



## La intervención socioeducativa con adolescentes en centros de atención a la desprotección

Socio-educational intervention with adolescents in centres for the care of the unprotected

*Artículo de Investigación*

### AUTORES:

María Cristina Lopes-Dos-Santos<sup>1</sup>

Correo: [cristina.lopes@unavarra.es](mailto:cristina.lopes@unavarra.es)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3114-9046>

Universidad Pública de Navarra, España.

Alina de las Mercedes Campos Punte<sup>2</sup>

Correo: [alinacampos5d@gmail.com](mailto:alinacampos5d@gmail.com)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5535-3039>

Universidad Privada San Juan Bautista, Perú.

María Ángeles Briones Peralta<sup>3</sup>

Correo: [mabriones@dipucuenca.es](mailto:mabriones@dipucuenca.es)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7516-681X>

Diputación de Cuenca, Castilla la Mancha, España.

Recibido	Aprobado	Publicado
12 de junio de 2024	13 de agosto de 2024	10 de septiembre de 2024

<sup>1</sup> Doctora Trabajo Social.

<sup>2</sup> Dra. en Psicología. Docente Titular. Grupo de investigación HUM-878: Desarrollo humano e intervención socioeducativa. Departamento de Psicología. Universidad de Almería.

<sup>3</sup> Dra. en Psicología. Diputación de Cuenca, Castilla la Mancha, España





## RESUMEN

La actuación pedagógica con menores disruptivos es un elemento esencial en el abordaje a la atención a la infancia y adolescencia en las sociedades actuales. Objetivo: analizar y presentar el marco de intervención con menores disruptivos en el único centro de valoración de menores adolescentes que presentan conductas de riesgo autolítico para sí mismos y para otros. Metodología: análisis descriptivo combinado. Participación: 18 menores integrantes del Centro analizado, 55,56% (n=10) hombres y 44,44% (n=8) mujeres; edades de entre 13 y 17 años ( $\bar{\chi} = 15,75$ ) provenientes de diversas familias en situación de elevada desprotección. Instrumentos: contención física, técnicas de desescalada de la agresividad, atención centrada en la persona, disciplina positiva y validación. Resultados: 1) la intervención centrada en la persona, la disciplina positiva y la validación emocional de adolescentes generan resultados positivos en la intervención posterior a situaciones disruptivas de alta agresividad. 2) Las interacciones exclusivamente basadas en las sanciones, aislamiento y contención producen resultados inmediatos pero no a posterior. 3) Los menores con sintomatología de salud mental reinciden en las conductas agresivas. Conclusiones: Si bien no siempre es posible generar una desescalada en las conductas agresivas, el trabajo posterior con estos menores induce a pensar que las circunstancias de atención y validación emocional, así como el análisis referencial individualizado y centrado en la toma de conciencia, permiten una modificación de aspectos sustanciales y claves en la conducta de estos adolescentes.

*Palabras clave:* adolescentes disruptivos, intervención pedagógica, modelos y técnicas.

## ABSTRACT

Pedagogical action with disruptive minors is an essential element in the approach to care for children and adolescents in today's societies. Objective: to analyse and present the framework of intervention with disruptive minors in the only assessment centre for adolescent minors who present self-harming risk behaviours for themselves and others. Methodology: combined descriptive





analysis. Participation: 18 minors in the centre analysed, 55.56% (n=10) males and 44.44% (n=8) females; ages between 13 and 17 years ( $\chi = 15.75$ ) from different families in a situation of high lack of protection. Instruments: physical restraint, aggression de-escalation techniques, person-centred care, positive discipline and validation. Results: 1) Person-centred intervention, positive discipline and emotional validation of adolescents generate positive results in the intervention following highly aggressive disruptive situations. 2) Interactions based exclusively on sanctions, isolation and containment produce immediate results but not later. 3) Minors with mental health symptomatology relapse into aggressive behaviours. Conclusions: Although it is not always possible to generate a de-escalation in aggressive behaviour, the subsequent work with these minors leads us to think that the circumstances of attention and emotional validation, as well as the individualised referential analysis focused on awareness, allow for a modification of substantial and key aspects in the behaviour of these adolescents.

*Keywords:* disruptive adolescents, pedagogical intervention, models and techniques.

## INTRODUCCIÓN

La intervención socioeducativa en el campo de la adolescencia está marcada por perfiles con conductas disruptivas que presentan altos grados de desadaptación social, vivencias traumáticas y daños psico-socio-emocionales que inciden en su visión del mundo y su interacción con el mismo y con las personas circundantes. Estos estados alterados de la conducta precisan de un abordaje diferencial tanto por la edad como por el momento evolutivo y el bagaje experiencial. En esta línea, la protección a menores está orientada a valorar el daño sufrido y establecer una relación de ayuda que permita superar este impacto y mejorar su gestión emocional y readaptación.

El presente estudio aborda la metodología empleada en la atención a menores en dos centros de orientación y valoración de adolescentes que presentan conductas disruptivas como una forma de intervención socioeducativa que observa ciertos elementos eficientes desde perspectivas





relacionadas con el acercamiento y la atención, así como la validación y la disciplina positiva. Es necesario contribuir, desde distintos espacios de atención a menores disruptivos, a generar conocimiento y experiencias positivas de intervención. De este modo, es posible aumentar la eficacia y eficiencia a través de la práctica y ejemplos de intervención que contribuyan al conocimiento y desarrollo de actuaciones más evolucionadas y experimentadas. Lo que supone un factor relevante en el conocimiento y adaptación de la intervención socioeducativa a nuevos contextos y adolescentes.

El impacto social del presente estudio implica reconocer elementos de actuación eficientes frente a conductas disruptivas de adolescentes, ofreciendo un marco conciliador y potenciando los factores resilientes que presentan dichos adolescentes, superando actuaciones meramente punitivas o conductuales, y orientando los resultados a la toma de conciencia, la promoción de la autonomía y autodeterminación y la relación de ayuda desde la validación y proactividad.

## DESARROLLO

El proceso evolutivo de la adolescencia está marcado por elementos biológicos, conductuales, ambientales y homeostáticos (Nock y Prinstein, 2004; Chapman, Grantz y Brown, 2006). En este desarrollo innato a la ontogenia de cada individuo, emergen comportamientos autoagresivos ligados a este momento vital (OMS, 2010 y APA, 2014) y presentados con cierta frecuencia con respecto a otras etapas del desarrollo (Vallés y Vallés, 2006; Hilt, Nock, Lloyd-Richardson y Prinstein, 2008, Hawton, Saunders y O'Connor, 2012).

La protección del individuo frente a elementos externos estresores y amenazantes, presenta una base biológica innata ligada a la supervivencia. No obstante, en el caso de los adolescentes se observa una gestión de evitación conducente a la estabilización de su estado emocional que se convierte en un “auto ataque” que desemboca en una autoagresión (Wadman et al., 2016). Esto se produce principalmente en menores de 12 a 15 años traumatizados por abuso sexual infantil y por





trastornos como el TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático) como factores de base primordiales (Díaz de Neira et al., 2015; López-Soler, 2008).

Estas cuestiones se relacionan con el autoconcepto y, por consiguiente, con la autoestima. Una baja autoestima genera dependencia e inseguridad, así como desajuste consigo mismo y con el ambiente (Clark, Cledes y Bean, 2000), lo que lleva a síntomas psicopatológicos como la depresión, ansiedad y somatización (Garaigordobil, Pérez y Mozaz, 2008) y a comportamientos autodestructivos (Adams, Rodham y Gavi, 2005). En esta línea se encuentran comportamientos autolíticos, suicidas y autoagresiones psicológicas, suponiendo los primeros un medio para aliviar sentimientos negativos, afrontar dificultades, reducir el estrés y promover el autocastigo (Ibáñez-Aguirre, 2017).

Por otro lado, y desde la perspectiva diagnóstica clínica del DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) y CIE-X (Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS), los trastornos de conducta disruptiva (TCD) están asociados directamente al trastorno negativista y desafiante (TND), así como al trastorno disocial (TD).

El TND se caracteriza por manifestar un patrón de conducta hostil prioritariamente frente a la autoridad (contraponer, enfrentar, cometer infracciones y actuar contra las normas...). En este trastorno están presentes factores biológicos (Burke, Loeber y Birmaher, 2002), psicológicos (Shaw, Owens, Biovannelly y Winslow, 2001) y sociales (Connor, 2002). Para afrontar este trastorno, la intervención a través del programa Russell Barkley es habitual, orientada a prestar atención positiva al menor, enseñanza, recompensa, aprendizaje constructivo, tiempo fuera y control (Lavigne, et al. 2008).

El TD se orienta a una persistencia en la violación de las reglas y normas de conducta. Manifiesta un patrón repetitivo de conducta antisocial que agrede los derechos básicos de las demás personas, suponiendo amenazas o intimidación hasta daño grave, crueldad, fugas y demás comportamientos de esta índole (Oliver et al., 2011). Es especialmente recurrente a posterior si se ha dado un inicio





de estas conductas previo a los 10 años de edad (Díaz et al., 2004).

En relación a la tipología de tratamientos de estas conductas disruptivas, los orientados al ámbito psicosocial se han centrado en entrenamientos en habilidades personales y sociales que se asocian a los procesos cognitivos relacionados con el comportamiento social y el reconocimiento sobre las consecuencias de las conductas, así como los entrenamientos a progenitores sobre el patrón de conductas relacionales paterno-filiales, y la terapia Multisistémica, abordando la tríada individuo-familia-ambiente como recurso para reducir la sintomatología y promover un comportamiento adaptado (De la Peña, 2003). Estas últimas presentan efectividad en agresores sexuales juveniles, delincuencia, uso de sustancias e interacción social (Letoruneau et al., 2009; Klietz, Bourduin y Schaeffer, 2010).

El afrontamiento de estas dificultades y menores con conductas disruptivas, se ve ampliamente reflejado y aumentado en aquellas situaciones traumáticas en las que, por motivos relacionados con indicadores muy severos de desprotección, se ven privados de las relaciones paterno-filiales en sus entornos y contextos naturales de interacción y residencia, y los y las adolescentes son retirados a centros de observación y valoración. En este caso, la intervención sobre conductas disruptivas se vuelve especialmente relevante y necesaria. Tal es el caso del análisis que se presenta a continuación sobre la experiencia profesional de intervención socioeducativa con estos menores en un centro residencial de la Comunidad Foral de Navarra (España).

Los adolescentes atendidos presentan comportamientos relacionados con la sintomatología del TND y TD, incurriendo en hostilidad hacia las figuras educativas (insultos, agresividad verbal y corporal, amenazas), agresividad hacia el entorno con la ruptura de enseres y mobiliario, autolesiones, chantaje emocional, pasividad agresiva contra las normas e indicaciones, tendencia a la fuga y rechazo del cuidado y atención. Son patrones relacionados con vivencias previas, concepción de la persona adulta como generadora de daño e imposición del ingreso en el centro





ante la desprotección vivida por sus progenitores, que redundaba en un sentimiento de pérdida de libertad, desprecio y animadversión por el mundo adulto y la sociedad, y necesidad de escape y/o de afrontamiento agresivo a la percepción de amenaza. Estas emociones inadecuadamente gestionadas, junto con la inmadurez y las vivencias dolosas, llevan a los menores a comportamientos de elevada agresividad y connivencia con iguales para protagonizar motines y refriegas. Por otro lado, la convivencia de varios adolescentes en un mismo centro con experiencias similares y en procesos de desarrollo de igual envergadura, propicia momentos de tensión y la irrupción de conductas disruptivas.

**Muestra:** para este estudio se ha utilizado la población real de menores que se encontraban en el Centro de Orientación y Valoración para menores de 13-17 años de la Comunidad Foral de Navarra (España) en el periodo julio-agosto de 2024, suponiendo un total de 18 menores (8 mujeres y 10 hombres) ubicados en 1 centro (exclusivo de atención a menores con disrupción en este momento vital). Este centro está especializado en el abordaje de estas conductas incluyendo equipo educativo (Psicología, Educación Social, Pedagogía, Trabajo Social) y equipo de seguridad. Las y los menores en este centro presentaban indicadores de desprotección muy severa relacionada con: agresiones sexuales, malos tratos físicos, negligencias severas en el cuidado y atención, maltrato emocional y daño psicológico. De acuerdo a la normativa vigente en España (Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia y Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia) y el II Manual de Protección a Infancia y Adolescencia de Navarra (Orden Foral 211/2019, de 20 de mayo, del Consejero de Derechos Sociales, por la que se aprueba el II Manual de Procedimiento para la valoración en el marco de la protección infantil en la Comunidad Foral de Navarra), son objeto de desprotección severa los indicadores antes mencionados y la valoración del daño se realiza en el centro fuera del entorno familiar y el contexto de maltrato. Dicha valoración comporta un tiempo de 3 a 6 meses y se realiza de manera integral por el equipo técnico existente.





Las conductas disruptivas que presentan estos menores se encuentran en el marco de situaciones y reactividad expuestas en el marco teórico presentado. Se utilizan tres metodologías combinadas de intervención que han sido analizadas desde la aplicación práctica: el análisis teórico-práctico, el registro y la evaluación de resultados. Se trata de observar cómo la metodología del centro aborda las situaciones disruptivas emergidas y desde qué planteamientos teórico-prácticos para observar los resultados obtenidos. La población analizada ha estado determinada por las situaciones de disrupción que han emergido, siendo el total de ellas y el total de menores implicados en las mismas. Los criterios de inclusión se han basado en la emergencia de dichas conductas disruptivas. Los métodos empleados han sido: contención física, técnicas de desescalada de la agresividad, atención centrada en la persona, disciplina positiva y validación.

En los dos meses analizados todos los y las menores atendidos han presentado algún episodio disruptivo pero sólo 9 de ellos han requerido una intervención socioeducativa frente a situaciones de elevada tensión. Los demás han protagonizado desajustes temporales como riñas entre iguales, quejas, malestar con figuras educativas, desobediencia leve y desorganización general. Los 9 planteados (8 hombres y 1 mujer) de entre 15 y 17 años de procedencia diversa (autóctona y extranjera: Magreb y Latinoamérica) han presentado conductas altamente disruptivas como: intentos de agresión a figuras educativas y de seguridad, fugas, destrucción de materiales y enseres, amenazas, intentos autolíticos y agresiones a iguales.

Frente a estas conductas se ha aplicado:

- *Fase inicial de la conducta disruptiva:* Técnicas de desescalada de agresividad al inicio del proceso de agresividad a través de: comunicación verbal, lenguaje corporal, actitud y habilidad profesional, límites, control ambiental.
- *Fase subsiguiente con aumento de la conducta disruptiva:* contención física, separación y aislamiento medido temporalmente.





- *Fase posterior tras periodo de reajuste:* atención centrada en la persona, disciplina positiva y validación.

La fase de aumento de la conducta agresiva se ha dado en 7 menores de los atendidos, en 2 de ellos de manera reincidente. Ambos menores presentaban sintomatología asociada a patología mental sin diagnosticar. En el momento de la intervención se estaba en proceso de diagnóstico.

En los 5 menores atendidos la intervención de desescalada no fue eficiente, habiendo generado un grupo promotor de fuga cuyo objetivo estaba orientado a salir del centro. Desde esta perspectiva se entiende que el factor desencadenante no estaba en la conducta en sí y el malestar individual, sino en la meta final, lo que se considera que pudo ser propiciador de la no reducción de la desescalada.

En el caso de los otros dos menores (un hombre y una mujer), la intervención en la fase inicial de desescalada sí propició la reducción de la conducta. En ambos casos presentaban comportamientos autolíticos, autoagresión, baja autoestima, elevada frustración, falta de empatía y escaso control y gestión emocional. La actuación profesional permitió reducir la escalada de agresividad.

En todos los casos se produjo, posteriormente, una intervención en la fase posterior al reajuste orientada a la toma de conciencia, valoración de costes-beneficio, autoanálisis, autorregulación, búsqueda de alternativas y reconocimiento. En este sentido, 7 de los 9 menores atendidos (no así en los dos que presentaban sintomatología asociada a patología mental sin diagnosticar), modificaron su conducta reduciendo los elementos disruptivos de la misma hacia posiciones similares a la de los menores que no habían protagonizado ninguna de estas situaciones. En esta intervención posterior participó todo el equipo educativo, principalmente las figuras educativas y psicológica, desde una visión unánime y promoviendo mensajes similares y fomentando el análisis de lo acontecido y los resultados.

**Discusión:** los resultados obtenidos indican que la intervención centrada en la persona (Fundación Pilares, 2014), la disciplina positiva (Carrera-Garcés, Barrera-Erreyes y Salazar-Bonilla, 2020), y





la validación emocional de adolescentes (Dávila, Alfonso y Medina, 2021; Cerón y Contreras, 2022) generan resultados positivos en la intervención posterior a situaciones disruptivas de alta agresividad. La interacción con estos adolescentes a posterior, genera espacios de abordaje de la situación vivida, análisis, clarificación, toma de conciencia y aprendizaje en la gestión emocional.

Las interacciones exclusivamente basadas en las sanciones, aislamiento y contención tienen resultados inmediatos en la conducta pero no permiten ahondar en procesos posteriores que modifiquen conscientemente las interacciones y permitan afrontar nuevas fórmulas de relación interpersonal. No obstante, son eficaces en circunstancias momentáneas para reducir drásticamente la conducta, su escalada y sus resultados perniciosos, en la línea que plantean autores como Díaz et al. (2004), Lavigne, et al. (2008) o Oliver et al. (2011).

La terapia Multisistémica que plantea De la Peña (2003) no es posible ejecutarla en un entorno residencial como el planteado por la limitación en la interacción con el entorno natural y con las figuras progenitoras. Si bien, se reconoce la importancia de conocer y valorar dicho entorno y, en el caso de retorno al domicilio familiar, trabajar con los padres en el contexto natural y en los factores generadores de estrés en estos menores y en sus progenitores para reducir las conductas de daño y aumentar los elementos protectores y resilientes.

## CONCLUSIONES

El análisis realizado presenta factores optimistas en la intervención socioeducativa con adolescentes disruptivos. Si bien no siempre es posible generar una desescalada en las conductas agresivas, el trabajo posterior con estos menores induce a pensar que las circunstancias de atención y validación emocional, así como el análisis referencial individualizado y centrado en la toma de conciencia, permiten una modificación de aspectos sustanciales y claves en la conducta de estos adolescentes.

El estudio presenta limitaciones de contexto y número, debiendo observar otros análisis y espacios a desarrollar investigaciones que permitan verificar la ocurrencia de estos resultados u otros





diferentes. No obstante, la realidad específica que presenta permite un análisis en un contexto controlado y en un ambiente y circunstancias específicas y extremas. Pudiendo servir de referente a otras actuaciones en otros espacios, dado que la metodología aplicada es replicable a otros contextos.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, J., Rodham, K., y Gavin, J. (2005). Investigating the “self” in deliberate self-harm. *Qualitative Health Research*, 15, 1293-1309. Doi: 10.1177/1049732305281761
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.) (DSM-5)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- BOE 175, de 23 de julio de 2015, Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia <https://www.boe.es/eli/es/lo/2015/07/22/8>
- BOE 134, de 05 de junio de 2021, Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/06/04/8/>
- BON 105 de 31 de mayo de 2019. ORDEN FORAL 211/2019, de 20 de mayo, del Consejero de Derechos Sociales, por la que se aprueba el II Manual de Procedimiento para la valoración en el marco de la protección infantil en la Comunidad Foral de Navarra <https://bon.navarra.es/es/anuncio/-/texto/2019/105/0/>
- Burke, J.D., Loeber, R., y Birmaher, B. (2002). Oppositional defiant and conduct disorder. A review of the past 10 years, part II. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 275-1293. Doi: 10.1097/00004583-200211000-00009
- Clark, A., Cledes, H., y Bean, R. (2000). *Cómo desarrollar la autoestima en los adolescentes*. Barcelona: Debate.





- Connor, D.F. (2002). *Agression & antisocial behavior in children and adolescents. Research and treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Carrera-Garcés, E.M., Barrera-Erreyes, H.M. y Salazar-Bonilla, M.F. (2020). Disciplina Positiva, experiencia en la formación de la autonomía en los adolescentes. *Digital Publisher*, 5(4), 12-23. Doi: <https://doi.org/10.33386/593dp.2020.4.193>
- Cerón, M.F. y Contreras, M. (2022). *Estrategias de validación emocional y psicología positiva con niños, niñas y adolescentes*. Trabajo Fin de Grado. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., y Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 371-394. Doi: 10.1016/j.brat.2005.03.005
- Dávila, Z., Alfonso, A. y Medina, J. (2021). Validación del inventario de capacidades emocionales en adolescentes (ICEA). *MediSur*, 19(6), 959-969. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/1800/180071523008/html/>
- Díaz, J., De la Peña, F., Suárez, J. y Palacios, L. (2004). Perspectiva actual de la violencia juvenil. *Med UNAB*, 6, 115-124.
- De la Peña, F. (2003). Tratamiento multisistémico para adolescentes disociales. *Salud Pública*, 45(Supl 1),124-130.
- Díaz de Neira, M., García-Nieto, R., León-Martínez, V., Pérez-Fominaya, M., Baca, E., y Carballo, J. J. (2015). Prevalencias y funciones de los pensamientos y conductas agresivas en adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8(3), 137-145. Doi: 10.1016/j.rpsm.2013.09.003
- Fundación Pilares (2014). *Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona*. Madrid: Tecnos.





- Garaigordobil, M., Pérez, J. I., y Mozaz, M. (2008). Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms. *Psicothema*, 20(1), 114-123. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/5645694\\_Self-concept\\_self-esteem\\_and\\_psychopathological\\_symptoms](https://www.researchgate.net/publication/5645694_Self-concept_self-esteem_and_psychopathological_symptoms)
- Hawton, K., Saunders, K. E., y O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379, 2373-2382. Doi: 10.1016/S0140-6736(12)60322-5
- Hilt, L. M., Nock, M. K., Lloyd-Richardson, E. E., y Prinstein, M. J. (2008). Longitudinal study of nonsuicidal self-injury among young adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 28, 455-469. Doi: 10.1177/0272431608316604
- Ibáñez-Aguirre, C. (2017). Claves psicopatológicas de las conductas autoagresivas en la adolescencia. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(1), 65-70.
- Klietz, S.J., Bourduin, C.M., Schaeffer, C.M. (2010). Cost-benefit analysis of multisystemic therapy with serious and violent juvenile offenders. *Journal Family Psychology*, 24, 657-666. Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0020838>
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: El trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 159-174. Doi: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.3.2008.4057>
- Lavigne, J.V., Lebailly, S.A., Gouze, K.R., Cicchetti, C., Pochyly, J., Arend, R., Jessup, B. y Binns, H. (2008). Treating oppositional defiant disorder in primary care: a comparison of three models. *Journal Pediatric Psychology*, 33:449-461. Doi: [10.1093/jpepsy/jsm074](https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm074)
- Letourneau, E.J., Henggeler, S.W., Borduin, C.M., Schewe, P.A., McCart, M.R., Chapman, J.E. y Saldana, L. (2009). Multisystemic therapy for juvenile sexual offenders: 1-year results from





- a randomized effectiveness trial. *Journal Family Psychology*, 23(1), 89-102. Doi: <https://doi.org/10.1037%2Fa0014352>
- Nock, M. K., y Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 885-890. Doi: 10.1037/0022-006X.72.5.885
- Oliver, B.R., Barker, E.D., Mandy, W.P.L., Skuse, D. y Maughan, B. (2011). Social cognition and conduct problems: a developmental approach. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 50(4), 385-394. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2011.01.006>
- Shaw, D.S., Owens, E.B., Biovannelly, J. y Winslow, E.B. (2001). Infant and toddler pathways leading to early externalizing disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 40(1), 36-43. Doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200101000-00014>
- Vallés, A., y Vallés, C. (2006). *Autoconcepto y autoestima en adolescentes: Educación secundaria, primer ciclo*. Valencia: Promolibro.
- Wadman, R., Clarke, D., Sayal, K., Vostanis, P., Amstrong, M., Harroe, C., y Townsend, E. (2016). An interpretative phenomenological analysis of the experience of self-harm repetition and recovery in young adults. *Journal of Health Psychology*, 22(13), 1-11. Doi: 10.1177/1359105316631405

#### **DECLARACIÓN DE CONFLICTO Y CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES**

Las autoras declaran no presentar ningún tipo de conflicto de intereses. En relación a la contribución de cada autora: Lopes-Dos-Santos, M.C. (conceptualización, investigación, metodología y redacción), Campos Puente, A.M. (supervisión, validación y visualización) y Briones Peralta, M.A. (supervisión, validación y visualización).

