

University of Texas Rio Grande Valley

ScholarWorks @ UTRGV

Psychological Science Faculty Publications and Presentations

College of Liberal Arts

11-2019

Efecto de la terapia familiar sistémica sobre síntomas internalizantes y externalizantes en adolescentes

Gabriel Davalos-Picazo

Juan Pedro Núñez-Partido

Julio César Vázquez Colunga

Cecilia Colunga-Rodríguez
Universidad de Guadalajara

Mario Angel Gonzalez

See next page for additional authors

Follow this and additional works at: https://scholarworks.utrgv.edu/psy_fac



Part of the [Psychology Commons](#)

Recommended Citation

Davalos-Picazo, G., Núñez-Partido, J., Colunga, J. V., Colunga-Rodríguez, C., Gonzalez, M., Pedroza-Cabrera, F., Mercado, A., Vazquez-Juarez, C., & Gomez-Perez, M. (2019). Efecto de la terapia familiar sistémica sobre síntomas internalizantes y externalizantes en adolescentes. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(4), 429–438. <https://doi.org/10.24205/03276716.2019.1124>

This Article is brought to you for free and open access by the College of Liberal Arts at ScholarWorks @ UTRGV. It has been accepted for inclusion in Psychological Science Faculty Publications and Presentations by an authorized administrator of ScholarWorks @ UTRGV. For more information, please contact justin.white@utrgv.edu, william.flores01@utrgv.edu.

Authors

Gabriel Davalos-Picazo, Juan Pedro Núñez-Partido, Julio César Vázquez Colunga, Cecilia Colunga-Rodríguez, Mario Angel Gonzalez, Francisco Javier Pedroza-Cabrera, Alfonso Mercado, Claudia Liliana Vazquez-Juarez, and Maria Angela Gomez-Perez

EFECTO DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA SOBRE SÍNTOMAS INTERNALIZANTES Y EXTERNALIZANTES EN ADOLESCENTES

EFFECT OF SYSTEMIC FAMILY THERAPY ON INTERNALIZING AND EXTERNALIZING SYMPTOMS IN ADOLESCENTS

Gabriel Dávalos-Picazo¹, Juan Pedro Núñez-Partido², Julio César Vázquez-Colunga³, Cecilia Colunga-Rodríguez^{3,4}, Mario Ángel-González³, Francisco Javier Pedroza-Cabrera⁵, Alfonso Mercado⁶, Claudia Liliana Vázquez-Juárez^{3,7} y María Ángela Gómez-Pérez³

Resumen

El presente artículo tiene como objetivo comprobar el efecto de la terapia familiar sistémica sobre la sintomatología de factores internalizantes y externalizantes en adolescentes. En esta investigación han participado 109 adolescentes de los cuales 56% eran hombres y 54% mujeres, con una media de edad de 15,1 años. La terapia familiar sistémica, en las condiciones en las que ha sido aplicada, ha tenido un efecto estadísticamente significativo y clínicamente relevante. La frecuencia de éxito atribuible al tratamiento ha sido de un 46% en el factor Internalizante, un 43% en el Externalizante, un 60% en Quejas Somáticas, un 43% en Ansiedad/Depresión y un 55% en Conducta Agresiva. Estos resultados contribuyen en la necesidad de alinear este tipo de intervención de la salud con el ambiente escolar en adolescentes.

Palabras clave: Eficacia, terapia familiar sistémica, adolescentes, sintomatología internalizante y externalizante.

Abstract

This article aims to verify the effect of systemic family therapy on the symptomatology of internalizing and externalizing factors in adolescents. The sample was of 109 adolescents, of which 56% were men and 54% women, with a mean age of 15.1 years. Systemic family therapy, under the conditions in which it has been applied, has had a statistically significant and clinically relevant effect. The success rate attributable to treatment was 46% in the Internalizing factor, 43% in Outsourcer, 60% in Somatic Complaints, 43% in Anxiety /Depression and 55% in Aggressive Behavior. These results contribute to the need to align this type of health intervention with the school environment in adolescents.

Key words: Efficacy, systemic family therapy, adolescents, internalizing and externalizing symptomatology.

Recibido: 28-09-17 | Aceptado: 15-02-18

INTRODUCCIÓN

Existe escasa evidencia de estudios con apoyo empírico sobre la eficacia de la terapia familiar en el ámbito escolar (Carr-Chellman, 1998). En las últimas dos décadas, los principios del modelo sistémico se han aplicado dentro del contexto escolar con diferentes fines (McPherson, 2001), por ejemplo, promover la relación y colaboración familia-escuela

(Berzosa, Ríos y Rodríguez, 2001; Redding, 2000) o implementar criterios de calidad educativa (De la Orden, 2009); sin embargo, la evidencia empírica sobre la evaluación de resultados de la terapia familiar sistémica dentro este escenario es más bien escasa (Daniel, 2011).

El interés por investigar la eficacia y efectividad de la terapia familiar sistémica dentro del centro escolar se explica, entre otras razones, porque en él se manifiestan síntomas similares a los que se atienden habitualmente en los centros de salud mental. Los problemas de adaptación, denominados códigos Z en las clasificaciones psiquiátricas, son un reflejo de las dificultades de la vida cotidiana y su volumen de consulta representa el 20% de las demandas asistenciales (Echeburúa, Corral y Salaberría, 2010).

¹ Universidad CEU San Pablo, Madrid, España. ² Universidad Pontificia Comillas, Madrid, España. ³ Universidad de Guadalajara, México. ⁴ Hospital de Pediatría del Instituto Mexicano del Seguro Social, Jalisco México. ⁵ Universidad Autónoma de Aguascalientes, México. ⁶ The University of Texas Rio Grande Valley. ⁷ Escuela Normal Superior de Jalisco, Secretaría de Educación Pública.

E-Mail: julio.vcolunga@academicos.udg.mx

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXVIII p.p. 429-438

© 2019 Fundación AIGLÉ.

Estos síntomas requieren labores de prevención, tratamientos eficaces o derivaciones oportunas a centros especializados; por ello, la terapia familiar dentro del centro escolar permitiría detectar la presencia de síntomas que, sin tener la categoría de cuadros clínicos graves, producen desgaste y sufrimiento en alumnos, padres y profesionales (Núñez, 2009; Fazel, Hoagwood, Stephan y Ford, 2014; Fazel, Patel, Thomas y Tol, 2014).

Las dos problemáticas más relevantes en el centro escolar, a saber, problemas de comportamiento (Moreno, 2005) y dificultades en el rendimiento académico (Rivera y Milicic, 2006), suelen estar relacionadas con otros indicadores como trastornos de ansiedad, trastornos de conducta, trastornos del estado de ánimo, trastornos adaptativos, problemas de relación con padres e iguales o la falta de habilidades sociales cuyo malestar emocional es considerable (Labrador, Estupiñá y García, 2010).

El surgimiento de los modelos evolutivos de la psicopatología ha despertado el interés por clarificar la compleja interacción entre las características del niño y su ambiente social. Según Achenbach (1966), las conductas problema, normalmente motivo principal de consulta, son variaciones cuantitativas de las características que pueden ser normales en ciertos períodos del desarrollo (Braet y van Aket, 2006). En oposición a los sistemas clasificatorios que organizan la psicopatología en categorías diagnósticas, como el DSM-5, las taxonomías empíricas se basan en las correlaciones o la covariación de signos, síntomas o conductas. Estos procedimientos permiten identificar dos factores o dimensiones psicopatológicas de banda ancha en niños y adolescentes: internalizante y externalizante. La primera incluye trastornos como ansiedad, depresión, quejas somáticas o aislamiento; la segunda, trastornos de conducta, abuso de sustancias, hiperactividad, conducta agresiva o conducta delictiva.

Con frecuencia, los síntomas externalizantes suelen ser motivo de consulta en los servicios de salud mental mientras que los síntomas internalizantes suelen tener un mayor retraso en la atención (Caraveo-Anduaga, Colmenares-Bermúdez y Martínez-Vélez, 2002). Diversos estudios relacionan la impulsividad/desinhibición con ciertos síntomas o trastornos de tipo externalizante y el neuroticismo/emotividad negativa con síntomas o trastornos de tipo internalizante e identifican diferencias con respecto al sexo: los niños presentan un mayor predominio de los problemas de conducta externalizante mientras que las niñas presentan más síntomas de tipo internalizante (Maestre et al., 2007).

Existe gran preocupación por las conductas problema en niños y adolescentes por el riesgo que suponen para ellos mismos y por el daño que puedan ocasionar al conjunto de la sociedad (Santisteban, Coatsworth, Briones, Kurtines y Szapocznik, 2012; Buquerque, Norberto y Campos, 2013). Los estudios

epidemiológicos sobre la psicopatología en niños y adolescentes realizados en distintos países indican una tasa de prevalencia global entre el 14-20% de la población infantil y juvenil, siendo el rango 17-20% el más repetido. De este porcentaje, el 2% corresponde a trastornos graves, el 7-8% a trastornos de gravedad moderada y el resto a psicopatología leve (Lemos, Fidalgo, Calvo y Menéndez, 1992; Lemos, 2003).

La terapia familiar ha sido definida como el esfuerzo psicoterapéutico, centrado en el interés explícito de la modificación de las interacciones entre dos o más miembros de la familia, con el fin de mejorar intencionalmente el funcionamiento del sistema familiar como unidad (Rober, 2008; George y Wulff, 2006).

Los diversos estudios realizados (Carr, 2000; 2009) confirman que la terapia familiar sistémica, al igual que la terapia de pareja y la terapia familiar estructural o estratégica, es un tratamiento eficaz para muchos problemas de salud mental y para problemas de relación en niños y adultos, el tamaño medio del efecto al finalizar la terapia es $d=0,65$ y $d=0,52$ a los seis y doce meses después del tratamiento; las familias que han recibido tratamiento mejoran más del 71% en comparación con las que no han recibido tratamiento.

De los trabajos realizados por Carr se deducen cuatro conclusiones principales: las intervenciones basadas en la familia son eficaces para una amplia gama de problemas centrados en la infancia, las intervenciones deben ser breves y pueden ser ofrecidas por profesionales de forma ambulatoria, los manuales de tratamiento pueden ser utilizados por los clínicos para el tratamiento de casos individuales y la mayor parte de las intervenciones basadas en la familia cuentan con evidencia de su eficacia. En consecuencia, la terapia familiar sistémica es un tratamiento ampliamente utilizado en los últimos veinte años en casos de niños y adolescentes atendidos en centros de salud mental (Flaskas, 2010, 2011; Muñiz, Friedlander, Escudero y Heatherington, 2012).

En resumen, la situación actual de la terapia familiar puede verse reflejada en las afirmaciones de Stratton (2005): es un procedimiento terapéutico utilizado en una gama muy amplia de problemas, posee una contrastada evidencia de su eficacia y efectividad tanto en investigaciones como en experiencias clínicas, ha demostrado su eficacia para las condiciones en las que ha sido debidamente investigada, la capacitación de los terapeutas familiares se basa en una amplia gama de enfoques teóricos con justificaciones claras, los modelos actuales de la terapia de familia prestan atención explícita a cuestiones relacionadas con la cultura, el origen étnico, el género, la discriminación y los contextos sociales amplios.

En este estudio el objetivo general fue comprobar el efecto de la terapia familiar sistémica sobre

síntomas internalizantes y externalizantes en adolescentes; como objetivos específicos se tuvieron describir el motivo de consulta de las familias de la muestra clínica e identificar qué miembro de la familia solicita la ayuda; asimismo, se obtuvo el índice de fiabilidad del instrumento Youth Self Report (YSR) en este estudio. Predicamos que la terapia familiar sistémica, aplicada en el contexto escolar, producirá un efecto de mejora en el ajuste personal de los hijos.

METODOLOGÍA

Participantes

Han participado 109 adolescentes, 54 pertenecían a la muestra clínica y 55 al grupo control, la media de edad era de 15,1 años.

El criterio para seleccionar las familias de la muestra clínica ha sido elegir familias derivadas al Centro Atención a la Familia del Colegio Padre Piquer (CAF Padre Piquer) que aceptaran, de forma voluntaria, participar en la investigación y que terminaran el tratamiento. EL CAF Padre Piquer es una experiencia innovadora en España dado cuya característica principal es estar incorporado al organigrama y los servicios del propio colegio. El criterio para seleccionar las familias del grupo control era elegir familias que pertenecieran a colegios con características similares a las del colegio de las familias de la muestra clínica.

Instrumentos

La variable independiente ha sido el tratamiento, con dos niveles: con y sin tratamiento.

La variable dependiente ha sido el número de conductas problema internalizantes y externalizantes. Ambos instrumentos fueron aplicados pre y post (antes y después del tratamiento).

Se ha aplicado el Youth Self Report (YSR) (Achenbach y Rescorla, 2001), un autoinforme de screening que recoge información directa del adolescente sobre diversas competencias y problemas específicos (Sandoval, Lemos y Vallejo, 2006). Consta de 113 ítems, con tres opciones de respuesta. El tiempo estimado para contestar es entre 15 y 20 minutos. A mayor puntuación, menor ajuste personal. La fiabilidad de las diferentes escalas es superior a $\alpha=0,70$ (Achenbach y Rescorla, 2001). La validez de contenido está avalada por más de cuatro décadas de investigación, todos los ítems han demostrado su capacidad discriminante en distintos países (Lacalle, 2009). Se han utilizado los baremos de Achenbach y Edelbrock (Sardinero, Pedreira y Muñoz, 1997) según los cuales una puntuación menor a 27 es considerada baja, si está entre 33-60 es media y si es igual o superior a 60 es alta. La puntuación por encima de 60 se considera clínicamente significativa.

La sintomatología Internalizante está relacionada con la vivencia de tensión psicológica en el propio sujeto o con síntomas de angustia, depresión y estados alterados de ánimo. Las subescalas que evalúan este factor son Quejas Somáticas, Depresión/Ansiedad y Aislamiento. La sintomatología Externalizante está relacionada con síntomas de agresividad, déficit de atención, hiperactividad o conducta desorganizada. Las subescalas que evalúan este factor son Conducta Delictiva y Conducta Agresiva.

Procedimiento de recolección de datos

A todas las familias de la muestra clínica se les ha aplicado de forma sistemáticamente el Manual de Procedimiento, diseñado ad hoc. El tratamiento terapéutico estaba fundamentado en el modelo sistémico de terapia familiar aplicado al contexto escolar (Dávalos, 2005) y constaba de tres fases diferenciadas evaluación, tratamiento y cierre. Los destinatarios eran todos los miembros del sistema familiar. El equipo de terapeutas estaba formado por cuatro psicólogos, expertos en terapia familiar sistémica. Los casos eran atendidos en coterapia. La duración media del tratamiento ha sido de 12 sesiones, es decir, seis meses; las sesiones eran cada dos semanas, con una duración de entre 60 y 90 minutos, aproximadamente. Además, se contó con observadores detrás del espejo unidireccional y se siguió el formato del equipo reflexivo para preparar y evaluar cada sesión. Los observadores eran alumnos de posgrado en asesoramiento familiar.

Procedimiento de análisis de datos

Se ha empleado un diseño Cuasi-experimental, con grupo control no equivalente y con medidas repetidas (pre y post) (Cook y Campbell, 1979). Para analizar el efecto del tratamiento se ha aplicado el mismo procedimiento en todas las variables de estudio: ANOVA con medidas repetidas entre la medida pre y la medida post. Se ha analizado exclusivamente la interacción Muestra x Variable por ser el objetivo de la investigación. La significación estadística del tamaño del efecto se ha obtenido mediante el estadístico η^2 parcial. El análisis de los datos se ha realizado mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21.0.

Además de obtener la significación estadística del tamaño del efecto se ha calculado la relevancia clínica del mismo mediante el análisis de la Familia de Riesgos¹.

Consideraciones éticas

Se solicitó un consentimiento informado activo de los directores de los colegios y de los padres de familia. A todos los miembros de la familia se les explicó que la participación en la investigación era voluntaria añadiendo que los datos proporcionados se

manejarían de manera confidencial y que en caso de negarse a participar no tendrían ninguna repercusión negativa.

RESULTADOS

La muestra final incluyó 55 familias de la muestra clínica y 55 del grupo control. Han participado 109 adolescentes con una media de edad de 15,1 años.

El motivo de consulta de las familias de la muestra clínica ha sido: problemas en las relaciones familiares (36,3%), por ejemplo, discusiones constantes entre los padres y el hijos o la no aceptación de las normas; ayuda psicológica para situaciones personales del adolescente (27,2%), por ejemplo, tristeza o inseguridad; problemas académicos (21,8%), principalmente relacionados con el bajo rendimiento escolar o absentismo escolar; y problemas de comportamiento en el colegio o en casa (14,5%). En el 32,72% de los casos ha sido sólo la madre quien solicitaba la ayuda, seguido del tutor (23,63%), del propio hijo (18,18%), del orientador del colegio (12,71%), de ambos padres (10,90%) y sólo del padre (1,81%).

El índice de fiabilidad, en Alfa de Cronbach, obtenido en el YSR ha sido $\alpha=0,934$.

En relación con la sintomatología internalizante, la terapia familiar sistémica ha mostrado un efecto estadísticamente significativo sobre el factor de banda ancha Internalizante ($F(1,107)=32,340$, $p<0,001$) y sobre los factores de banda estrecha Quejas Somáticas ($F(1,107)=22,588$, $p<0,001$) y Ansiedad/Depresión ($F(1,107)=56,451$, $p<0,001$), encontrándose un efecto de mejora a favor de las familias del grupo experimental en comparación con las familias del grupo control (ver Tabla 1). No se ha encontrado un efecto significativo el factor de banda estrecha Aislamiento.

En relación con la sintomatología externalizante, la terapia familiar sistémica ha mostrado un efecto estadísticamente significativo sobre el factor de banda ancha Externalizante ($F(1,107)=32,340$, $p<0,001$) y sobre los factores de banda estrecha Conducta Agresiva ($F(1,107)=23,334$, $p<0,001$) (ver Tabla 1). No se ha encontrado efecto significativo en la sintomatología Conducta Delictiva.

Respecto a la relevancia clínica, la frecuencia de éxito atribuible al tratamiento ha sido de un 46% sobre el factor de banda ancha Internalizante, un 60% en Quejas Somáticas, un 43% en Ansiedad/Depresión, un 43% en el factor de banda ancha Externalizante y un 55% en Conducta Agresiva (ver Tabla 2).

DISCUSIÓN

La terapia familiar sistémica, en las condiciones en las que ha sido aplicada, ha tenido un efecto es-

tadísticamente significativo y clínicamente relevante sobre la sintomatología internalizante y externalizante percibida por los adolescentes. Este resultado es similar al encontrado en otros estudios sobre problemas de conducta en adolescentes (Swart y Apsche, 2014; Shaffer, Lindhiem y Kolko, 2013; Carr, 2000; 2009; Baldwin, Christian, Berkeljon, Shadish y Bean, 2012; Sydow, Retzlaff, Beher, Haun y Schwitzer, 2013).

En relación con el motivo de consulta de las familias que han recibido el tratamiento, el 54,5% de los casos estaba relacionado con síntomas externalizantes y el 27,2% con síntomas internalizantes; un resultado similar a los estudios epidemiológicos sobre psicopatología en niños y adolescentes (Lemos, 2003; Martín, 2013).

La puntuación media de las conductas problema en los hijos de las familias del grupo experimental ha sido superior a la puntuación encontrada en el estudio de Abad, Forns, Amador y Martorell (2000), este dato permitiría constatar cómo en el centro escolar se presentan, además de los problemas de comportamiento (Moreno, 2005) y las dificultades en el rendimiento académico (Rivera y Milicic, 2006), otros trastornos similares a los atendidos en los centros de salud mental (Rosique et al., 2015) aunque con menor índice de gravedad.

Referente a la sintomatología externalizante, además de constatar que ha disminuido el número de conductas problema en los hijos de las familias derivadas a terapia, se ha observado un incremento en el número de dichas conductas en los hijos de las familias que no han recibido el tratamiento. Este hecho podría ser objeto de posteriores estudios con el fin de observar si el incremento de las conductas agresivas o delictivas es una variable constante durante la transición de la segunda infancia a la adolescencia así como para analizar si el sistema familiar está realizando, de manera eficaz, las funciones de protección y cuidado durante esta etapa evolutiva porque, como afirma Robledo (2012), las variables familiares relacionadas con el nivel socioeconómico, tipología, clima, funcionamiento en el hogar o implicación educativa parental interactúan y actúan como moduladoras del proceso de aprendizaje y desarrollo de los alumnos.

Los problemas de conducta son un motivo de especial preocupación dentro del contexto escolar debido a la cantidad de problemas que generan en el aula así como en la relación entre iguales, representan un gran coste social (Callegaro, Silva y Ruschel, 2011) y suponen un alto riesgo para los propios adolescentes en la medida que dicho comportamiento esté relacionado con fenómenos como delincuencia, consumo de sustancias o bajo rendimiento académico (Montañés et al., 2008).

Los síntomas externalizantes, especialmente en la adolescencia, pueden ser interpretados como movimientos centrífugos ante los cuales los padres

adoptan medidas de ajuste, muchas de ellas como movimientos homeostáticos (Hoffman, 1984) que podría generar mayor tensión o conflicto al interior del sistema familiar. Varios autores coinciden en señalar que la transición entre infancia y adolescencia suele caracterizarse por un incremento en el conflicto padres-hijos adolescentes (Gimeno, Córdoba, Meléndez y Cerviño, 2004; Hofer et al., 2013), por cambios en la estructura familiar o por soluciones ineficaces de los problemas (Camacho, León y Silva, 2009) que podrían convertirse en factores de riesgo en la medida que provoquen la ruptura en el vínculo con los padres, un aumento en el número de conflictos familiares o generen cierta incapacidad para tomar decisiones, cuyo impacto en el desarrollo personal y social de los hijos sería evidente (Caprara, Regalia, Scabini, Barbaranelli y Bandura, 2004; Welcome, 2014). Si bien la conquista de la autonomía adolescente puede llevar consigo la ruptura familiar, también es posible alcanzarla sin que se produzca el conflicto intergeneracional, es decir, autonomía y continuación de las relaciones estrechas con los padres no son excluyentes (Montañes et al., 2008). Por ello, la necesidad de contar con instrumentos que permitan la detección precoz de dicha sintomatología es una cuestión fundamental ya que facilitaría implementar programas de prevención que favorezcan un mejor ajuste personal y escolar de los hijos (Martín, Ruiz y Martínez, 2014; Rodríguez-Mateo, Henríquez y Suárez, 2012).

En relación con la sintomatología internalizante, además de la reducción del número de conductas problema en los hijos de las familias que han recibido tratamiento, se ha observado un incremento en el número de conductas problema en los hijos de las familias que no han recibido tratamiento. Este resultado, similar a otros estudios (Borstein, Chun-Shin y Haynes, 2010; Schaub et al., 2014), podría sugerir el papel determinante de la terapia familiar sistémica en el ámbito de la prevención (Dávalos, 2014), especialmente si dichos síntomas son considerados un indicador del proceso de individuación (Shek, 1999).

En cuanto a la sintomatología de las escalas que pertenece al factor de banda estrecha, la terapia familiar sistémica ha tenido un efecto estadísticamente significativo y clínicamente relevante en la sintomatología Quejas Somáticas, Ansiedad/Depresión y Conducta Agresiva. Respecto a las quejas somáticas el indicador de éxito percibido por los propios adolescentes ha sido del 60%, un resultado similar al encontrado en otros estudios (Christenson, Crane, Hafen, Hamilton y Schaalje, 2007). Este hallazgo tiene especial relevancia para la práctica clínica por dos razones principales. En primer lugar, porque la somatización es una problemática que tiene una prevalencia del 29% en los adolescentes (López, Alcántara, Fernández, Castro y López, 2010) y para la cual sólo en determinados casos es posible encontrar una causa médica clara (Kozłowska, En-

glish, Savage y Chudleigh, 2012; Reffie, Villanueva, Adrián y Górriz, 2009; Sharma y Manjula, 2013). En segundo lugar, porque la evidencia con apoyo empírico sobre la intervención desde la terapia familiar sistémica en esta problemática es escasa, en comparación con la aplicación de otros modelos terapéuticos como la terapia cognitivo conductual.

En relación con la sintomatología ansiedad/depresión, el indicador de éxito percibido por los adolescentes ha sido del 43% para los hijos, un resultado similar al obtenido en otros estudios sobre la eficacia del tratamiento psicológico en la depresión infantil y adolescente (Méndez, Rosa, Espada, Olivares y Sánchez-Meca, 2002). La ansiedad y la depresión son los dos trastornos emocionales más comunes durante la infancia y adolescencia (García, 2009; Rojo, 2009; Martín et al., 2014; Ospina-Ospina, et al., 2001), por este motivo sería de especial interés para la práctica clínica seguir profundizando sobre la eficacia de la intervención familiar en este tipo de trastornos dado que generalmente son abordados desde una perspectiva individual.

En relación con la sintomatología conducta agresiva el indicador de éxito percibido por los adolescentes ha sido del 55%. La conducta agresiva en niños y adolescentes puede estar relacionada con la inestabilidad emocional, definida como una falta de autocontrol en situaciones sociales (Escrivá, Samper y Frías, 2002), contribuye sustancialmente al coste social de los problemas de conducta y, con frecuencia, tiene implicaciones o problemas legales (Padhy et al., 2011); por ello, la terapia familiar sistémica adquiere mayor importancia como herramienta de prevención.

Por otra parte, la terapia familiar sistémica no ha tenido efecto de mejora en las escalas de banda estrecha Aislamiento y Conducta Delictiva, este resultado puede ser objeto de posteriores estudios. En el contexto histórico actual, la escuela es una institución que acoge una realidad marcada por la diversidad de fenómenos socioculturales, económicos y de otra índole, por ejemplo, migración (Martín, Ortega, Reina y García, 2004), pobreza y violencia escolar (Yuste y Pérez, 2008; Álvarez-García et al., 2010), conductas disruptivas en el aula (Gómez y Luciano, 1999) o cambios estructurales en la familia (Valdivia, 2008). A estos fenómenos se añaden otras necesidades específicas, por ejemplo, conocer instrumentos, técnicas y procedimientos eficaces en la relación familia-escuela (Delgado, 2012; Álvarez-García et al., 2010) o la formación del profesorado para desarrollar habilidades en la entrevista de ayuda y la relación con los padres (Amatea, Mixon y McCarthy, 2013; De Fátima y Oliveira, 2012).

A propósito de la evaluación de los tratamientos psicológicos en el ámbito escolar, Fazel, Patel, Thomas y Tol (2014), concluyen que es necesario desarrollar marcos de trabajo que permitan que la salud y la educación vayan alineadas. El principal obstáculo para el desarrollo de este tipo de iniciativas no

es la falta de evidencia científica sino la brecha que existe entre este conocimiento y su aplicación al mundo real. Por ello, es necesario que haya políticas nacionales que ayuden a que las instituciones educativas y los servicios de salud mental trabajen más estrechamente (Browne et al., 2004; Buckelew, Yu, English y Brindis, 2008; Newacheck, Wong, Galbraith y Hung, 2003).

Como es de suponer, esta investigación ha tenido ciertas limitaciones, entre ellas, que la muestra clínica fuera seleccionada de familias atendidas en un único centro, la imposibilidad de controlar el efecto de variables extrañas, las posibles carencias surgidas por el hecho de haber utilizado como grupo de contraste una muestra comunitaria o que la intervención terapéutica tuviera prioridad frente a los intereses de la investigación.

No obstante, la terapia sistémica, aplicada en las circunstancias anteriormente descritas ha tenido un efecto de mejorar en las variables de ajuste medidas.

Tres son las conclusiones principales que se pueden extraer de la presente investigación: En primer lugar, la terapia familiar sistémica, desde el punto de vista de la investigación de resultados, ha demostrado ser un tratamiento eficaz en las condiciones y circunstancias en las que ha sido aplicada. En segundo lugar, la terapia familiar sistémica, con el énfasis en los procesos interpersonales, ha contribuido a la resolución favorable del motivo de consulta. Y, tercero, la terapia familiar sistémica ha de ser considerada como recurso útil, y necesario, dentro de un centro escolar dado que ofrece grandes ventajas, especialmente en materia de prevención.

En base a los resultados de esta investigación es posible afirmar que la aplicación de la terapia familiar dentro del contexto escolar proporcionaría, entre otras, las siguientes ventajas: Favorecer un mejor ajuste personal y escolar en los alumnos en la medida que reduce el número de síntomas internalizantes y externalizantes, fomentar la relación familia-escuela construyendo puentes de cara a establecer una red de apoyo y trabajo en equipo desarrollando destrezas para trabajar con los propios recursos del centro escolar, de la familia o del alumno o estableciendo cauces para derivar a servicios especializados, en los casos que así lo requieran, y, por último, actuar como observatorio de necesidades de cara a prevenir factores de riesgo que afecten directamente al proceso enseñanza-aprendizaje o al rendimiento académico. La integración de programas de intervención psicológica en los centros educativos permite desarrollar programas de atención integral, que producen mejoras en el bienestar psicológico y en el rendimiento educativo de los niños a lo largo del tiempo. La implementación de este tipo de servicios de manera generalizada podría beneficiar a un 10% o 20% de los niños y jóvenes de todo el mundo (Fazel, Patel, Thomas y Tol, 2014).

Notas

1 La Diferencia de Riesgos (DR), también llamada Riesgo Atribuible (RA) o Reducción Absoluta de Riesgo (RAR), expresa la incidencia de éxito atribuible al tratamiento una vez contralado el efecto de los casos que mejoran de forma espontánea. La Reducción del Riesgo Relativo (RRR) describe el tamaño del efecto en términos de porcentaje, en este caso, tratándose de la evaluación del éxito terapéutico, el resultado que se espera encontrar es un logro, por tanto, el valor obtenido se transforma en lo que se denomina Incremento de Logro Relativo (IRL). Y, el Número de personas Necesarias para Tratar (NNT) según el cual se acepta, en general, que es mejor en cuanto más bajo sea su valor (Iraurgi, 2009a; 2009b).

REFERENCIAS

- Abad, J., Forns, M., Amador, J. y Martorell, B. (2000). Fiabilidad y validez del youth self report en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 12, 49-54.
- Achenbach, T. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor analytic study. *Psychological Monographs*, 80, 1-37.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, V. T.: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.
- Álvarez-García, D., Rodríguez, C., González-Castro, P., Núñez, J. y Álvarez, L. (2010). La formación inicial de los futuros maestros en recursos para la convivencia escolar y el manejo del aula. *European Journal of Education and Psychology*, 3, 187-198.
- Amatea, E. S., Mixon, K., & McCarthy, S. (2013). Preparing Future Teachers to Collaborate With Families Contributions of Family Systems Counselors to a Teacher Preparation Program. *The Family Journal*, 21, 136-145. 10p. doi:10.1177/1066480712466539
- Baldwin, S., Christian, S., Berkeljon, A. Shadish, W., & Bean, R. (2012). The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: A Meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 281-304. doi:10.1111/j.1752-0606.2011.00248.x
- Berzosa, P., Ríos, J. A., y Rodríguez, G. (2001). El modelo sistémico en el contexto escolar: ¿puede ser un método eficaz de prevención? *Cuadernos de terapia familiar*, 48-49, 117-132.
- Borstein, M., Chun-Shin, C., & Haynes, O. (2010). Social Competence, Externalizing, and Internalizing Behavioral Adjustment from Early Childhood through Early Adolescence: Developmental Cascades. *Development and Psychopathology*, 22, 717-735, doi: 10.1017/S0954579410000416
- Braet, C. & van Aket, M. (2006). Developmental psychopathology: Sustantive, methodological and policy issues. *International Journal of Behavioral Development*, 30, 2-4. doi:10.1177/0165025406059966
- Browne, G., Gafnia, A., Jacqueline, Roberts., Byrnea, C. & Majumdar, B., (2004). Effective/efficient mental health programs for school-age children: a synthesis of reviews. *Social Science & Medicine*, 58, 367-1384.
- Buckelew, S., Yu, J., English, A., & Brindis, C. (2008). Innovations in Preventive Mental Health Care Services for Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 42, 519-525.
- Buquerque, C., Norberto, C., & Campos, S. (2013). Determinants of disruptive behavior in portuguese adolescents. *European Psychiatry*, 28, 1. doi:10.1016/S0924-9338(13)76945-1

- Callegaro, J., Silva, D., & Ruschel, D. (2011). Prevalência dos problemas de comportamento em uma mostra de crianças do Rio Grande do Sul. *Psicologia: Teoria e Prática*, 13, 15-29.
- Camacho, P., León, C., & Silva, I. (2009). Funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson en adolescentes. *Revista de Enfermería Herediana*, 2, 80-85.
- Caprara, V., Regalia, C., Scabini, E., Barbaranelli, C., & Bandura, A. (2004). Assessment of Filial, Parental, Marital, and Collective Family Efficacy Beliefs. *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 247-261. doi:10.1027/1015-5759.20.4.247
- Caraveo-Anduaga, J., Colmenares-Bermúdez, E. y Martínez-Vélez, N. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44, 492-498.
- Carr, A. (2000). Evidence-based practice in family therapy and systemic consultation. I child-focused problem. *Journal of Family Therapy*, 22, 29-60.
- Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31, 3-45. doi:10.1111/j.1467-6427.2008.00451.x
- Carr-Chellman, A. A. (1998). Systemic Change: Critically Reviewing the Literature. *Educational Research & Evaluation*, 4, 369-394.
- Christenson, J., Crane, R., Hafen, M., Hamilton, S., & Schaalje, G. (2007). Predictors of Health Care Use for Children of Marriage and Family Therapy Clients. *Contemporary family therapy*, 18, 1.
- Cook, T. D., & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-Experimentation: Design and Analysis for Field Settings*. Chicago, Illinois: Rand McNally.
- Dávalos, G. (2005). *El modelo IMCD para la intervención con familias en el contexto escolar*. En V. Cagigal (Comp.). *Construyendo puentes* (pp. 99-132). Madrid: PPC.
- Dávalos, G. (2014). *La orientación familiar, una vía para la prevención*. En J. M. Burgos, G. Dávalos & J. López (Coord.), *Psicología de la Familia: Estructuras y Trastornos* (pp. 115-127). Madrid: Ceu Ediciones.
- Daniel, G. (2011). Family-school partnerships: towards sustainable pedagogical practice. *Asia-Pacif Journal of Teacher Education*, 39, 165-176. doi:10.1080/1359866X.2011.560651
- De Fátima, R., & Oliveira, R. (2012). Educar e cuidar como objetivo da relação família e escola: um diálogo na formação de professores. *Impulso, Piracicaba*, 22, 19-30.
- De la Orden, A. (2009). Evaluación y calidad: análisis de un modelo. *Estudios sobre educación*, 16, 17-36.
- Delgado, C. (2012). Culture, Literacy, and Power in Family-Community-School- Relationships. *Theory Into Practice*, 51, 305-3011. doi:10.1080/00405841.2012.726060
- Echeburúa, E., Corral, P. & Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias Psicológicas: Un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 85-99.
- Escrivá, M. V., Samper, P., & Frías, M. (2002). Procesos cognitivos y emocionales predictores de la conducta prosocial y agresiva: la empatía como factor modulador. *Psicothema*, 14, 227-232.
- Fazel, M., Hoagwood, K., Stephan, S., & Ford, T. (2014). Mental health interventions in schools in high-income countries. *The Lancet Psychiatry*, 1, 377-387.
- Fazel, M., Patel, V., Thomas, S., & Tol, W. (2014). Mental health interventions in schools in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry*, 1, 388-398. doi:10.1016/S2215-0366(14)70357-8
- Flaskas, C. (2010). Frameworks for Practice in the Systemic Field: Part 1 - Continuities and Transitions in Family Therapy Knowledge. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 31, 232-247.
- Flaskas, C. (2011). Frameworks for Practice in the Systemic Field: Part 2 - Contemporary Frameworks in Family Therapy. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 32, 87-108.
- García, A. (2009). La Depresión en Adolescentes. En Pérez, S., Rojo, N., & Hidalgo, A. (2009). La Salud Mental de las Personas Jóvenes en España. *Revista de Juventud*, Nº 84. Madrid: Instituto de la Juventud, pp. 185-104.
- George, S., & Wulff, D. (2006). A postmodern approach to teaching family therapy as community practice. *Journal of Systemic Therapies*, 25, 73-83.
- Gimeno, A., Córdoba, A. I., Meléndez, J. C., & Cerviño, C. (2004). Divergencias en la percepción de la funcionalidad familiar entre padres, madres e hijos adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36, 1-13.
- Gómez, I., & Luciano, M. C. (1999). La correspondencia entre saber y hacer en el caso del educador. *Psicothema*, 11, 617-629.
- Hoffman, J. A. (1984). Psychological separation of late adolescents from their parents. *Journal of Counseling Psychology*, 3(1) 170-178. DOI: 10.1037/0022-0167.31.2.170
- Hofer, C., Eisenberg, N., Spiranrad, T., Morris, A., Gershoff, E., Valiente, ... & Eggum, N. (2013). Mother-Adolescent Conflict: Stability Change, and Relations with Externalizing and Internalizing Behavior Problems. *Social Development*, 22, 259-279. doi:10.1111/sode.12012
- Iraurgi, I. (2009a). Evaluación de resultados clínicos (I): Entre la significación estadística y la relevancia clínica. *Norte de Salud Mental*, 33, 94-108.
- Iraurgi, I. (2009b). Evaluación de resultados clínicos (II): Las medidas de la significación clínica o los tamaños del efecto. *Norte de Salud Mental*, 34, 94-110.
- Kozłowska, K., English, M., Savage, B., & Chudleigh, C. (2012). Multimodal Rehabilitation: A Mind-Body, Family-Based Intervention for Children and Adolescents Impaired by Medically Unexplained Symptoms. Part 1: The Program. *The American Journal of Family Therapy*, 40, 399-419. doi: 10.1080/01926187.2012.677715
- Labrador, F., Estupiñá, F., & García, M. (2010). Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados. *Psicothema*, 22, 619-626.
- Lacalle, M. (2009). *Escalas DSM, CBCL y YSR en adolescentes que acuden a consulta en servicios de Salud Mental*. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona.
- Lemos, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: Consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del psicólogo*, 85, 19-28.
- Lemos, S., Fidalgo, A. M., Calvo, P., & Menéndez, P. (1992). Salud Mental de los Adolescentes Asturianos. *Psicothema*, 4, 21-48.
- López, C., Alcántara, M., Fernández, V., Castro, M. & López, J. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). *Anales de Psicología*, 26, 325-334.
- Maestre, E., Moya, J., Edo, S., Mezquita, L., Ruipérez, M. A., & Villa, H. (2007). *Relación de la personalidad y los factores de internalización y externalización en niños*. Jornades de Foment de la Investigació. Universitat Jaume. Extraído el día 22 de mayo de 2013 desde <http://www.uji.es>
- Martín, A. (2013). *La situación del alumnado con problemas emocionales y de conducta en la Comunidad de Madrid: barreras y facilitadores para la inclusión educativa*. Tesis Doctoral. Uni-

- versidad Autónoma de Madrid.
- Martín, J., Ruiz, E., & Martínez, R. (2014). *Desajuste psicológico de las víctimas de acoso escolar: Un análisis evolutivo desde la educación primaria hasta la secundaria*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Martín, V., Ortega, R., Reina, P., & García, M. D. (2004). La inadap-tación escolar en los centros cordobeces. *Educatio*, 22, 127-137.
- McPherson, D. (2001). Counselor education and supervision. *The American Journal of Family Therapy*, 29, 451-452.
- Méndez, X., Rosa, A. I., Espada, J. P., Olivares, J., & Sánchez-Meca, J. (2002) Tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: ¿Evidencia o promesa? *Psicología Conductual*, 10, 563-580.
- Montañés, M., Bartolomé, R., Montañés, J., & Parra, M. (2008). In-fluencia del contexto familiar en las conductas adolescentes. *Ensayos*, 17, 391-407.
- Moreno, F. X. (2005). *Los problemas de comportamiento en el contexto escolar*. (1ª Ed.). Universidad de Barcelona. Servicio de Publicaciones. Barcelona: España.
- Muñiz, C., Friedlander, M., Escudero, V., & Heatherington, L. (2012). How Do Therapists Ally With Adolescents in Family Therapy? An Examination of Relational Control Communi-cation in Early Sessions. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 339-351. doi:10.1037/a002806
- Newacheck, P., Wong, S., Galbraith, A., Hung, Y. (2003). Adoles-cent health care expenditures: a descriptive profile. *Journal of Adolescent Health*, 32, 3-11. doi:10.1016/S1054-139X(03)00064-8
- Núñez, J. P. (2009). *Los retos de poner en marcha un Centro de Atención a la Familia en un Colegio*. En V. Cagigal, La orienta-ción familiar en el ámbito escolar. La creación de centros de atención a familias en los centros educativos a partir de la ex-periencia del CAF Padre Piquer (pp. 113-123). Madrid: Obra Social Caja Madrid y Universidad Pontificia Comillas.
- Ospina-Ospina, F., Hinestrosa-Upegui, M., Paredes, M., Guzmán, Y., & Granados, C. (2001). Síntomas de Ansiedad y Depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Co-lombia. *Revista de Salud Pública*, 13, 908-920.
- Padhy, R., Saxena, K., Remsing, L., Hhuermer, J., Plattner, B., & Steiner, H. (2011). Symptomatic Response to Divalproex in Subtypes of Conduct Disorder. *Child Psychiatry & Human De-velopment*, 42, 584-593. doi:10.1007/s10578-011-0234-5
- Redding, S. (2000). *Familias y centros escolares. Serie de prácti-cas educativas*, 2. Documento gráfico. UNESCO. Traducida al español por Dra. Raquel-Amaya Martínez González, profesora Titular de Universidad en el Departamento de Ciencias de la Educación de la Universidad de Oviedo. Extraído el 10 de junio de 2013 desde <http://www.ibe.unesco.org>
- Reffie, C., Villanueva, L., Adrián, J., & Górriz, A. (2009). Quejas so-máticas, estados de ánimo y conciencia emocional en ado-lescentes. *Psychothema*, 21, 459-464.
- Rivera, M., & Milicic, N. (2006). Alianza Familia-Escuela: Percep-ciones, Creencias, Expectativas y Aspiraciones de Padres y Profesoresde Enseñanza General Básica. *Psykhē*, 15(1), 119-135.
- Rober, P. (2008). Being there, experiencing and creating space for dialogue: about working with children in family therapy. *Jour-nal of Family Therapy*, 30, 465-477.
- Robledo, P. (2012). *Contexto Familiar y Aprendizaje Escolar. Estu-dio Comparativo y de Intervención*. Tesis doctoral. Universi-dad de León.
- Rodríguez-Mateo, H., Henríquez, I., & Suárez, J. L. (2012). La de-tección de trastornos graves de conducta en el ámbito escolar a través del CIPEC. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. *INFAD, Revista de Psicología*, 1, 381-388.
- Rojo, N. (2009). Diferencias de género en la psicopatología del adolescente. En Pérez, S., Rojo, N., & Hidalgo, A. (2009). La Salud Mental de las Personas Jóvenes en España. *Revista de Juventud*, N° 84 (pp. 11-25). Madrid: Instituto de la Juventud.
- Rosique, T., López, B., Polo, C., López, M. L., Sanz, T., & González, C. (2015). El reto de la Terapia de Familia: Estudio de las in-tervenciones realizadas durante 13 años en un Centro de Salud Mental. *Clínica Contemporánea*, 6(1), 33-47.
- Sandoval, M., Lemos, S., & Vallejo, A. (2006). Self-reported com-petences and problems in Spanish adolescents: A normative study of the YSR. *Psychothema*, 18, 804-809.
- Santisteban, D., Coatsworth, J., Briones, E., Kurtines, W., & Sza-pocznik, J. (2012). Beyond acculturation: An investigation of the Relationship of Familism and Parenting to Behavior Pro-blems in Hispanic Youth. *Family Process*, 5, 470-482. doi: 10.1111/j.1545-5300.2012.01414.x
- Sardinero, E., Pedreira, J., & Muñiz, J. (1997). El cuestionario CBCL de Achenbach: adaptación española y aplicaciones clínico-epidemiológicas. *Clínica y Salud*, 8, 447-480.
- Schaub, M., Henderson, C., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hen-driks V.,...& Rigter, H. (2014). Multidimensional family therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: outcomes of the INCANT trial. *BCM Psychiatry*, 14:26, doi:10.1186/1471-244X-14-26
- Sharma, M., & Manjula, M. (2013). Behavioural and psychological management of somatic symptom disorders: An overview. *In-ternational Review of Psychiatry*, 25, 116-124. doi:10.3109/09540261.746649
- Shaffer, A., Lindhiem, O., & Kolko, D. (2013). Treatment Effects of a Modular Intervention for Early-Onset Child Behavior Pro-blems on Family Contextual Outcomes. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 21, 277-288. doi:10.1177/1063426612462742
- Shek, D. (1999). Perceptions of family functioning among Chinese parents and their adolescent children. *The American Journal of Family Therapy*, 27, 303-314.
- Stratton, P. (2005). *Report On The Evidence Base Of Systemic Fa-mily Therapy*. Association for Family Therapy.
- Swart, J., & Apsche, J. (2014). A comparative treatment efficacy study of conventional therapy and mode deactivation therapy (MDT) for adolescents with conduct disorders, mixed perso-nality disorders, and experiences of childhood trauma. *Inter-national Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 9(1), 23-29.
- Sydow, K., Retzlaff, R., Beher, S., Haun, M. W., & Schweitzer, J. (2013). The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: A systematic review of 47 RCT. *Family Process*, 52(4), 576-618.
- Valdivia, C. (2008). La familia: concepto, cambio y nuevos mode-los. *Red Europea de Institutos de Familia (REDIF)*, 1, 15-22.
- Welcome, K. (2014). *The Externalizing and Internalizing Behaviors in Children Preventing Negative Future Consequences*. Ex-traído el 25 de octubre de 2014 desde <http://legacy.usfsm.edu>
- Yuste, N., & Pérez, M. (2008). Las cuestiones familiares como causa de la violencia escolar según los padres. *European Journal of Education and Psychology*, 1, 19-27.

Tabla 1. Efecto de la terapia familiar sobre los síntomas internalizantes y externalizantes en adolescentes

Variable	Muestra	Medida	n	M	DT	F	gl	p	ETA ²
Internalizante	Clínica	Pre	54	17,67	9,73	54,251	1,107	0,001	,179
		Post	55	16,56	10,196				
	Control	Pre	54	5,73	3,744				
		Post	55	8,13	5,22				
Quejas somáticas	Clínica	Pre	54	4,06	3,183	22,588	1,107	0,001	,174
		Post	55	3,50	2,970				
	Control	Pre	54	1,31	1,332				
		Post	55	2,25	1,993				
Ansiedad / Depresión	Clínica	Pre	54	7,27	5,504	56,451	1,107	0,001	,345
		Post	55	6,17	4,678				
	Control	Pre	54	1,52	1,514				
		Post	55	1,22	1,527				
Externalizante	Clínica	Pre	54	16,06	9,398	32,340	1,107	0,001	,232
		Post	55	14,85	9,490				
	Control	Pre	54	7,09	3,395				
		Post	55	9,24	5,554				
Conducta agresiva	Clínica	Pre	54	11,61	6,808	23,334	1,107	0,001	,179
		Post	55	10,37	6,758				
	Control	Pre	54	5,29	2,594				
		Post	55	7,71	3,392				

Tabla 2. Relevancia clínica del efecto de la terapia familiar sobre la sintomatología internalizante y externalizante en adolescentes

Variable	Muestra	Éxito	Fracaso	Odds	DR o RAR	NNT	RR	ILR	OR
Factor internalizante	Clínica (n1=54)	41	13	O1=3,1 I1=,75	,46	2,1	2,5	150%	7,5
	Control (n2=55)	16	39	O2=,41 I2=,29	IC95% 0,30-0,63	IC95% 1,6-3,3	IC95% 2-2,9		IC95% 7-7,9
Quejas Somáticas	Clínica (n1=54)	46	8	O1=5,7 I1=,85	,60	1,6=2	3,4	240%	16,7
	Control (n2=55)	14	41	O2=,34 I2=,25	IC95% 0,44-0,74	IC95% 1,3-2,2	IC95% 2,8-3,8		IC95% 16,2-17,1
Ansiedad / Depresión	Clínica (n1=54)	38	16	O1=2,3 I1=,70	,43	2,3	2,5	150%	6,2
	Control (n2=55)	15	40	O2=,37 I2=,27	IC95% 0,26-0,60	IC95% 1,7-3,8	IC95% 2-2,9		IC95% 5,7-6,6
Factor externalizante	Clínica (n1=54)	40	14	O1=2,8 I1=,74	,43	2,3	2,4	140%	6,3
	Control (n2=55)	17	38	O2=,44 I2=,30	IC95% ,26-,60	IC95% 1,7-3,8	IC95% 1,9-,8		IC95% 5,8-6,7
Conducta agresiva	Clínica (n1=54)	41	13	O1=3,1 I1=,75	,55	1,8	3,7	275%	12,4
	Control (n2=55)	11	44	O2=,25 I2=,2	IC95% ,40-,71	IC95% 1,4-2,5	IC95% 3,2-4,1		IC95% 11,9-12,8