

## **MENORES QUE AGREDEN A SUS PADRES: FACTORES PSÍQUICOS, SOCIALES Y EDUCATIVOS<sup>1</sup>**

**(Minors who commit violence against their parents: psychological, social and educational factors)**

**Carmen Bailín-Perarnau**

Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil del Centro de Salud Pirineos de Huesca, España

**Rosario Tobeña-Arasanz**

Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación de la Universidad de Zaragoza, España

**Gemma Ortega-Franco**

Instituto Aragonés de la Salud de Zaragoza, España

**Ángela Asensio-Martínez**

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Zaragoza, España

**Rosa Magallón-Botay**

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Zaragoza, España

### **Resumen**

La incidencia del fenómeno de la violencia filio-parental parece estar aumentando. En el estudio que a continuación se presenta se ha utilizado un diseño descriptivo y transversal. La recogida de datos se ha realizado con encuestas, tests psicológicos y cuestionarios, aplicados a padres, menores, educadores de servicios sociales y profesionales de Salud Mental Infanto-Juvenil de Zaragoza y Huesca, España. Los principales resultados encontrados son: los menores agresores son varones adolescentes; la madre es la persona más agredida; existen más casos de familias con niveles socioeconómicos bajos; la adopción puede ser un elemento característico de estas familias, pero no, la separación de los padres; estos adolescentes presentan problemas escolares y trastorno de hiperactividad con déficit de atención, asimismo consumen drogas; la violencia de género y el maltrato infantil están presentes. Además, se ha comprobado que se aplican diferentes medidas rehabilitadoras siendo el modelo de psicoterapia más utilizado el sistémico familiar y parece elevado el número de menores con tratamiento farmacológico. Los hallazgos obtenidos servirán de guía para orientar la intervención y ajustar los servicios a las necesidades de estos menores y de sus familias.

---

<sup>1</sup> Este estudio es un Proyecto de investigación FIS, financiado por el Instituto de Salud Carlos III de Madrid y el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (Programa I+D+I). Esta investigación se ha realizado dentro del proyecto FIS PI071043 subvencionado por Instituto de Salud Carlos III

**Palabras clave:** Violencia filio-parental; menores agresores; intervención familiar; tratamiento.

### Abstract

The rate at which the phenomenon of child-to-parent violence occurs appears to be increasing. In the present study a non-experimental, descriptive and transversal design was used. Data collection was made using surveys, psychological tests and questionnaires applied to parents, minors, at-risk youth counsellors and child adolescent mental health services professionals in the provinces of Zaragoza and Huesca, Spain. The main results are: the minors who committed child-to-parent violence were adolescent males; the victims were mostly mothers; this phenomenon did not occur more frequently in the immigrant population; more cases occurred in families with lower income levels; adoption may have been a characteristic feature of these families, but not the separation of the parents; these adolescents presented problems at school and attention deficit hyperactivity disorder and also took drugs; intimate partner violence and child abuse were present. The application of different rehabilitation measures by the pertinent child protection services was verified. The most commonly used psychotherapy was family therapy; the number of minors on pharmacological treatment appeared to be high. The findings will serve as a guide for guiding intervention and tailor services to the needs of these children and their families.

**Keywords:** Filio-parental violence; minors offenders; family intervention; treatment.

## 1. INTRODUCCIÓN

La violencia de los menores de edad hacia sus padres es uno de los tipos de violencia familiar menos estudiada. Sin embargo, se estima la incidencia del fenómeno en torno al 10% en la población general (Cottrell y Monk, 2004; Nock y Kazdin, 2002; Pagani, Larocque, Vitaro y Tremblay, 2003; Ulman y Straus, 2000), observándose además que los hijos varones son más agresivos hacia sus padres que las hijas (Romero, Melero, Cánovas y Antolín, 2005), teniendo en cuenta todas las formas de agresividad: verbal, emocional, física y económica (Cottrell, 2001; Kennair y Mellor, 2007).

Los estudios detectan la adolescencia como la edad en la que se producen mayoritariamente los ataques de violencia (Chinchilla, Gascón, Gracia y Otero, 2004; Marcelli, 2002; Urra, 2006; Walsh y Krienert, 2007), resultando ser la madre el miembro de la familia más agredido, aunque también lo son los padres varones, los hermanos y los abuelos (Bobic, 2002; Cottrell, 2001; Cottrell y Monk, 2004; Ibabe, Jaureguizar y Díaz, 2007; Kennair y Mellor, 2007; Nock y Kazdin, 2002; Rechea, Fernández y Cuervo, 2008; Stewart, Jackson, Mannix, Wilkes y Lines, 2004; Ulman y Straus, 2000; Walsh y Krienert, 2007).

Los episodios de violencia de los hijos hacia sus padres se producen con más frecuencia en familias occidentales de raza blanca (Nock y Kazdin, 2002), de nivel socioeconómico medio y alto (Gallagher, 2004; Ibabe et al., 2007; Nock y Kazdin, 2002; Rechea et al., 2008), monoparentales con presencia de la madre (Boxer, Lakin Gullan y Mahoney, 2009; Ghanizadeh y Jafari, 2010), en las que generalmente los menores ocupan lugares privilegiados entre los hermanos (Ibabe et al., 2007; Romero et al., 2005); además, estos agresores muestran índices elevados de fracaso escolar, problemas de comportamiento en el colegio y absentismo escolar (Garrido, 2007; Marcelli, 2002; Romero et al., 2005; Urra, 2006). Algunos padres presentan también estilos educativos inadecuados (Marcelli, 2002; Pereira, 2006; Roperti, 2006), y la existencia en la familia de modelos violentos aumenta la probabilidad de que el hijo sea agresivo hacia sus padres. Las investigaciones muestran que estos menores mantienen escasas relaciones sociales (Dugas, Mouren y Halfon, 1985; Laurent y Derry, 1999), observándose en ellos rasgos psicológicos no saludables (Kennedy, Edmonds, Dann y Burnett, 2010); en algunos casos se añade el consumo de drogas (Cottrell y Monk, 2004; Pagani et al., 2009; Pérez, 2001) y/o antecedentes de enfermedades mentales en los progenitores (Marcelli, 2002).

Muchas familias niegan, ocultan o minimizan el problema de la violencia y soportan el trato recibido de sus hijos durante mucho tiempo antes de que se conozca (Walsh y Krienert, 2007). El descubrimiento se produce por la denuncia de los padres, por la consulta a un profesional de diferentes ámbitos o también porque algún profesional conoce las agresiones accidentalmente al realizar su intervención por otro motivo. En la mayoría de los casos los padres no identifican un motivo claro que desencadene los episodios de violencia, y las consecuencias de tales actos no suelen requerir la intervención de un especialista (Gallagher, 2004).

## 2. MÉTODO

Este trabajo pretende aumentar el conocimiento existente en el tema de la violencia de los hijos menores de edad hacia sus progenitores, centrándose en la descripción de una serie de variables que pueden ser relevantes en este fenómeno psicosocial. El diseño utilizado es de tipo no experimental, descriptivo y transversal. La recogida de datos se ha realizado con encuestas elaboradas "ad hoc", tests psicológicos y cuestionarios, aplicados a través de entrevistas estructuradas a los padres, a los menores, a los educadores de Servicios Sociales de Reforma de Menores y a los psiquiatras y psicólogos de Unidades de Salud Mental Infanto Juvenil (USMIJ).

Los objetivos de investigación son los siguientes:

- 1- Describir las características psíquicas, sociales y educativas de los menores agresores y de sus padres.
- 2- Informar del tipo de intervención realizada por los educadores de los Servicios de Protección y de Reforma de Menores.
- 3- Conocer las modalidades de tratamiento ofrecidas por los especialistas en las USMIJs.

## 2.1. Muestra

Se han estudiado 44 casos de Zaragoza y Huesca; se realizaron 134 entrevistas. Se han estipulado 3 grupos: el grupo 1 o piloto, el grupo 2 o muestra del estudio y el grupo 3, sujetos que no han colaborado. En cada caso se solicitó a los padres o tutores legales del menor un consentimiento informado. Se pretendió entrevistar al menor, a ambos padres y, si existiera, al compañero/a de la figura parental que vive con el menor, al educador del Servicio de Reforma de Menores y a los profesionales de USMIJ.

En total 34 madres y 27 hijos, 26 psicólogos y 34 educadores. Dado el bajo número de padres varones participantes, se ha decidido despreciar estos datos por su baja representatividad estadística.

## 2.2. Variables e Instrumentos

Las variables recogidas mediante encuesta elaborada “ad hoc” fueron:

- Datos sociodemográficos del menor que agrede y de sus padres: Tipo de población, tipo de familia, composición familiar, número de hermanos y orden que ocupa.
- Descripción de conductas violentas: Tipo de violencia, intensidad, percepción de la violencia, motivo de inicio, consecuencias de la violencia, frecuencia, víctimas, víctima más agredida y violencia extra-familiar.
- Primeros episodios de violencia: Motivo de inicio y del descubrimiento.
- Características psicosociales de los menores: Relaciones sociales, tiempo libre, consumo de drogas, tratamiento, otras dependencias y progresión de la violencia.
- Características familiares: Ingresos netos mensuales, habitabilidad de la vivienda, nivel de estudios y profesión de los padres, nivel de afectividad, acuerdo y comunicación, violencia familiar, estilo educativo parental, respuestas de los padres ante conductas violentas de los hijos, causas de conducta violenta, responsabilidad ante los hechos, aplicación de normas y consecuencias, valoración de éxitos de los hijos, soluciones intentadas.
- Ámbito escolar y/o laboral: Situación escolar o laboral del menor, rendimiento y comportamiento escolar/laboral, absentismo, implicación de los padres en el proceso educativo de sus hijos, expectativas, violencia escolar.
- Historia del desarrollo del menor desde el momento del embarazo.
- Información obtenida del profesional de USMIJ: Motivo de derivación, motivo según informante, antecedentes médicos, tratamientos actuales, enfermedades físicas, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, conflictividad, respeto del menor hacia los padres, problemas graves en la relación de pareja.

Fueron recogidas, también, variables de personalidad, dificultades de socialización y estilos educativos parentales recogidas mediante instrumentos de evaluación

psicométrica:

- Cuestionario de Personalidad para Adolescentes 16 PF- APQ de Schuerger y Cuestionario de Personalidad para Niños CPQ de Porter y Cattell: Apreciación de 16 rasgos o escalas primarias, 5 dimensiones globales de la personalidad, 3 medidas de estilos de respuesta, 6 preferencias ocupacionales y algunas escalas clínicas sobre problemas cotidianos.
- Escala de Dificultades de Socialización de Cantoblanco (SOC) de Herrero, Escorial y Colom, compuesta por tres escalas: Búsqueda de sensaciones, ausencia de miedo, impulsividad y un indicador global que evalúa vulnerabilidad a desarrollar comportamientos antisociales y conductas disruptivas.
- Escala de Estilos Educativos Parentales de Bersabé, Fuentes y Motrico (2001): Evalúa afecto, normas y exigencias.

Además, se recogieron variables relacionadas con medidas de intervención puestas en marcha por diferentes profesionales, mediante encuesta elaborada "ad hoc", a educadores del Servicio de Protección de Menores, y se estudiaron los modelos de intervención utilizados por los profesionales de Salud Mental como tratamiento farmacológico, tratamiento psicológico e intervención en red.

### 2.3. Procedimiento

El procedimiento llevado a cabo estaba compuesto por tres fases: 1) Preparación y elaboración de encuesta "ad hoc"; 2) Implementación y realización del estudio piloto para reajustar algunas preguntas e incluir otros ítems; y 3) Análisis de datos mediante paquete SPSS versión 12 y 18 y Epidat, realizando un análisis de estadística descriptiva (media y desviación típica en la variable edad y análisis de frecuencias y representación gráfica para el resto de variables), índice Kappa (K) para averiguar grado de concordancia en las respuestas de los encuestados, y pruebas de significatividad estadística de los datos descriptivos.

## 3. RESULTADOS

En la Tabla 1 se presentan los resultados estadísticamente significativos de las variables estudiadas, comparando los resultados de la muestra de estudio con los de la población general. La muestra total analizada está compuesta por 44 casos (familias). En 9 casos no ha sido posible realizar el análisis porque los padres rechazaron participar; sobre estos casos se ha realizado una entrevista al Educador de Servicios Sociales, sin identificar a la familia, con el objetivo de identificar algún denominador común, quedando así la muestra reducida a 35 casos en algunas variables. Debe tenerse en cuenta el tamaño de la muestra y la variabilidad de las respuestas, por lo tanto los resultados deben tomarse con cautela.

**Tabla 1.** Significatividad estadística de los datos

VARIABLES	MUESTRA	POBLACIÓN Estudio/ General	RESULTADO
Sexo: Masculino	33/44	398501/7748563 (1)	p<0,01
Población: Rural	11/44	427413/1347095 (2)	No significativo
Urbana	33/44	919682/1347095 (2)	No significativo
Vivienda del menor: En centro Reforma semiabierto	6/44 casos	83/1184 (3)	No significativo
En centro Reforma cerrado	3/44 casos	34/1184 (3)	No significativo
Tipo de familia: Adoptiva	4/44 casos	87/92771 (4)	p<0,01
Drogodependencias: Consumo alcohol	17/35 (8a)	903/1344 (8b)	No significativo
Consumo tabaco	19/35 (8a)	588/1344 (8b)	No significativo
Consumo cannabis	13/35 (8a)	392/1344 (8b)	No significativo
Consumo cocaína y otras	5/35 (8a)	36/1344 (8b)	p<0,01
Antecedentes familiares enfermedad mental: Según madre	10/35	19,5/100 (7)	No significativo
Según Salud Mental	8/26	19,5/100 (7)	No significativo
Según educador	14/44	19,5/100 (7)	No significativo
Ingresos netos: Ingresos < 1000 €	11/32	3501400/16858700 (5)	p<0,05
Ingresos 1001-2000 €	9/32	6218991/16858700 (5)	No significativo
Ingresos 2001-3000 €	10/32	4342923/16858700 (5)	No significativo
Ingresos > 3000 €	2/32	2795354/16858700 (5)	No significativo
Nivel estudios: Primarios padre	14/29	4843000/18835000 (6)	p<0,01
Secundarios padre	8/29	9062000/18835000 (6)	No significativo
Universitarios padre	7/29	4648000/18835000 (6)	No significativo
Primarios madre	16/34	5858000/19678000 (6)	p<0,05
Secundarios madre	10/34	8393000/19678000 (6)	No significativo
Universitarios madre	8/34	4847000/19678000 (6)	No significativo
Violencia familiar: De género	10/35 (9a)		p<0,01
Maltrato infantil del hijo:		8/100 (9b)	p<0,01
Según madre	10/35	3/100 (9c)	p<0,01
Según hijo	7/35	6444/7748563 (10)	p<0,01
Según profesional Salud Mental	8/35	6444/7748563 (10)	p<0,01
Según educador	13/44	6444/7748563 (10)	p<0,01
Trastorno de Hiperactividad y Déficit de Atención	5/35	5/100 (11)	p<0,05

(1) Instituto Nacional de Estadística (2010): Revisión del Padrón Municipal 2010 (población española de menores de edad, 0 a 17 años)

(2) Instituto Nacional de Estadística (2010): Encuesta de población activa (población por comunidades autónomas y tamaño de los municipios).

(3) El Justicia de Aragón (2009): Informe especial sobre la situación de los menores en Aragón.

(4) Datos de la Fundación Vivir en Familia del año (2009) (Aragón).

(5) Instituto Nacional de Estadística (2009): Encuesta de presupuestos familiares (ingresos

---

económicos por unidad familiar).

(6) Instituto Nacional de Estadística (2010): Encuesta de población activa (población de 16 y más años por sexo y nivel de formación alcanzado).

(7) Martínez, M., Dolz, M., Alonso, J., Aluque, I., Palacín, C., Bernal, M., Codony, M., Haro, J. y Vilagut, G. (2006): Proyecto ESEMeD. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina clínica*, vol. 126, nº 12, pp. 445-451.

(8a) Autoinforme de hijo sobre consumo de drogas.

(8b) Moreno, C., Muñoz-Tinoco, V., Pérez, P., Sánchez-Queija, I, Granado M.C., Ramos, P. y Rivera, F. (2008). Desarrollo adolescente y salud. Resultados del Estudio HBSC-2006 con chicos y chicas españoles de 11 a 17 años. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Edición electrónica.

(9a) Autoinforme de la madre sobre maltrato.

(9b) Instituto de la Mujer. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe 2006 8,2% Técnicamente consideradas "maltratadas".

(9c) Instituto de la Mujer. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe 2006 3,6% Autoclasificadas como "maltratadas".

(10) Instituto Nacional de Estadística (2006): "La infancia en cifras-2" (datos sobre maltrato infantil)

(11) Manual DSM IV

(<sup>1</sup>) THDA=Trastorno de Hiperactividad y Déficit de Atención

### 3.1. Descripción de características psíquicas, sociales y educativas de los menores que agreden y de sus padres

En lo referente al primero objetivo del estudio, los Rasgos sociodemográficos del menor que agrede y de sus padres, la edad media del menor agresor en el momento de la detección es de 14 años. Es más frecuente entre estos menores el sexo masculino (Tabla 1), en la muestra participante 33 varones frente a 11 mujeres, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ) al compararlos con la distribución de esta variable en la población general de menores (3.985.011 varones y 3.763.552 mujeres), según datos publicados por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2006). No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre la distribución de la población en el ámbito rural y en el urbano. Tal y como se observa en la Tabla 1 de los 44 menores estudiados solo 9 residían en un centro de menores, proporción muy elevada, pues en nuestra sociedad los adolescentes generalmente residen en el entorno familiar hasta edades avanzadas. El menor pertenece a la familia biológica mayoritariamente (39 de 44 casos), con una composición familiar en la misma proporción biparental que monoparental. Además, existen 4 casos de adopción, lo que cual refleja diferencias significativas ( $p < 0,01$ ) entre la proporción de familias adoptadas en esta muestra y la proporción de familias adoptadas en la población general (Tabla 1).

Una vez hallado el índice Kappa (K) para analizar la variabilidad de respuestas entre los encuestados (madre, hijo, educador y profesional de SM) se encuentra que la violencia verbal es la más frecuente, presente en 34 casos de 35 ( $K=0.98$ ) y la menos frecuente la económica, la violencia física es hacia las personas, en 32 de 35 casos ( $K=0.44$ ), y la persona más agredida es la madre en 26 casos ( $K=0.70$ ). En el resto de variables no hay un acuerdo suficiente entre los diferentes encuestados.

La intensidad de la violencia las madres la califican de severa en 11 casos, moderada en 4 y leve en 19. 13 madres de 23 perciben la violencia como un acto con intención de hacer daño y el mismo número de hijos como accidental, y el principal motivo de inicio de la violencia es una prohibición hacia el menor (22 madres de 23). En la mayoría de los casos la familia no solicita intervención médica o psicológica (13 de 23 casos).

Respecto a los primeros episodios de violencia no existe suficiente concordancia entre madres e hijos. La edad media del menor en el inicio de la violencia es 11 años, no existiendo un factor precipitante claro que la desencadenara. El tipo de violencia más frecuente en los primeros episodios es verbal (33 madres de 35) y la madre es la víctima más agredida (24 de 35 madres), seguida del padre. Casi en la mitad de los casos el primer episodio es calificado de intensidad leve por las madres y los hijos (15 de 35 en ambos), algo menos de la mitad de las madres la describen como severa (13 madres de 35). El motivo de descubrimiento de la violencia es la denuncia de los padres en la mayor parte de los casos (34 de 44 madres).

Las características psicosociales de los menores en el tiempo que han sido violentos con sus padres generan mayoritariamente desacuerdo entre los participantes, excepto en el consumo de alcohol (Tabla 1) en 21 casos de 35 ( $K=0,46$ ) y en consumo de cannabis en 18 de los 35 casos ( $K=0,77$ ). El consumo de drogas es un factor presente en esta muestra de menores, pero al compararse con los datos obtenidos de la población general, sólo es estadísticamente significativo ( $p<0.01$ ) respecto al consumo de las denominadas drogas duras (cocaína y otras drogas como anfetaminas, drogas de diseño, heroína). La frecuencia en el consumo de tabaco es diaria en 21 casos (según las madres) y la de cannabis es diaria en 6 casos (según la madre). Sin embargo, en este tipo de drogas, así como en el caso del alcohol, las diferencias no son estadísticamente significativas, respecto al consumo en la población española de menores de edad. En las demás variables psicosociales no existe acuerdo inter-encuestados: el patrón de violencia de estos menores se mantiene durante más de un año, en 31 de 35 casos en opinión de las madres, y en 21 casos, según los hijos. Respecto al tiempo libre, los menores mantienen un grado de contacto social aceptable y dedican más de dos horas diarias a video-juegos, internet y televisión.

Las características familiares presentan acuerdo inter-encuestados, cuando los encuestados responden sobre la presencia de trastorno mental (Tabla 1) en madre ( $K=0.68$ ), padre ( $K=0.81$ ) u otros familiares ( $K=0.61$ ), aunque no existen diferencias significativas en los antecedentes de enfermedad mental entre la muestra de estudio y los datos de esta variable en población española. El nivel socio-económico de la muestra es bajo (Tabla 1), existiendo diferencias significativas ( $p<0.05$ ) entre la muestra y la población general española (Instituto Nacional de Estadística, 2009) en la variable recursos económicos inferiores a mil euros. Mayoritariamente ambos progenitores han realizado estudios primarios, existe significación estadística, tanto para el padre ( $p<0.01$ ) como para la madre ( $p<0.05$ ), respecto a los datos reflejados por el Instituto Nacional de Estadística (2010a). Casi siempre surge la violencia cuando el menor no consigue lo que desea, las respuestas de los padres ante esta conducta violenta son principalmente recriminaciones verbales y retirada de beneficios.

## MENORES QUE AGREDEN A SUS PADRES: FACTORES PSÍQUICOS, SOCIALES Y EDUCATIVOS

Además, es importante señalar como en un número relevante de casos se han producido otros tipos de violencia familiar, bien violencia conyugal o maltrato infantil, en 10 de 35 casos en opinión de las madres, en 9 casos según los hijos y en 19 de 44 casos según el educador, existe violencia de género. Está presente el maltrato infantil en 7 de 35 según las madres, en 8 en opinión de los hijos y en 13 casos de 44 según los educadores. Comparando estos datos con los índices poblacionales de violencia de género (Instituto de la Mujer, 2006) y maltrato infantil (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006) existen diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ ).

En el ámbito escolar y/o laboral existe acuerdo inter-encuestados en la variable rendimiento académico de los menores, considerándose deficiente ( $K=0.81$ ). El rendimiento escolar es bajo en 24 de 35 casos. Se produce un comportamiento escolar inadecuado, según informan 17 de 35 madres, presentando absentismo escolar la mitad de los menores, y la gran mayoría de estos menores se encuentran escolarizados (35 de 44 menores). Los padres se implican con frecuencia en los estudios de sus hijos (26 de 35 según los padres y 17 de 35 según la opinión de los hijos).

En general, estos menores no han tenido problemas graves en el desarrollo neonatal y el desarrollo infantil fue normal. No obstante, las madres transmiten que parecen existir algunos problemas conductuales en la infancia, y en 5 casos se ha consultado con algún profesional por este motivo. En 6 de 23 casos, las madres afirman que el menor ha recibido en algún momento tratamiento farmacológico por Trastorno de Hiperactividad y Déficit de Atención (THDA).

La información obtenida de los Profesionales de Salud Mental (SM) aportó que el motivo de consulta no fue la violencia, ya que ésta se detectaba en el desarrollo de la terapia. Casi la mitad de estos menores (15 de 35) ya habían recibido intervenciones anteriores en SM, 5 de ellos tenían un diagnóstico previo de THDA, existiendo diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) entre este último dato y la prevalencia de THDA en la población general (DSM-IV-TR, 2001).

Las características de personalidad en la mayoría de los participantes predominan los valores medios, lo que apunta a perfiles con escasas alteraciones. En Dominancia y Tensión, cerca de un tercio de adolescentes puntúan muy alto (por encima del percentil 90). Respecto a las dimensiones globales aproximadamente un tercio de los jóvenes han obtenido puntuaciones muy bajas (por debajo del percentil 10) en Extraversión y muy altas en Independencia. En las subescalas de dificultades cotidianas, alrededor del 50% presentan puntuaciones muy altas en Desánimo, Preocupación, Disconformidad, Dificultades con la autoridad y Dificultades con la adicción. Más de la mitad de los casos ha obtenido puntuaciones medio-altas (entre el percentil 71 y el 90) en la subescalas de Ansiedad, Dificultades en casa y Dificultades en el colegio. En general se obtuvieron puntuaciones en los valores medios del cuestionario de dificultades de socialización (SOC). En la escala Ausencia de miedo 13 casos presentaron puntuaciones altas y muy altas.

Respecto a los Estilos Educativos Parentales existe elevada discrepancia entre la

percepción de los padres varones y de los hijos respecto a las variables Afecto-Comunicación y Crítica-Rechazo, la diferencia de puntuaciones es mucho menor en el caso de las madres y los hijos. En la escala Afecto-Comunicación la mitad de los padres y un tercio de las madres creen que son poco o muy poco afectuosos y comunicativos con sus hijos, y el 14% de éstos perciben lo mismo respecto a sus padres y un 20% hacia sus madres. En la escala de Crítica-Rechazo, el 67% de los padres y el 36% de las madres se muestran críticos y rechazan a sus hijos. Sólo un 12% de los hijos cree que sus padres los rechazan y critican, frente al 30% de los hijos que lo perciben respecto de sus madres. No existe un estilo educativo parental predominante en la muestra analizada. Un poco menos del 10% de los padres varones se catalogan como indulgentes o muy indulgentes, los hijos perciben aproximadamente lo mismo, el 17% de los padres son poco o muy poco indulgentes con sus hijos y el 12% de éstos opinan lo mismo; en el caso de las madres en torno al 10% de ellas obtienen valores altos o muy altos en indulgencia, pero los hijos las describen en el 10% de los casos como poco o muy poco indulgentes. Y ningún padre se percibe como muy inductivo o razonable con sus hijos y éstos señalan lo mismo, cerca del 20% de las madres y el 10% de los padres se comportan de forma poco o muy poco inductiva con sus hijos. Algo menos del 10% de los padres varones son rígidos o muy rígidos y los hijos en el mismo porcentaje los perciben así, y casi un 20% de las madres son rígidas o muy rígidas, sin embargo sólo un 10% de sus hijos lo creen así.

### **3.2. Medidas de Protección y de Reforma de los educadores**

En cuanto en lo referente al objetivo 2, las medidas de Protección y de Reforma del Equipo de Atención Educativa a Menores de Catorce Años y del Equipo Educativo de Medio Abierto (Instituto Aragonés de Servicios Sociales), los resultados revelan que se aplican más medidas de Protección que de Reforma. Dentro de las medidas de Protección las más utilizadas son la orientación familiar (14 casos), la conciliación-mediación (9 casos) y la intervención educativa continuada (7 casos). Y dentro de las medidas de Reforma, es decir, aquellas llevadas a cabo con los jóvenes mayores de 14 años que hayan cometido una infracción a la ley tipificada como delito o falta por el Código Penal, se aplica con mayor frecuencia la solución extrajudicial de mediación-conciliación (16 casos), la libertad vigilada (12 casos) y el internamiento en un centro semiabierto de Reforma (6 casos). Reiteramos que 8 de los 44 menores residen o han residido en un centro de Reforma.

### **3.3. Modalidades de tratamiento llevadas a cabo por los profesionales de Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil**

Respecto al objetivo 3 del presente estudio, las diferentes modalidades de tratamiento para el menor y/o su familia se mencionan seguidamente: Terapia cognitivo-conductual (2 casos/26), Terapia familiar-sistémica (12 casos/26), Terapia ecléctica (8 casos/26), Ningún tipo de terapia (4 casos/26), y Tratamiento farmacológico (13 casos/22). En general, las familias solicitan y reciben tratamiento psicológico en diferentes modelos. Sólo 4 casos de 26 no acudieron a psicoterapia. Se trata de una muestra de menores de

edad, y más de la mitad de los casos fueron tratados con psicofármacos. El enfoque psicoterapéutico más utilizado fue el sistémico-familiar.

#### 4. DISCUSIÓN

Con respecto al primer objetivo, se ha verificado que existen diferentes tipos de violencia: verbal, emocional, física y económica. Esta afirmación coincide con lo expuesto por los diversos autores (Cottrell, 2001; Kennair y Mellor, 2007). Existe mayor proporción de sexo masculino en los agresores. En la detección del caso la edad de estos menores se sitúa en la adolescencia (14 años), como argumenta la literatura científica (Chinchilla et al., 2004; Marcelli, 2002; Urra, 2006; Walsh y Krienert, 2007). Respecto al género de la víctima, y de acuerdo con introducción teórica, las madres son más agredidas que otros miembros de la familia. Ibabe y Jaureguizar (2011) consideran esta violencia como una forma especial de "violencia género". Sin embargo, no se ha confirmado la variable inmigración como dato descriptivo.

En relación al nivel socioeconómico familiar en el que con mayor frecuencia se produce la violencia filio-parental, los estudios previos ofrecían información contradictoria (Gallagher, 2004; Ibabe et al., 2007; Nock y Kazdin, 2002; Rechea et al., 2008). En nuestra muestra existen más casos de familias con niveles socioeconómicos bajos que en la población general.

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (2010b) existe una diferencia significativa entre la proporción de hijos adoptados en la muestra de estudio y las de la población general. El factor de adopción puede tener alguna implicación y debiera ser estudiado con mayor profundidad. La bibliografía, por contra, no apunta hacia esta idea (Dugas et al., 1985; Evans y Warren-Sohlberg, 1988).

La violencia filio-parental no parece ocurrir con más frecuencia en familias de padres separados. Esto contrasta con estudios previos que mencionaban la presencia de más casos en familias con padres separados (Boxer et al., 2009; Ghanizadeh y Jafari, 2010). Numerosos autores (Marcelli, 2002; Pereira, 2006; Roperti, 2006), señalan que existen estilos educativos y patrones de relación inadecuados entre padres e hijos. Mencionan niveles insuficientes de autoridad parental, sobreprotección, "parentificación" y desacuerdo entre los padres. En nuestro estudio, sin embargo, no se ha descrito un estilo educativo predominante.

Se ha verificado que la mayoría de los jóvenes presentan absentismo escolar, bajo rendimiento académico y problemas de comportamiento. En este sentido, estos hallazgos coinciden con los estudios previos (Garrido, 2007; Marcelli, 2002; Romero et al., 2005; Urra, 2006). No obstante, en los resultados de la investigación no se observan situaciones de aislamiento ni escasez de relaciones sociales con los iguales en los menores, en contraste a lo expuesto por los autores revisados (Dugas et al., 1985; Laurent y Derry, 1999).

Algunos de estos menores consumen tóxicos, de acuerdo con la bibliografía revisada

(Cottrell y Monk, 2004; Pagani et al., 2009; Pérez, 2001). Si bien en la muestra de estudio únicamente se observan diferencias estadísticamente significativas con respecto a la población general en el consumo "drogas duras" (cocaína, anfetaminas, drogas de diseño, opiáceas).

Kennedy et al. (2010) mantienen que estos menores presentan psicopatología. A pesar de ello, al revisar la historia clínica, no se han obtenido datos concluyentes al respecto. Existe más proporción de THDA en los menores participantes en el estudio, lo cual coincide con los estudios previos (Ghanizadeh y Jafari, 2010), se observan diferencias estadísticamente significativas en la muestra de estudio comparada con la proporción de TDAH en la población general. Además, no existen diferencias significativas en cuanto a la presencia de enfermedades mentales en la familia del menor al compararlo con población general. Igualmente, en las investigaciones revisadas no hay datos claros respecto a la existencia de antecedentes familiares de enfermedad mental (Marcelli, 2002).

Coincidiendo con la literatura científica (Bobic, 2002; Ibabe y Jaureguizar, 2011), la presencia en la familia de diferentes formas de violencia doméstica aumenta la probabilidad de que se produzcan episodios de violencia filio-parental. En este estudio la mayoría de los hijos que agreden a sus padres tienen antecedentes de violencia familiar (maltrato infantil y violencia de género) existiendo diferencias estadísticamente significativas en esta variable al comparar los datos con la población general. Otros estudios avalan esta misma idea (Boxer et al., 2009; Cottrell y Monk, 2004; Kennedy et al., 2010; Mahoney y O'Donnelly, 2000; Nock y Kazdin, 2002; Paterson, Luntz, Perlesz y Cotton, 2002; Ulman y Straus, 2000).

En más de la mitad de los casos analizados la violencia filio-parental ha existido durante más de un año, descubriéndose por la denuncia de los padres o por la intervención de algún profesional. Este resultado está en consonancia con las lecturas especializadas (Walsh y Krienert, 2007), y coincide con el ocultamiento y secretismo que caracterizan la violencia familiar. La mayoría de los padres detectó una prohibición como factor desencadenante de la agresión. Este dato es contrario a la hipótesis inicial planteada a partir de la experiencia profesional y la bibliografía (Gallagher, 2004).

Respecto al Objetivo 2 del estudio, se ha comprobado que se aplican diferentes medidas rehabilitadoras desde los Servicios Sociales Especializados de Menores, siendo más frecuentes las de Protección que las de Reforma. Esto implicaría que las medidas no punitivas y re-educadoras, en general, parecen efectivas para el tratamiento de la violencia filio-parental.

Sobre el Objetivo 3 se concluye que el modelo de psicoterapia más utilizado fue el sistémico-familiar. Es importante señalar el elevado número de menores que reciben tratamiento farmacológico.

La principal limitación del presente estudio es el tamaño reducido de la muestra, que no hace posible establecer generalizaciones de las variables. Es preciso matizar que esta

investigación es solamente descriptiva. El objeto de la misma es analizar la presencia de unas variables en los menores agresores y en sus familias.

## 5. CONCLUSIÓN

La aplicación práctica de los resultados obtenidos se sitúa en el ámbito de la prevención de la aparición de la violencia y en la intervención sociosanitaria. Conocer la descripción de las características psicológicas, sociales y educativas tanto de los menores como de sus familias permitiría a los profesionales de los Servicios de Protección y de Reforma de Menores y a las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil detectar casos de forma precoz y analizar en profundidad situaciones personales y familiares que pueden predisponer hacia la violencia filio-parental. Asimismo, serviría igualmente de guía para orientar la intervención y ajustar los servicios a las necesidades de estos menores y de sus familias.

## Bibliografía

- American Psychiatric Association (2001). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª Ed.). Barcelona: Masson.
- Bersabé, R., Fuentes, M. J. y Motrico, E. (2001). Análisis psicométrico de dos escalas para evaluar estilos educativos parentales. *Psicothema*, 13 (4), 678- 684.
- Bobic, N. (2002). Adolescent violence towards parents: Myths and realities. Rosemount Youth & Family Services.
- Boxer, P., Lakin Gullan, R. and Mahoney, A. (2009). Adolescents' Physical Aggression Toward Parents in a Clinic-Referred Sample. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38 (1), 106 – 116. <http://dx.doi.org/10.1080/15374410802575396>
- Chinchilla, M. J., Gascón, E., Gracia, J. y Otero, M. (2004). Un fenómeno emergente: Cuando el menor descendiente es el agresor. Manuscrito no publicado, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España.
- Cottrell, B. (2001). Parents Abuse: The Abuse of Parents by Their Teenage Children. The Family Violence Prevention Unit, Health Canada, Government of Canada. Recuperado el 29 de Julio de 2008, de [http://www.canadiancrc.com\\_abuse.htm](http://www.canadiancrc.com_abuse.htm)
- Cottrell, B. and Monk, P. (2004). Adolescent-to-Parent Abuse. A Qualitative Overview of Common Themes. *Journal of Family Issues*, 25 (8), 1072-1095. <http://dx.doi.org/10.1177/0192513X03261330>
- Departamento de Servicios Sociales y Familia. Instituto Aragonés de Servicios Sociales. Gobierno de Aragón (2009). Proyecto Educativo del área de Atención al

Menor en Conflicto Social. La intervención con los menores de edad en conflicto con lo Penal. Zaragoza: Author.

- Dugas, M., Mouren, M. C. and Halfon, O. (1985). Les parents battus et leurs enfants (Battered parents and their children). *Psychiatrie de l'enfant*, 28 (1), 185-220.
- Evans, D. and Warren–Sohlberg, L. (1988). A Pattern Analysis of Adolescent Abusive Behaviour toward Parents. *Journal of Adolescent Research*, 3 (2), 210-216. <http://dx.doi.org/10.1177/074355488832007>
- Gallagher, E. (2004). Youth Who victimise Their Parents. Australian and New Zealand *Journal Family Therapy*, 25 (2), 94-105. <http://dx.doi.org/10.1002/j.1467-8438.2004.tb00591.x>
- Garrido, V. (2007). Antes de que sea tarde. Cómo prevenir la tiranía de los hijos. Barcelona: Nabla Ediciones.
- Ghanizadeh, A. and Jafari, P. (2010). Risk factors of abuse of parents by their ADHD children. *European Child Adolescent Psychiatry*, 19, 75-81. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-009-0067-y>
- Herrero, O., Escorial, S. y Colom, R. (2009). Escala de Dificultades de Socialización de Cantoblanco (SOC). Madrid: TEA Ediciones.
- 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. Departamento de Justicia, Empleo y Seguridad Social.
- Ibabe, I. y Jaureguizar, J. (2011). ¿Hasta que punto la violencia filio-parental es bidireccional?. *Anales de Psicología*, 27 (2, mayo), 265-277.
- Instituto de la Mujer. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2006). Informe 2006. Madrid: Author.
- Instituto Nacional de Estadística. (2009). Encuesta de presupuestos familiares. Recuperado el 14 June de 2011, de <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t25/p458&file=inebase>
- Instituto Nacional de Estadística. (2010a). Encuesta de población activa. Recuperado el 14 de junio de 2011, de [http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft22/e308\\_mnu&file=inebase&L=0](http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft22/e308_mnu&file=inebase&L=0)
- Instituto Nacional de Estadística. (2010b). Medidas de protección a la infancia y adopciones. Adopciones internacionales y adopciones nacionales. Recuperado el 14 junio de 2011, de <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t25/a072/a02/10/&file=c70004.px&type=pcaxis&L=0> and

<http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t25/a072/a02/i0/&file=c70003.px&type=pcaxis&L=0>

- Kennair, N. and Mellor, D. (2007). Parent Abuse: A Review. *Child Psychiatry Human Development*, 38, 203 –219. <http://dx.doi.org/10.1007/s10578-007-0061-x>
- Kennedy, T., Edmonds, W., Dann, K. and Burnett, K. (2010). The Clinical and Adaptive Features of Young Offenders with Histories of Child-Parent Violence. *Journal Family Violence*, 25, 509- 520. <http://dx.doi.org/10.1007/s10896-010-9312-x>
- Laurent, A. and Derry, A. (1999). Violence of French Adolescents Toward Their Parents: Characteristics and Contexts. *Journal of Adolescent Health*, 25 (1), 21-26. [http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X\(98\)00134-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X(98)00134-7)
- Mahoney, A. and Donnelly, W. O. (2000). Adolescent-to-parent physical aggression in clinic- referred families: Prevalence and co-occurrence with parent-to-adolescent physical aggression. Paper presented in Victimization of Children and Youth: An International Research Conference, University of New Hampshire, Durham, England.
- Marcelli, D. (2002). Enfant tyrans et violents. Child and adolescent violence, battered parents. *Bulletin de l'Academie Nationale de Médecine*, 186 (6), 991-999.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Observatorio de la Infancia (2006). La infancia en cifras (2). Recuperado el 14 de junio de 2011, de <http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/laInfanciaCifras2.pdf>
- Nock, M. and Kazdin, A. (2002). Parent-Directed Physical Aggression by Clinic-referred Youths. *Journal of Clinical Child Psychology*, 31 (2), 193- 205. <http://dx.doi.org/10.1207/153744202753604476>
- Pagani, L., Larocque, D., Vitaro, F. and Tremblay, R.E. (2003). Verbal and Physical Abuse Toward Mothers: the Role of Family Configuration, Environment, and Coping Strategies. *Journal of Youth and Adolescence*, 32 (3), 215-222. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1022599504726>
- Pagani, L., Tremblay, R. E., Nagin, D., Zoccolillo, M., Vitaro, F. and McDuff, P. (2009). Risk Factor Models for Adolescent Verbal and Physical Aggression Toward Fathers. *Journal Family Violence*, 24, 173- 182. <http://dx.doi.org/10.1007/s10896-008-9216-1>
- Paterson, R., Luntz, H., Perlesz, A. and Cotton, S. (2002). Adolescent Violence towards Parents: Maintaining Family Connections When The Going Gets Tough. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 23 (2), 90-100. <http://dx.doi.org/10.1002/j.1467-8438.2002.tb00493.x>
- Pereira, R. (2006). Violencia filio-parental: un fenómeno emergente. *Mosaico Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar*, 36, 7-8.

BAILÍN-PERARNAU, C., TOBEÑA-ARASANZ, R., ORTEGA-FRANCO, G., ASENSIO-MARTÍNEZ, A. y MAGALLÓN-BOTAY, R.

- Pérez, J. (2001, Diciembre). Violencia familiar de los menores detectada por denuncias en la fiscalía de menores. Intervención. Ponencia II Jornadas de Salud Infanto-Juvenil, Madrid, España.
- Porter, R. B. and Cattell, R. B. (1999). Cuestionario de Personalidad para Niños CPQ. Madrid: TEA Ediciones.
- Rechea, C., Fernández, E. y Cuervo, A. L. (2008). Menores agresores en el ámbito familiar. Centro de Investigación en Criminología de la Universidad de Castilla-La Mancha y la Consejería de Bienestar Social de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 15, 1-80. Recuperado el 20 de Enero de 2010, de <http://www.uclm.es/criminologia/pdf/15-2008.pdf>
- Romero, F., Melero, A., Cánovas, C. y Antolín, M. (2005). La violencia de los jóvenes en la familia: Una aproximación a los menores denunciados por sus padres. Centre D'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada (CEJFE). Departament de Justícia, Generalitat de Catalunya. Recuperado el 15 de Septiembre de 2008, de [http://www.20.gencat.cat/docs/Justicia/Documents/ARXIUS/doc\\_28636973\\_1.pdf](http://www.20.gencat.cat/docs/Justicia/Documents/ARXIUS/doc_28636973_1.pdf)
- Roperti, E. (2006). Padres víctimas, hijos maltratadores. Pautas para erradicar la violencia en los adolescentes. Madrid: Espasa.
- Schuerger, J. M. (2005). Cuestionario de Personalidad para Adolescentes 16-PF-APQ. Madrid: TEA Ediciones.
- Stewart, M., Jackson, D., Mannix, J., Wilkes, L. and Lines, K. (2004). Current state of knowledge on child-to-mother violence: A literature review. *Contemporary Nurse*, 18, 199- 210. <http://dx.doi.org/10.5172/conu.18.1-2.199>
- Ulman, A. and Straus, M. (2000). Violence by Children Against Mothers in Relation to Violence Between Parents and Corporal Punishment by Parents. *Journal of Comparative Family Studies*, 34, 41-60.
- Urra, J. (2006). El pequeño dictador. Cuando los padres son las víctimas. Madrid: La Esfera de los Libros.
- Walsh, J. and Krienert, J. (2007). Child Parent Violence: An Empirical Analysis of Offender, Victim, and Event Characteristics in a National Sample of Reported Incidents. *Journal Family Violence*, 22, 563- 574. <http://dx.doi.org/10.1007/s10896-007-9108-9>