre contextualizándolos dentro del sistema familiar con entidad única.

Gracias a esta intrincada interconexión entre individuos y sistema, la terapia familiar no sólo afecta positivamente al adolescente, sino también a la familia (mejorando la cohesión del sistema familiar)<sup>(12)</sup>.

La intervención con jóvenes y adolescentes problemáticos se centra principalmente en **romper la dinámica previamente explicada**. El método para conseguir alcanzar este objetivo es a través del restablecimiento de las relaciones familiares satisfactorias previas.

Los médicos y en general, la mayoría de profesionales sanitarios estamos habituados a aplicar una metodología de trabajo centrada en los problemas y sus correspondientes soluciones. De esta forma, nuestro objetivo es encontrar la causa (etiología) de una situación problemática (enfermedad) para así poder aplicar el mejor remedio posible (tratamiento). Según este esquema de trabajo, nuestra tendencia irá orientada de forma unidireccional a intentar controlar el síntoma (al menor problemático) sin percatarnos de la disfuncionalidad del entorno (sistema familiar) en el que se desenvuelve el menor.

En las intervenciones de terapia familiar con familias de adolescentes rebeldes, se intenta “luchar” contra este patrón de intervención, “resistiendo” al deseo de control que nace tanto de los solicitantes (familia) como del propio profesional.

La labor del terapeuta familiar será la de ir “más allá del síntoma” (independientemente de la gravedad del mismo). Esto en ningún caso implicaría dejar de prestar atención a la conducta sintomática del adolescente. El objetivo del terapeuta será centrarse en la detección y análisis de los patrones de interacción subyacentes a nivel del sistema familiar, tratando de que la familia sea capaz de sustituirlos por nuevas formas de interacción más fisiológicas y saludables para el sistema.

## Tipos de conductas problemáticas e intervenciones

A continuación vamos a clasificar y ejemplificar distintos tipos de conductas problemáticas en función de su gravedad, para explicar seguidamente qué tipos de intervenciones serían las más adecuadas.

**El objetivo fundamental de la Terapia Familiar es intervenir dentro del sistema familiar para intentar reinstaurar dinámicas de interacción no patológicas entre los miembros de dicho sistema**

### Conducta problemática leve

En la conducta problemática leve el terapeuta centrará su esfuerzo en ayudar a la familia a resolver mejor los conflictos relacionados con la conducta disfuncional del adolescente

En este tipo de situaciones los adolescentes intentan transgredir los límites o se muestran irrespetuosos (verbalmente, nunca físicamente) con sus progenitores. A pesar de ello, no es un patrón mantenido e irreductible; el patrón predominante de conducta del adolescente es la obediencia y la sociabilización, con episodios puntuales de disfuncionalidad. Nunca se muestran físicamente violentos contra la propiedad o las personas.

En estos casos el terapeuta centrará su esfuerzo en ayudar a la familia a resolver mejor los conflictos relacionados con la conducta disfuncional del adolescente. Desfocalizar la conducta problemática y destacar todo lo que la familia hace bien, serán dos piedras angulares de las intervenciones del terapeuta familiar, quien contextualizará la situación en las transiciones evolutivas a las que se enfrenta la familia.

A diferencia de otras conductas, en estos casos el terapeuta no focalizará su atención en fortalecer la jerarquía parental, ya que de este modo podría poner en peligro la estabilidad del sistema. Correría el riesgo de minimizar los puntos fuertes ya existentes de los diversos integrantes de la familia.

### Conducta problemática moderada

En la conducta problemática moderada la familia está "intoxicada" por la ira y la frustración que genera dicha situación en todos los integrantes de la familia. Es frecuente que se produzcan discusiones y enfrentamientos de todos contra todos manteniéndose la conducta del adolescente como foco principal de las discusiones

La intensidad de las alteraciones conductuales se incrementa, manteniéndose un patrón de "rebeldía" más persistente en ciertas áreas. Circunstancias tales como el consumo de alcohol u otras drogas de forma frecuente, actitudes sexuales promiscuas, disminución drástica del rendimiento escolar, o frecuentes discusiones con los miembros de la familia (en las que se incluyen insultos y amenazas) son un fiel reflejo de este apartado.

A pesar de todo lo referido, siguen sin producirse agresiones físicas a ningún miembro del sistema familiar, y en el caso de haberse producido algún problema con la ley, este sería de escasa importancia.

En este contexto, evidentemente las interacciones entre los distintos integrantes del sistema familiar están condicionadas y "teñidas" por la conducta problemática. La familia está "intoxicada" por la ira y la frustración que genera dicha situación en todos los integrantes de la familia. Así, es muy frecuente que se produzcan frecuentes discusiones y enfrentamientos de todos contra todos manteniéndose la conducta del adolescente como foco principal de las discusiones.

Conviene tener en consideración el rol de autoridad de los progenitores: en numerosas ocasiones perciben como intrusos a agentes externos, llegando a sentirse cuestionados en el caso de que dichos intervinientes sí sean eficaces en su labor de contención. Esta situación de éxito externo puede reforzar el sentimiento previo de fracaso en su rol parental.

En toda esta tesitura, el terapeuta deberá tener en consideración a todos los integrantes del sistema familiar, considerando sus fortalezas y debilidades, haciéndoles partícipes directos de la solución de la conducta problemática, y asignándoles un rol claramente definido en esta tarea sistémica. El sentimiento de abandono experimentado por el hijo identificado como problemático, así como la frustración de los padres, serán percepciones que no deben pasar desapercibidas al terapeuta familiar.

Una vez consideradas estas premisas, el esfuerzo del terapeuta irá orientado hacia la reconstrucción de las relaciones familiares. Deberá sustituirse la dinámica previa de intentos reiterativos fallidos de control por parte de los padres hacia el hijo, por una reintroducción paulatina de nuevos imputs relacionales entre los progenitores frustrados y el menor "problemático". El terapeuta demostrará *in vivo* en las sucesivas sesiones, así como a través de las tareas asignadas entre las respectivas sesiones, que una nueva dinámica sí es posible entre ambos "bandos". Abandonar la tendencia natural e inconsciente en la que los padres reforzaban su respuesta controladora ante los actos desafiantes del menor será una tarea ardua, pero factible. Los progenitores abandonarán progresivamente la convicción de que la única respuesta teóricamente eficaz a las conductas problemáticas de su hijo sea la imposición de límites más firmes, abrazando cada vez con más fuerza nuevos enfoques más empáticos y conciliadores.

En algunos casos incluso se puede haber cronificado tanto la dinámica que finalmente los padres del adolescente han claudicado en su función parental. Estos se han resignado y han abandonado su responsabilidad.

Principalmente en este segundo caso (claudicación en la imposición de límites), lo más probable es que el adolescente acabe alejándose del sistema familiar, y refugiándose en algún grupo de iguales cuya característica principal en común es que también estén padeciendo una situación vivencial similar.

## Conducta problemática grave

En este apartado se incluyen aquellas alteraciones de la conducta en las que la posibilidad de serios peligros tanto para el adolescente como para alguno de sus familiares esté presente. Fugas domiciliarias, consumo frecuente de drogas, robos de importante cuantía o con violencia, problemas legales o agresiones físicas hacia alguno de los miembros de la familia. En este tipo de casos, los adultos suelen tener la percepción de que al adolescente parece no importarle las consecuencias de sus actos.

Cuando se invita al menor a asistir a las sesiones de terapia, este se negará. La única forma de que acceda, suele ser mediante la obligación, y en este contexto el nivel de participación suele ser nulo. En algunos casos, los adolescentes llegan incluso a intentar boicotear las sesiones con faltas de respeto hacia sus progenitores o incluso hacia el propio terapeuta familiar.

Los padres, que se encuentran emocionalmente desbordados, habitualmente sienten impotencia por no haber sabido reconducir la conducta disfuncional de su hijo. En algunas ocasiones el nivel de preocupación es tan elevado, que les invade un sentimiento de derrota e incluso pueden llegar a claudicar en sus funciones parentales.

No resulta extraño que en dicho nivel de intensidad los padres del menor se sientan “amenazados” por el mismo, temiendo una potencial represalia del mismo hacia ellos. Así serán capaces de hacer cualquier acción (o sencillamente no hacer nada) con el único objetivo de evitar el conflicto y las posibles repercusiones. Al adoptar esta postura pasiva, están renunciando a ejercer su autoridad parental.

## Eficacia de la terapia familiar

Varios autores confirman que la terapia familiar e intervenciones basadas en el núcleo familiar sí se consideran tratamientos basados en la evidencia para niños y adolescentes con trastornos externalizantes<sup>(13,14)</sup>.

Existe un creciente interés en evaluar económicamente este tipo de intervenciones, ya que a menudo son consideradas como poco “rentables” desde un análisis coste-efectividad ya que son intensivas (consisten en un número relativamente alto de sesiones) y su precio es elevado<sup>(15-17)</sup>.

Por ello, resulta necesario realizar evaluaciones económicas para valorar si los efectos adicionales obtenidos mediante la terapia basada en la familia en comparación con los tratamientos alternativos justifica los costes adicionales<sup>(6)</sup>.

Morgan et al. describieron ocho estudios que analizaban la rentabilidad de los tratamientos basados en la familia para adolescentes que abusan de sustancias y concluyeron que algunos de estos tratamientos podrían considerarse rentables<sup>(18)</sup>.

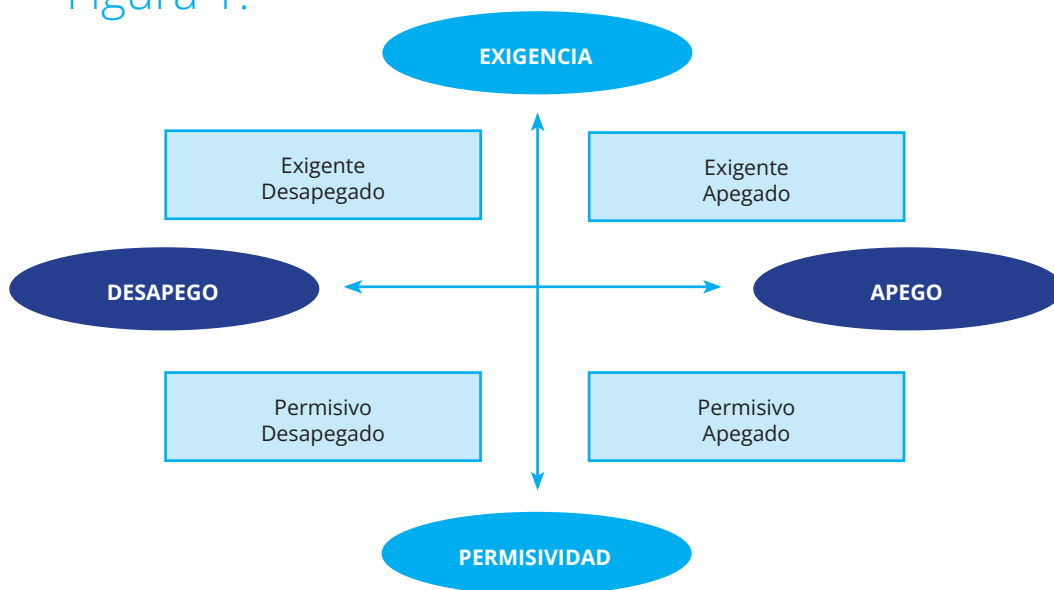
Recientemente, Von Sydow et al. realizaron una revisión sistemática sobre la eficacia de la terapia familiar para el tratamiento de niños y adolescentes que tienen trastornos externalizantes. Su estudio incluía numerosos tipos de alteraciones de la conducta, incluyéndose trastornos como el abuso de sustancias, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno de la conducta y los síntomas de delincuencia. Concluyeron que sí hay pruebas sólidas de que la terapia basada en la familia es eficaz, con tamaños de efecto particularmente grandes para las medidas de conductas delictivas y el abuso de sustancias<sup>(13)</sup>.

**La conducta problemática grave plantea serios peligros tanto para el adolescente como para alguno de sus familiares. Fugas domiciliarias, consumo de drogas, robos de importante cuantía o con violencia, problemas legales o agresiones físicas**

**La Terapia Familiar ha demostrado con creces su notable nivel de eficacia en general, y más concretamente para el tratamiento de conductas delictivas y el abuso de sustancias**

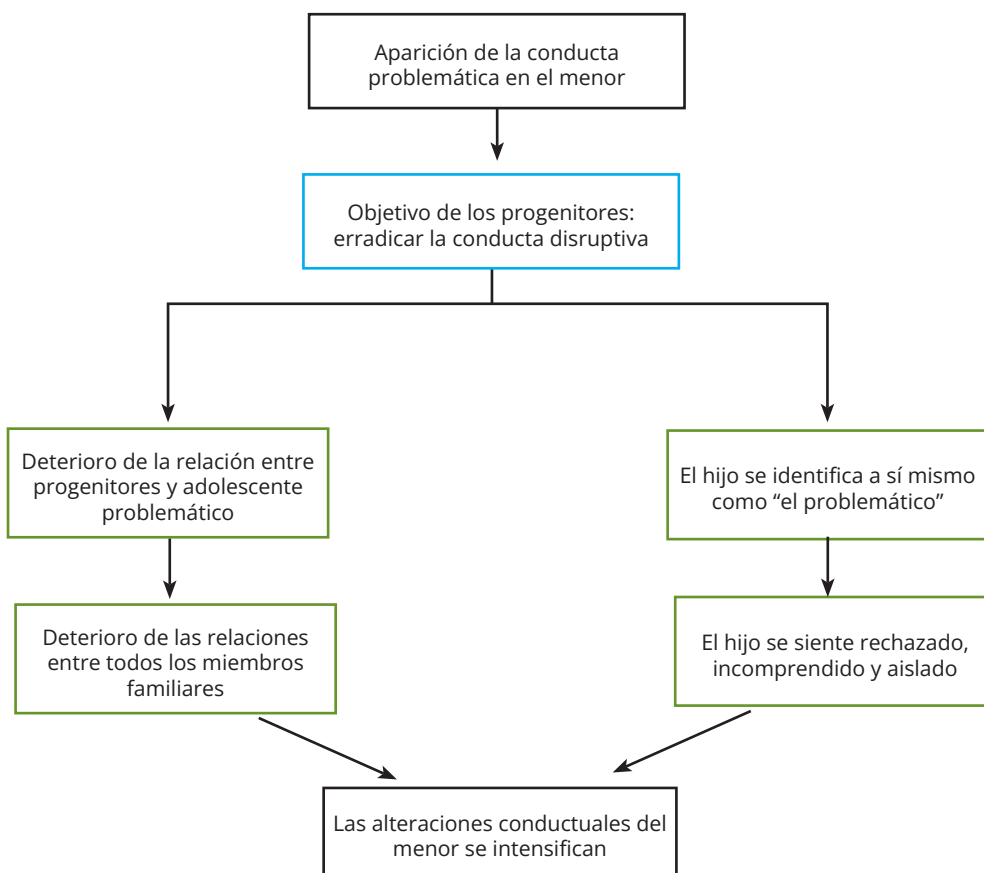
## Tablas y figuras

Figura 1.



Fuente: Santiago Almazán L. *Intervención con familias de adolescentes problemáticos*. Centro Kine, 2008.

Figura 2.



Fuente: Santiago Almazán L. *Intervención con familias de adolescentes problemáticos*. Centro Kine, 2008.

## Bibliografía

1. Eddy LS. Trastornos del comportamiento. *Adolescere* 2020;VIII(1):28-38.
2. Rodríguez Molinero L, Imaz Roncero C. Agresividad y conducta violenta en la adolescencia. *Adolescere* 2020;VIII(1):62.e1-62.e9.
3. Micucci JA. *El adolescente en la terapia familiar: cómo romper el ciclo del conflicto y el control*. Amorrortu Editores España SL, 2005.
4. Berk LE (2006). *Child Development*, 7th edition. Boston, MA: Pearson Education, Inc.
5. Santiago Almazán L. *Intervención con familias de adolescentes problemáticos*. Centro Kine, 2008.
6. Goorden M, Schawo SJ, Bouwmans-Frijters CAM, van der Schee E, Hendriks V, Hakkaart-van Roijen L. The cost-effectiveness of family/ family-based therapy for treatment of externalizing disorders, substance use disorders and delinquency: a systematic review. *BMC Psychiatry* (2016) 16:237.
7. Broman CL, Reckase MD, Freedman-Doan CR. The role of parenting in drug use among black, Latino and white adolescents. *J Ethn Subst Abuse*. 2006; 5(1):39-50.
8. Choquet M, Hassler C, Morin D, Falissard B, Chau N. Perceived parenting styles and tobacco, alcohol and cannabis use among French adolescents: gender and family structure differentials. *Alcohol Alcohol*. 2008;43(1):73-80.
9. Hoeve M, Dubas JS, Gerris JR, van der Laan PH, Smeenk W. Maternal and paternal parenting styles: unique and combined links to adolescent and early adult delinquency. *J Adolesc*. 2011;34(5):813-27.
10. Kristjansson AL, Sigfusdottir ID, Allegrante JP. Adolescent substance use and peer use: a multilevel analysis of cross-sectional population data. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2013;8:27.
11. Curcio AL, Mak AS, George AM. Do adolescent delinquency and problem drinking share psychosocial risk factors? A literature review. *Addict Behav*. 2013;38(4):2003-13.
12. Liddle HA, Rowe CL, Dakof GA, Ungaro RA, Henderson CE. Early intervention for adolescent substance abuse: pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. *J Psychoactive Drugs*. 2004;36(1):49-63.
13. von Sydow K, Retzlaff R, Beher S, Haun MW, Schweitzer J. The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: a systematic review of 47 RCT. *Fam Process*. 2013;52(4):576-618.
14. Baldwin SA, Christian S, Berkeljon A, Shadish WR. The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: a meta-analysis. *J Marital Fam Ther*. 2012;38(1):281-304.
15. Hendriks VM, Schee E, Blanken P. Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands. *Drug Alcohol Depend*. 2011;119(1-2):64-71.
16. Van der Stouwe T, Asscher JJ, Stams GJ, Dekovic M, van der Laan PH. The effectiveness of Multisystemic Therapy (MST): a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2014;34(6):468-81.
17. Darnell AJ, Schuler MS. Quasi-experimental study of functional family therapy effectiveness for juvenile justice aftercare in a racially and ethnically diverse community sample. *Child Youth Serv Rev*. 2015;50:75-82.
18. Morgan TB, Crane DR. Cost-effectiveness of family-based substance abuse treatment. *J Marital Fam Ther*. 2010;36(4):486-98.

## Bibliografía recomendada

- Micucci JA. *El adolescente en la Terapia Familiar: cómo romper el ciclo del conflicto y el control*. Amorrortu Editores España SL, 2005.
- Fishman H. *Tratamiento de adolescentes con problemas*. Ed. Paidós, 1990.
- Santiago Almazán L. *Intervención con familias de adolescentes problemáticos*. Centro Kine, 2008.
- Haley J. *Trastornos de la emancipación juvenil y Terapia Familiar*. Ed. Amorrortu, 1985.



# PREGUNTAS TIPO TEST

- 1. Señala la respuesta VERDADERA en referencia a la fábula personal:**
  - a) Es una distorsión emotiva.
  - b) La audiencia imaginaria es una consecuencia de la fábula personal.
  - c) Los niños piensan en sí mismos como el centro de atención, creyendo que esto es cierto porque ellos son especiales y únicos.
  - d) Puede dar lugar a un sentido de invulnerabilidad y singularidad, tendiendo así hacia posibles conductas de riesgo.
  - e) Ninguna es correcta.
  
- 2. ¿Cuál de las siguientes frases es FALSA en referencia a la adolescencia?**
  - a) El grupo de iguales sustituye a los progenitores como personas de referencia.
  - b) Pueden aumentar las conductas de riesgo y la experimentación.
  - c) El grupo de iguales no facilita la individuación.
  - d) Es un periodo marcado por la autodefinición y la diferenciación respecto a la familia de origen.
  - e) La adolescencia es la etapa de la vida más permeable a los cambios de su entorno.
  
- 3. ¿Cuál de las siguientes frases es VERDADERA?**
  - a) Todos los adolescentes se rigen por el mismo patrón: inestabilidad emocional.
  - b) Se da más importancia a la opinión de la familia que a la del grupo de iguales.
  - c) La audiencia imaginaria y la fábula personal son dos distorsiones cognitivas atípicas.
  - d) Algunos adolescentes pueden tener la sensación de que sus padres “pasen” de ellos, sin ser esto cierto.
  - e) Todas son correctas.
  
- 4. ¿Cuál de las siguientes frases es FALSA?**
  - a) Es frecuente que algunos padres intenten desesperadamente controlar a su hijo al sentirse amenazados por la necesidad de privacidad del adolescente.
  - b) Si los progenitores normalizan en exceso las alteraciones conductuales del adolescente, se puede llegar a minimizar un trastorno real.
  - c) En otros casos de normalización, es muy poco probable que el adolescente pueda llegar incluso a intensificar las alteraciones de conducta, como reclamo de atención.
  - d) La normalización de las conductas disruptivas puede conllevar incluso “luchas de poder” entre padres e hijo.
  - e) Todas son falsas.
  
- 5. ¿Cuál de los siguientes NO es un concepto que corresponda a las dos dimensiones postuladas por Luis Santiago Almazán?**
  - a) Exigencia.
  - b) Permisividad.
  - c) Apego.
  - d) Control.
  - e) Desapego.

Respuestas en la página 113