



Artículo original

Implementación de una intervención multifamiliar para niños con problemas conductuales y emocionales en una población semirrural



Martha Isabel Jordán-Quintero^{a,b,*}, Felipe Agudelo Hernández^c,
Adonilso Julio De la Rosa^d, Luisa Fernanda Cardona Porras^e
y José Miguel Uribe-Restrepo^a

^a Grupo de Investigación: Perspectivas en ciclo vital, salud mental y psiquiatría, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^b Unidad de Salud Mental, Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt, Bogotá, Colombia

^c Departamento de Pediatría, Universidad de Manizales, Manizales, Colombia

^d Facultad de Medicina, Universidad de Manizales, Manizales, Colombia

^e Departamento de Psiquiatría general, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de agosto de 2020

Aceptado el 5 de octubre de 2020

On-line el 15 de diciembre de 2020

Palabras clave:

Psicoterapia múltiple

Familia

Síntomas afectivos

Niño

Comunidad

R E S U M E N

Objetivo: Determinar la factibilidad de implementar una intervención grupal multifamiliar, basada en la comunidad, en una población semirrural en Aranzazu, en el norte de Caldas, Colombia.

Métodos: Estudio cualitativo. Se tomó una muestra de conveniencia de 10 familias con niños con alteraciones afectivas y conductuales, previamente identificados mediante la *Child Behavior Checklist* (CBCL). Se adaptó a la cultura y a las necesidades de las familias el modelo de Psicoterapia Psicoeducativa Multifamiliar (MF-PEP).

Resultados: Se describen los contenidos de las sesiones, los temas y las experiencias que fueron más significativos para los niños y sus familias.

Conclusiones: La adecuación al contexto cultural de la intervención multifamiliar tuvo una muy buena aceptación de los participantes, tanto cuidadores como niños y terapeutas.

© 2020 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Implementation of a Multi-Family Intervention for Children With Behavioural and Emotional Problems in a Semi-Rural Population

A B S T R A C T

Objective: To determine the feasibility of implementing a community-based, multi-family group intervention in a semi-rural population in Aranzazu, northern Caldas, Colombia.

Keywords:

Multiple psychotherapy

Family

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mjordan@javeriana.edu.co (M.I. Jordán-Quintero).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.10.006>

0034-7450/© 2020 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Affective symptoms
Child
Community

Methods: Qualitative study. A convenience sample was taken of 10 families with children with affective and behavioural disorders, previously identified by the Child Behaviour Checklist (CBCL). The Multifamily Psychoeducational Psychotherapy (MF-PEP) model was adapted to the culture and needs of the families.

Results: The contents of the sessions and the topics and experiences that were most significant for the children and their families are described.

Conclusions: The adaptation to the cultural context of the multi-family intervention had a very good acceptability by all participants: caregivers, children and therapists.

© 2020 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Los trastornos mentales originan una gran carga de enfermedad en todo el mundo y también en Colombia. Según la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015, la prevalencia de cualquier trastorno mental en los últimos 12 meses en la población de 7-11 años era del 4,7% (intervalo de confianza del 95% [IC95%], 3,6%-6,2%). Esto quiere decir que cerca del 5% de todos los niños y niñas de la población tienen o han tenido un trastorno mental en el último año según la percepción de sus cuidadores¹.

Para este grupo etario, los trastornos mentales más frecuentes en los últimos 12 meses fueron el trastorno por déficit de atención (3%; IC95%, 2,1%-4,1%), siendo el subtipo con hiperactividad el más frecuente (1,7%; IC95%, 1,2%-2,4%), seguido del trastorno de ansiedad de separación (1,8%; IC95%, 1,1%-3%) y los trastornos de ansiedad generalizada y negativista desafiante (0,4%; IC95%, 0,2%-0,8%). En la misma encuesta, al aplicar el Cuestionario de Reporte para Niños (RQC) a la población de 7-11 años, se encontró que el 44% necesita valoración por profesionales de la salud mental, según estos indicadores: trastornos del lenguaje (19,6%), nerviosismo (12,4%), cefaleas (9,7%) y poco juego (9,5%)¹.

Buscando dar respuesta a los problemas de salud mental, tanto la Ley de Salud Mental del 2013 como la Política de Salud Mental de 2018 consideran que los niños y adolescentes constituyen una población prioritaria para la salud pública en Colombia. De este modo, las políticas en Colombia buscan priorizar la atención a niños y adolescentes a través de estrategias de promoción, prevención y acceso a cuidados oportunos y basados en la evidencia. Además, las etapas tempranas de la vida son un momento clave para implementar estrategias de atención, ya que el 70% de los trastornos mentales comienzan antes de los 24 años^{2,3}.

Sin embargo, el sistema de salud actual en Colombia no tiene la capacidad suficiente para cubrir las necesidades de salud mental de niños y adolescentes. En efecto, el número de psiquiatras generales y de psiquiatras y psicólogos especializados en niños y adolescentes es insuficiente y la mayoría de los recursos humanos especializados se concentra en las grandes ciudades². Para las zonas rurales, en particular, la oferta de servicios de salud mental para niños y adolescentes es claramente insuficiente.

Un ejemplo de poblaciones con recursos de salud mental insuficientes es el municipio de Aranzazu, Caldas, donde

se ha identificado en niños síntomas afectivos o conductuales inespecíficos descritos como desencadenantes o como consecuencia de problemas en la casa y en el colegio⁴. De igual modo, a los niños con intentos de suicidio y síntomas conductuales graves (relacionados en su gran mayoría con alteraciones afectivas subyacentes) se los remite a Manizales para tratamiento hospitalario. Atendida la situación de crisis, regresan a Aranzazu con cita de control en tiempos que pocas veces se cumplen y en ocasiones con tratamiento farmacológico. No hay otras estrategias en marcha para ayudar a mantener la mejoría o recuperar su lugar en la escuela, su casa y su entorno en general. Tampoco se cuenta con atención para las familias.

Antes que buscar que se preste una atención individual especializada a cada uno de estos niños y adolescentes, es necesario hallar una alternativa de cuidado que sea cercana a la comunidad, que pueda llevarse a cabo en la localidad y con el personal de salud existente en la comunidad. Por otra parte, para atender de manera más integral las dificultades emocionales y de conducta de los niños, es indispensable trabajar también con las familias⁵.

Al realizar una búsqueda de intervenciones con evidencia que cumplieran con estas características⁶⁻¹², se encontró una revisión sistemática que evaluó la factibilidad y la eficacia de la psicoterapia dinámica intensiva a corto plazo, determinando que este tipo de intervenciones fueron más eficaces que las condiciones de control, aunque propone más estudios para especificar qué factores están asociados con una respuesta adecuada⁶. Asimismo se ha especificado que las intervenciones de salud mental basadas en la comunidad, especialmente a través del entorno familiar, pueden ser prometedoras para mejorar los enfoques que abordan el abismo de calidad de los servicios de salud mental y las disparidades de servicios^{7,8}. Otro tipo de intervención, denominada terapia familiar funcional, encontró en Irlanda que las tasas de recuperación clínica fueron significativamente mayores que en el grupo de control, y tanto los padres como los adolescentes informaron una mejoría en el ajuste familiar que se mantenía a los 3 meses de seguimiento⁹; este tipo de intervenciones acercó a las familias al sistema de salud, además de mejorar síntomas¹³. Algunos estudios que la han implementado han encontrado predictores y moderadores de respuesta de las intervenciones psicosociales; un mayor deterioro funcional de los niños es predictor de un peor resultado, mientras que los antecedentes de estrés o trauma de los niños y la emo-

ción expresada por los padres serían moderadores de estos resultados¹⁴.

En esta búsqueda, se encontró la psicoterapia psicoeducativa multifamiliar (MF-PEP), diseñada por Fristad et al.¹⁵ en la *Ohio State University* de Columbus (Estados Unidos). La terapia multifamiliar consiste en un tratamiento grupal breve y complementario que incorpora técnicas de psicoeducación, terapia familiar y terapia cognitivo-conductual (TCC). Este método se diseñó originalmente para jóvenes con diagnósticos de estado de ánimo mixtos y se ha mostrado eficaz en el tratamiento de niños en edad escolar con trastorno bipolar¹⁶⁻²⁰. En este sentido, algunos estudios basados en observaciones y cuestionarios de autoinforme tuvieron resultados de implementación de aceptabilidad, adopción, adecuación, factibilidad, costo de implementación y sostenibilidad de este tipo de terapias; además, los padres también mostraron una mejora significativa en el conocimiento de los trastornos del estado de ánimo después del tratamiento, y en entornos tanto clínicos como comunitarios^{21,22}.

De este modo, el presente trabajo busca estudiar la factibilidad de la implementación del modelo de psicoterapia multifamiliar en una población semirural colombiana. Esta intervención es una estrategia de prevención indicada, ya que aborda ante todo a niños con dificultades pero que aún no cumplen los criterios diagnósticos categóricos. Es importante también anotar que esta intervención forma parte de una estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC) que se viene llevando a cabo desde 2016, reconocida por el Ministerio de Salud y Protección Social como experiencia exitosa^{2,3}.

Antecedentes

Por otra parte, en Aranzazu es frecuente encontrar grupos familiares extensos con varias generaciones que tienen miembros con diagnóstico de trastornos del ánimo²³. Como se ha descrito en la literatura, esto, sumado a las dificultades para un tratamiento integral, resulta en que los adultos (padres, abuelos, maestros) que tienen al cuidado los niños a su vez tienen dificultades para manejar sus propias emociones y expresan su malestar a través de síntomas afectivos o de conducta, lo que se ha descrito en niños y adolescentes con estas entidades afectivas^{24,25}. En consecuencia, hay pocos recursos para resolver conflictos, lo que fácilmente resulta en una cadena de eventos desafortunados que pueden favorecer quiebres en la cotidianidad, como maltratar a los niños en la casa^{24,26}. De manera similar, pueden darse maltratos en el colegio porque los niños no entran en el molde del «alumno ideal», con el riesgo de desescolarización. Cuando esto ocurre, los padres se sienten todavía más desamparados, y estando agotados, luchan porque sus hijos no pierdan su lugar en el colegio y puedan aprender y establecer relaciones valiosas con niños de su edad^{25,27,28}. Un estudio en niños de 7-12 años determinó que los predictores más consistentes de conflicto intraparental fueron el nivel de hostilidad expresado en la interacción, la experiencia previa de los niños con conflictos interparentales físicamente agresivos y la edad de los niños²⁹. Teniendo en cuenta la relación recíproca entre los trastornos y problemas afectivos y el sistema familiar, las intervenciones deben incluir este sistema para lograr mejores desenlaces. Según una revisión sistemática realizada por Reinares et al. en 2016¹¹,

la mayoría de los estudios basados en evidencia respaldan la eficacia del tratamiento familiar complementario en los resultados de la enfermedad, tanto en la población juvenil como en la adulta, así como los beneficios para los cuidadores.

En 2018 se aplicó, en conjunto con la Pontificia Universidad Javeriana y la Universidad de Manizales, una criba con la *Child Behavior Checklist* (CBCL) a 277 escolares de 4-10 años (200 de ellos, entre 5 y 8 años) en 3 instituciones educativas de Aranzazu: 2 de zona urbana y 1 de zona rural. Se encontró que, de la población a la que se aplicó esta escala, 135 (45%) de los niños de 5-8 años tenían alteraciones afectivas y/o conductuales⁴. También se encontró una asociación de estas puntuaciones con alteraciones en la experiencia escolar, las formas de vinculación con sus cuidadores principales y algunos dominios neuropsicológicos, como la atención mantenida y la memoria de trabajo. Estos resultados indican un mayor riesgo de que aparezcan trastornos del estado del ánimo y otras enfermedades mentales, además de sus complicaciones (conducta suicida, abandono escolar, etc.).

El estudio realizado por Agudelo-Hernández et al.⁴ en 2018 encontró una relación estadísticamente significativa entre el riesgo de psicopatología según el CBCL de los niños y el nivel de depresión de los cuidadores según el Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9), con valores de $p < 0,0001$ en ambos casos. Asimismo demostraron que, a medida que el hijo presenta síntomas de riesgo medio o alto, el porcentaje de adultos con síntomas de depresión es mayor que en los padres cuyos hijos no tienen ese riesgo. Asimismo, la proporción de niños que presentan algún grado de riesgo es mayor cuando los padres reportan dificultades percibidas en la vida diaria según el PHQ-9, valores que se incrementan a medida que aumenta el riesgo de los hijos. En resumen, el estudio plantea que, en la comunidad aranzacita, las dificultades emocionales se presentan tanto en los niños como en sus familias, lo cual refuerza la necesidad de un abordaje integral de niños y familia.

Métodos

Estudio exploratorio, de tipo cualitativo-descriptivo, orientado a la descripción de las experiencias de los niños y sus familias a través de herramientas etnográficas de observación, diario de campo y entrevistas grupales e individuales, realizado durante el primer periodo del año 2019, en el municipio de Aranzazu Caldas. Conformaron la población los niños con síntomas o problemas afectivos y conductuales identificados con el CBCL y sus familias. De esta población se tomó una muestra de 10 familias por criterio de conveniencia.

El objetivo del presente estudio es determinar la factibilidad de implementar una intervención de psicoterapia psicoeducativa multifamiliar en un grupo de niños y sus familias de Aranzazu, buscando evaluar la posibilidad de llevar a cabo intervenciones psicosociales efectivas, factibles y ajustadas al contexto particular de la población³⁰.

Formaron el grupo de investigación 3 psiquiatras infantiles, 1 psiquiatra general, 1 neuropsicólogo, 1 trabajadora social y 1 médica rural. Previo consentimiento informado verbal y escrito, se realizaron y grabaron los encuentros grupales y se construyó un diario de campo, para el posterior análisis

Tabla 1 – Prioridades para los cuidadores, grupo focal

Necesidades priorizadas por cuidadores	Percepción de los cuidadores
Tristeza	«Mi otro hijo, es otro tema, es una persona muerta» «... tengo un vacío porque no pude disfrutar cuando era niño»
Miedo	«Según la percepción de los niños, predominan los síntomas afectivos encabezados por la tristeza y la rabia, se agrega a los componentes descritos el miedo». (Notas de los facilitadores)
Rabia	«Hace llorar a sus hermanos menores, también a su hermana, incluso a mí, de un momento a otro está bien y después se desquita»
Cambios de temperamento	«Mi hijo es muy temperamental, no le gusta estudiar, no le gusta hacer nada, en un momento está contento y después no quiere hacer nada»
Inquietud	«Mi hija es muy hiperactiva en la escuela, en la casa es uno A»
Aislamiento	«Es una persona muy callada, me gustaría ayudarle a hablar con otros, es muy nervioso»
Impaciencia	«Busco estrategias por internet para ayudarle y entenderlo, lo único que le veo por mejorar es la impaciencia»
Baja autoestima	«Se trata de tonto y de bobo porque no puede hacer las labores en el colegio»
Dificultades en la familia: más allá del «paciente»	«¿Solo se menciona al niño que está enfermo o a los otros también hay que mencionarlos?»
Dificultad para resolver problemas cotidianos	«Los quería tirar por un voladero»
¿Cómo comunicar? ¿Cómo comunicarnos?	Entre los padres, con los hijos, con los profesores de sus hijos
Problemas específicos: «¿Qué hago si...?»	Petición general de apoyo y expectativa de ayuda para situaciones puntuales
«Lo que no está, lo que no se dice»	Los temas anteriores no agotan las preocupaciones y los temores de las personas; por un lado insinúan temas de los que querían hablar en algún momento o también encontrar cómo expresar en palabras algunas vivencias y sufrimientos que, si bien causan dolor, son difíciles de identificar y, en consecuencia, de compartir
Dificultades de sus hijos en la escuela:	
Comportamiento	«Era muy grosero con la profesora.» «Presenta algunas conductas desafiantes.» «Las profesoras me dicen que no son capaces con X, grita, coge la niña de los pies y la tira al suelo. . . he estado muy triste»
Rendimiento	
Aprendizaje	
Atención	«Mi hija necesita ayuda para poner atención.» «¿Cómo hacer para que la niña se concentre más en el estudio?»
Memoria	

y la elaboración del artículo. Una persona estuvo encargada de observar el contexto sin interferir en el desarrollo de la sesión y otra, como observador general, se encargó de registrar la dinámica del grupo, el contexto y el ambiente, al igual que opiniones, consensos, acuerdos y desacuerdos de los participantes. En total se realizaron 6 sesiones.

La información obtenida se trató con los niños y sus familias en un proceso de concertación, para facilitar que las familias decidieran sobre qué información se debía publicar. La aplicación de los principios éticos permitió mantener una relación de respeto y privacidad en el tratamiento de la información, con la consecuente socialización de los resultados con los participantes, y evaluar la posibilidad de ampliar la intervención y repetirla en otros sitios para niños con problemas emocionales y del comportamiento.

El protocolo fue aprobado por los Comités de Ética e Investigación del Hospital San Ignacio- Pontificia Universidad Javeriana y de la Universidad de Manizales. Para la adaptación y la implementación de la MF-PEP, se siguieron los siguientes pasos:

1. *Adecuación al contexto.* A partir de los contenidos y las sesiones descritas en el método de Frisstad et al., los miembros del equipo investigador realizaron una adaptación cultural y una determinación de las prioridades del grupo de padres^{15,20}. En el modelo original, el componente de psicofarmacología tiene un lugar prominente, probablemente

debido a que en Estados Unidos con frecuencia se trata los problemas de conducta con medicamentos, mientras que los psicofármacos son poco habituales en la población del estudio. Por este motivo, la discusión de medicaciones no ocupa tanto tiempo. De igual modo, las rutas de atención se simplificaron para reflejar los procesos de cuidado de la población de estudio. Vale la pena anotar que los participantes del grupo focal no mencionaron ninguno de estos 2 puntos como prioridades.

2. *Grupo focal: validación de prioridades con cuidadores.* Para la validación de prioridades de temas que fueran significativos para los cuidadores, se hizo un grupo focal con 9 de ellos: 8 madres y 1 abuela, facilitado por 2 de los investigadores (FA y MIJ) y 3 miembros del equipo de salud local (AA, trabajadora social, ACD, neuropsicólogo y LFC, médica rural). Ningún padre asistió en esa ocasión. Durante la sesión, se establecieron como prioridades para ellas los síntomas afectivos, las dificultades en la familia más allá del paciente, las dificultades para resolver los problemas cotidianos y en la escuela, la ausencia de comunicación, el comportamiento y el rendimiento en la escuela, específicamente preocupaciones en aprendizaje, atención y memoria (tabla 1). De los síntomas afectivos, la rabia y los cambios de temperamento constituyen los puntos de interés para el grupo, seguidos de la tristeza, la inquietud, el aislamiento, la impaciencia y la baja autoestima. Se pidió a las madres y a la abuela presentes que pensarán

Tabla 2 – Contenidos adaptados de las sesiones de cuidadores y de niños

Número de sesión	Tema del grupo de cuidadores	Tema del grupo de niños
1	Problemas afectivos de los niños, sus síntomas	Problemas afectivos de los niños, sus síntomas
2	Ciclo familiar negativo	Conexión entre pensamientos, sentimientos y acciones
3	Desarrollar habilidades para resolver problemas	Desarrollar habilidades para resolver problemas. Ejercicio detenerse-pensar-planear-hacer-verificar
4	Mejorar las habilidades de comunicación verbal y no verbal	Mejorar las habilidades de comunicación no verbal
5	Tratamiento de los síntomas	Mejorar las habilidades de comunicación verbal
6	Revisar la segunda parte del programa. Graduación	Revisión y graduación

en los padres de familia y compartieran su percepción acerca de los problemas. Respondieron que, para ellos, lo prioritario eran los síntomas afectivos, principalmente la rabia, seguida por las dificultades en la familia, la ausencia de comunicación, el comportamiento en la escuela y la dificultad para resolver los problemas. Según las madres, al preguntarles por el punto de vista de los niños, predominan los síntomas afectivos, encabezados por la tristeza y la rabia. Las madres mencionan por primera vez el miedo de los niños al preguntarles por la perspectiva de sus hijos. También mencionan la necesidad de ayuda para resolver peleas entre los miembros de la familia, problemas en la escuela y ausencia de comunicación en ambos espacios como posibles preocupaciones de sus hijos.

3. *Contenidos definidos.* Los temas considerados por el equipo luego del ajuste cultural incorporan las preocupaciones de los cuidadores. Tomando en cuenta las necesidades anotadas por los cuidadores y el ajuste inicial, se diseñó la intervención con los temas esquematizados en la [tabla 2](#).
4. *Ejecución de las sesiones de grupo.* Entre el 9 de marzo y el 1 de junio de 2019, se hicieron 6 reuniones (una con el grupo de niños y otra con el grupo de cuidadores, en cada ocasión). En la [tabla 3](#) se resumen los contenidos trabajados en dichas sesiones.

Análisis de la información

Miembros del equipo investigador transcribieron las entrevistas grupales y el diario de campo realizado durante la observación de las sesiones, lo que permitió un análisis comparativo entre las diferentes herramientas etnográficas empleadas e identificar los datos relacionados con el tema de interés y los posibles subtemas emergentes, con posterior puesta en común y retroalimentación entre todos los profesionales del grupo. El análisis de las entrevistas individuales permitió complementar y consolidar los temas abordados en las sesiones, al igual que identificar puntos centrales de acuerdo y desacuerdo entre los participantes.

Resultados

Las sesiones conjuntas multifamiliares con los niños y sus familias se desarrollaron con una activa participación y permitieron la exploración de los temas priorizados por los padres. Para el grupo, la construcción participativa de los temas que abordar durante las sesiones fue también un elemento positivo que permitió una mayor apropiación de la modalidad. De igual modo, los miembros de los grupos encontraron muy

valiosa la posibilidad de compartir y ayudar a otros a partir de la experiencia propia y, simultáneamente, aprender de la experiencia de otros. De este modo, destacaron la función terapéutica de los grupos, experiencia que era nueva para ellos. A ello se agrega la función contenedora del grupo.

La discusión en grupo de los temas de importancia emocional para los adultos permitió encontrar, entre ellos mismos y con los terapeutas, alternativas de comprensión y de cambio en patrones de interacción familiar. Para los adultos, poder compartir sus dificultades con otros y entender que eran comunes resultó en un alivio del aislamiento y los sentimientos de soledad y de impotencia. En los grupos de niños, a través del juego y verbalizaciones, expresaron su preocupación por las tristezas y angustias de sus cuidadores y su temor a enfrentar tareas que exceden sus capacidades. Ello muestra que su rol en la familia incluye elementos de ser cuidado, pero también de tener que asumir precozmente un rol más adulto.

Para los adultos, las dificultades emocionales de sus hijos evocan un temor a perderlos de forma concreta o porque cambian de manera radical. Como ejemplo de lo primero, está el miedo a que mueran por suicidio o desaparezcan, y como ejemplo de lo segundo, expresan ideas relacionadas con el «hijo muerto» (vivo físicamente, pero tan triste que se alejó de toda actividad y relación). Al mismo tiempo, manifiestan su angustia ante el fracaso de su rol de cuidador, que se puede entender como temor a que las dificultades los desborden y no sepan cómo poner límites y/o sean capaces de contener. De otra parte, la sensibilidad frente a los estados mentales de sus hijos lleva a las mismas angustias en los padres, que en unas ocasiones las entienden y gestionan y en otras, reaccionan impulsivamente como resultado de estar abrumados por esas emociones («el problema es que mamá está triste»).

Discusión

Las dificultades en la comunicación ocuparon un lugar protagónico en varias de las sesiones. Estas dificultades se juegan en varios niveles: entre los padres y sus hijos, entre los padres mismos y entre los padres y los profesores y otras personas adultas. Con frecuencia los padres son conscientes de que no pueden entenderse o comunicarse con sus hijos, y ello lleva al temor de que esta misma situación se dé con otros adultos con quienes interactúan los niños. Los cuidadores lograron reconocer que la dificultad en reconocer el mensaje (mediado por la conducta) de los hijos resulta en acciones o castigos que no responden a las necesidades emocionales de los hijos, algo que pasaba tanto en el hogar como en la escuela.

Tabla 3 – Intervenciones multifamiliares

Sesiones	Actividades realizadas
Sesión 1. Marzo 9	
<i>Grupo de cuidadores</i>	Problemas afectivos de los niños y sus síntomas
Contenidos abordados	Situaciones difíciles vividas en la escuela y el dolor que sentían cuando a sus hijos les exigían comportarse o aprender «como a los niños que no tienen nada» Frustración que generaba que los castigaran en la escuela Desesperación y desesperanza La secuencia rabia-tristeza fue compartida por varios de los padres Dolor por la «borradura»: cuando los hacen a un lado
Reflexiones	Después de plantear que es difícil lograr una buena relación porque los adultos se desesperan, y esto solo trae respuestas inadecuadas y tristeza, desesperanza y frustración; el grupo se centra en cómo la actitud de un adulto interesado y que inspire confianza promueve una mejor respuesta de los niños (contención) Se evidencia la confusión inicial de si el grupo es para hablar de los sentimientos de los niños o también de los propios de los cuidadores, especialmente en los padres
<i>Grupo de niños</i>	Problemas afectivos en niños y sus síntomas
Contenidos abordados	Diferencia entre problema y trastorno Qué es el afecto, qué es una emoción, cuáles son las emociones Cuando se parecen y se confunden las emociones Cuáles son los sentimientos y las sensaciones Dificultad de los niños en general para diferenciar las emociones, las sensaciones y los sentimientos Muchos en este grupo creen que la tristeza es la rabia La «hiperactividad» para no sentir miedo; la ansiedad para no pensar la tristeza: «si me pongo triste, no juego»
Reflexiones	Se experimenta en este grupo lo que indica el neurodesarrollo: dificultades en la mentalización, en la definición de emociones También hay dificultades (y esto es un objetivo de las intervenciones individuales) en lograr la simbolización de estas emociones: definir para limitar lo que se siente y experimentarlo como tal Esto no ocurre solo en los niños: los cuidadores, por lo que expresan ellos en esta sesión, también tienen dificultad para buscar un símbolo que ilustre sus emociones
Sesión 2. Marzo 23	
<i>Grupo de cuidadores</i>	Desarrollar habilidades para resolver problemas
Contenidos abordados	Dificultades de los padres con la autoridad: no logran que los hijos hagan lo que les piden o deben repetir muchas veces una instrucción Los castigos: se abre un debate entre si se debe evitar que los hijos «se salgan con la suya» antes de incumplir la norma, o si el castigo debe venir después de la infracción (la situación que da pie al debate es que una niña se va en bicicleta cuando la mamá le ha dicho que solo puede montar cuando haya terminado los deberes). Unos opinan que le tiene que quitar la bicicleta (para evitar que se vaya) y otros, que solo le deben quitar la bicicleta si realmente se va Respeto: cambios en la forma de hacer cumplir las normas relacionados con cambios generacionales, percepción de la verticalidad: «antes a uno, le decían algo los papás, y uno corría... ahora no».
Reflexiones	La necesidad de establecer figuras de autoridad, la importancia de la autoridad (diferente del autoritarismo) Desautorización de uno de los padres por el otro
<i>Grupo de niños</i>	Desarrollar habilidades para resolver problemas. Ejercicio detener-pensar-planear-hacer-verificar
Contenidos abordados	Uno abre diciendo que viene «a estar mejor». Los niños refieren que su problema es «el otro»: «aguantar» al hermano (en lo concreto, lo rescató de un intento de suicidio), pero también es quien aguanta el mal genio y las conductas desafortunadas y quien le da soporte. Otro niño dice que su problema es que su mamá está triste porque su papá está en la cárcel. Otro más, que sufre porque en el colegio no lo quieren y otro, que se desespera cuando otro niño se porta «como loco», por lo que lo deberían amarrar. Dos niños permanecen silenciosos; no proponen, sino que esperan El terapeuta los percibe tristes
Reflexiones	Cuando se les propone jugar y se ponen los juguetes a su disposición, aparecen varios elementos: la necesidad de defenderse en un mundo en el que hay buenos y también malos, las posibles soluciones a los problemas: pelear, hablar, pensar. Un niño solo logra contenerse abrazando al terapeuta En una de las historias, la maldad se ejerce con «matarratas», un producto con el que hay varios intentos de suicidio reportados
Reflexiones	Hay una referencia cultural al «gota a gota», interiorización de la agresión o identificación con el agresor El suicidio ya es conocido por ellos
Sesión 3. Abril 6	
<i>Grupo de cuidadores</i>	Ciclo familiar negativo
Contenidos abordados	Temen repetir ciertas dinámicas centradas en la rabia, la crítica, el maltrato y la falta de comprensión del desarrollo del niño

Tabla 3 – (Continuación)

Sesiones	Actividades realizadas
Reflexiones	Los padres, viendo a sus hijos y reflexionando sobre lo que les ocurre y el comportamiento que surge en torno a esto, se conectan con la propia infancia. Entonces, pueden considerar algunas de las reacciones que han tenido hacia sus hijos como inadecuadas o excesivas
Grupo de niños	Conexión entre pensamientos, sentimientos y acciones
Contenidos abordados	El terapeuta pregunta qué hacen cuando tienen rabia. Van pidiendo turno para responder: «Cuando la rabia es muy grande, me dan ganas de pegarle a los marranos o a mi mamá. A veces lo hago, pero ya no tanto. Ahora solo daño las cosas, las tiro al suelo» Un niño se refiere a su hermano como «perro rabioso» (ese niño ha hecho 2 intentos graves de suicidio, en momentos de mucha rabia). «Yo me arranco el pelo» «A mí me da rabia la rabia de mi hermano. . . y le pego» Dos niños, que se han definido previamente como «los más bravos» y están considerados muy activos, permanecen quietos, abrazados. El moderador los percibe tristes, como si detrás de la rabia estuviera la tristeza El terapeuta pregunta luego acerca de las ideas que acompañan la rabia: «Los momentos de enojo son eternos» «Yo pienso que me voy a meter en muchos problemas, pero a veces ya es tarde porque ya he reaccionado mal» «Yo pienso que me tienen que coger entre cinco; si no, hago daños» «A mí se me pasa por la cabeza que sería mejor si no existiera el mundo o si no existiera yo»
Reflexiones	Cuando regresa la calma y evalúan lo sucedido, ven que la rabia puede conducir a acciones equivocadas y tomar malas decisiones. Viene la culpa
Sesión 4. Mayo 4	
Grupo de cuidadores	Mejorar las habilidades de comunicación verbal y no verbal
Contenidos abordados	El terapeuta habla de lenguaje. Todo el grupo asocia inicialmente el lenguaje con la palabra hablada Se proponen las otras formas de lenguaje: el grupo empieza a decir que también con los ojos se dicen cosas: «Yo sé cuando me mira que el niño está triste»; y así narran el enojo, la alegría y la preocupación a través de las palabras Se hace ejercicio corporal desde trabajo social para identificar también una forma de comunicación a través de los movimientos corporales
Reflexiones	Los padres privilegian mucho la palabra como forma de comunicación de sus hijos a una edad en la que la palabra viene en un segundo lugar Se aprende que no toda inquietud motora es hiperactividad y que no todo dolor abdominal, dolor de cabeza y «accidentes de orina o de popó» son enfermedades También el cuerpo es un mensaje, para identificar síntomas, para dar señalamientos en la crianza
Grupo de niños	Mejorar las habilidades de comunicación no verbal
Contenidos abordados	Se propone un ejercicio de narrar un cuento sin palabras, solo con gestos En la construcción del cuento, se repite la historia del «gota a gota», para lo que vuelven a tomar los juguetes y los billetes didácticos. Esto se hace como un pequeño guión Cuentan que alguien pidió un dinero prestado, que no pudo pagar, que cobraron violentamente y que la persona deudora y su familia pasaron un mal momento al final de la historia Como actividad final, se pidió que se volviera a narrar la historia en palabras; se pide un voluntario, y 2 hermanos lo hacen
Reflexiones	Tienen una facilidad especial para construir la historia sin palabras También fue relativamente sencillo convertir en palabras la historia, en la cual preveían el odio y la venganza, que fueron las situaciones más fáciles de identificar para ellos; no narraron la tristeza final de la familia en palabras Persiste la imagen del «gota a gota» como forma de hacer dinero, lo que se podría establecer como una propuesta de su cultura
Sesión 5. Mayo 11	
Grupo de cuidadores	Tratamiento de los síntomas
Contenidos abordados	El terapeuta menciona que la dinámica del grupo fue orientándolo a la situación de poder que viven los padres con los hijos: «A veces no sabemos quién manda a quien» Se retoman aspectos del ciclo familiar negativo, en los que se menciona que la única forma que tenían los cuidadores para obedecer, cuando eran niños, era a través del miedo, por el maltrato de sus padres. Unos temen maltratar, y en ocasiones se identifican como «flexibles» Se propone el concepto de contención emocional, muy necesario para niños y adolescentes con los síntomas especificados en este grupo
Reflexiones	Muchos padres ven necesaria la violencia física para tratar los síntomas conductuales y afectivos. A la gran mayoría les da temor ejercerla por lo que pasó con ellos, y tienden a ser permisivos o a mostrarse desesperanzados, dejando a un lado la capacidad de contener y apuntalar en lo que se siente, la urgente tarea de acompañar el desarrollo emocional de sus hijos

Tabla 3 – (Continuación)

Sesiones	Actividades realizadas
<p>Grupo de niños</p> <p>Contenidos abordados y reflexiones</p>	<p>Mejorar las habilidades de comunicación verbal (el terapeuta, considerando que el tema era «tratamiento de los síntomas» para los adultos, la llamó «sesión de emociones» para el grupo de niños)</p> <p>Vinieron muchos niños, también los hermanitos de los asistentes habituales «que van bien». Otra diferencia fue que la sesión se hizo en el patio del hospital porque la lluvia impidió ir a la cancha donde se habían llevado a cabo los demás encuentros</p> <p>El terapeuta trae juguetes y los pone a disposición para que entre todos construyan una historia con ellos. Ponen en escena el «gota a gota»: actividad a la que se dedican varios jóvenes de la región, y que los pone en riesgo al tener que cobrar dineros de la usura. En medio de la excitación y la angustia de algunos de los niños, logran identificar y verbalizar miedo, y tristeza. También hablan de la locura (uno de los niños estaría como loco por no haberse tomado la pastilla), que se describe como pérdida de control. También refieren alegría al poder contar la historia</p>
<p>Sesión 6. Junio 1</p> <p>Grupo de cuidadores</p> <p>Contenidos abordados</p>	<p>Cierre de la primera fase. Se revisa la segunda parte del programa. Graduación</p> <p>Asisten 10 cuidadores, vienen los 2 papás asistentes. El moderador de esta sesión es un terapeuta que los participantes reconocen como parte del equipo, pero que no había estado presente hasta el cierre</p> <p>«Ellos ayudaron a dar un empujoncito sobre nuestros hijos, cómo debemos educarlos mejor, a no tratarlos mal, a estar como más unidos con la familia»</p> <p>«Uno va aprendiendo muchas cosas»</p> <p>Describen sentirse acompañados, encontrar complicidad, recuperar la confianza en que sus iniciativas pueden ser útiles para otros y también en la posibilidad de que su situación mejore si emplean una iniciativa propuesta por otro participante</p> <p>Se sintieron unidos, acompañados</p> <p>«Uno a veces vuelve paisaje las cosas, o por evitar discusiones permite que ellos hagan unas o dejen de hacer otras, y no lo había percibido» (mamá que refiere que el grupo hizo que cayera en la cuenta de que ella ponía la norma y ella misma se encargaba de no hacerla cumplir para evitar discusiones)</p> <p>Fue una sorpresa para todos ellos darse cuenta de que podían ayudar a otras personas</p> <p>Al final, cuando se preguntó si querían hablar acerca de algo más, empezaron a hablar de los momentos de crisis de sus hijos, la tristeza profunda, la pérdida de interés, el mal genio, la rabia, los intentos de suicidio. Y también de la angustia que les genera pensar en la posibilidad de que se hagan daño de nuevo, y (ligado a esto) «el cargo de conciencia»: el miedo a prohibir y poner normas, pensando que puedan reaccionar más y que la cadena de reacciones genere un nuevo intento suicida</p> <p>Refirieron también que percibían cambios en ellos (cuidadores), y que estos daban lugar a un cambio en la dinámica de la casa, del que todos se beneficiaban</p>
<p>Reflexiones</p>	<p>Nosotros habíamos pensado que se requerirían consultas individuales luego en ciertos casos, puesto que el grupo les hacía más fácil expresarse por la confianza, la apertura, la evocación de algo propio al oír la intervención de otro participante, la compañía, el hecho de sentirse identificados por sufrimientos de los demás, reflejados en otros...</p> <p>La participación en el grupo les hace sentir que no están solos afrontando problemas de los que resulta difícil hablar por diversas razones: porque no creen que sea útil en la consecución de soluciones posibles, por pena, por no saber con quién hacerlo...</p>
<p>Grupo de niños</p> <p>Contenidos abordados y reflexiones</p>	<p>Revisión y graduación</p> <p>Se hace difícil hablar en grupo porque los niños comienzan a jugar entre todos, el terapeuta opta por entrevistarlos uno por uno. Un niño dice que le gusta venir al grupo y comienza a contar una historia de amor: «Ella me tiene muy contento porque ya tengo alguien con quién hablar»</p> <p>Vuelve a aparecer el juego de ir a cobrar, el miedo y la necesidad de protección por parte de alguno. Pasan de la guerra a la construcción de un juego al que se van uniendo participantes, también a construir con un bloques de construcción. Hay una guerra, aparece un arma secreta: «Es la máquina de la rabia... Si la uso, se termina la pelea, pero es para situaciones urgentes, cuando uno ya no puede más». Logran terminar la guerra sin usar el arma secreta que tiene el riesgo de matar animales también. En el juego de una pareja de hermanitos, se invierte el rol entre cuidador y cuidado habitual. Al final de la sesión, el juego se desorganiza y resulta llamativo que destruyen los juguetes</p>

En los grupos paralelos de niños, se destaca que el mismo hecho de poder jugar y verbalizar durante todas las sesiones refleja una capacidad simbólica y creativa que tiene un valor terapéutico propio. Los niños se sienten ya «señalados» como problemáticos, y expresan incluso un lenguaje adulto y controlador como cuando dicen de otro niño: «que lo amarren como a un loco» y de ellos mismos: «me distraigo, no me puedo quedar quieto, me gusta mucho correr y en el colegio no me quieren». Los terapeutas favorecen la expresión de este dolor, buscan dar explicaciones a las manifestaciones y no reaccionan con exclusión o juicio. Cabe esperar que el trabajo paralelo

con los cuidadores, al permitirles entender mejor qué subyace a las conductas problemáticas, ayude también a romper el círculo acusador, culpabilizador y estigmatizante del niño.

La modalidad de sesiones paralelas y la facilitación de los terapeutas permitieron un trabajo en grupo de los padres y la expresión de dificultades emocionales que no habían sido posibles en otros contextos, incluidas las consultas individuales. En la sesión de cierre, los padres reconocieron lo valioso de los aportes de los otros compañeros y no solo de los terapeutas, y también los aportes que podían brindar a otros a partir de sus propias experiencias, que resultan en una expe-

riencia de apoyo, terapéutica y reparadora. Es decir, a pesar de tener problemas, no son solo un problema, sino que, al contrario, pueden utilizar su experiencia para ayudar a otros. Tanto los cuidadores como los niños lograron entender cómo las dificultades no son solo de uno de ellos, sino de la díada padre-hijo.

El tratamiento de la frustración, la ira y la impotencia de los padres fue un elemento central. Afín a este, surge el miedo a las consecuencias negativas de los límites, lo cual incluye temor al suicidio, posiblemente reflejo de un desenlace que ha sido doloroso en la comunidad. Esto se expresa también en el juego de los niños: «Hágale caso y deje que gane, que si no, se enoja y se mata», y comentarios similares de varios de los integrantes del grupo de niños, en varias sesiones.

Otros contenidos significativos fueron el temor a una lectura sintomática exclusiva de las dificultades de los hijos en las escuelas, y que esta lleve a una consecuencia disciplinaria que termine en una exclusión del niño, en lugar de una comprensión de sus dificultades. Esta situación es en cierto modo un eco de la respuesta misma de los padres en el contexto familiar, cuando expresaron el dolor frente al trato disciplinario en la casa, y no saber si estaban poniendo límites necesarios o, por el contrario, castigando a sus hijos por problemas emocionales. Finalmente, en la sesión de cierre los cuidadores mostraron su aceptación de la psicoterapia multifamiliar al decir que ojalá muchas otras personas pudieran tener la misma experiencia.

El estudio permitió también encontrar algunas dificultades y limitaciones. A pesar de que las sesiones se llevaban a cabo en la cabecera municipal, y en un día de mercado (en que suelen asistir al pueblo), sigue habiendo dificultades de acceso. En segundo lugar, algunos de los coterapeutas no vivían en la misma población, lo que implicó logística y costos adicionales. Por último, está claro que, dada la dificultad en algunos casos particulares, es necesario complementar la terapia multifamiliar con abordajes individuales.

Conclusiones

La adecuación al contexto cultural de la intervención multifamiliar tuvo una muy buena aceptación de los participantes, tanto cuidadores como niños y terapeutas. Se logró conformar los grupos en una comunidad semirural, lejos de las capitales.

Los contenidos planeados permitieron trabajar las dificultades priorizadas por los padres, con una participación activa y con diálogos abiertos entre ellos mismos y los terapeutas. En especial, el grupo permite expresar dificultades que antes no había sido posible hablar. Por otra parte, los cuidadores se sorprendieron al ver que sus problemas no eran «raros», «únicos» y aislantes y que podían aprender y ayudarse mutuamente. Ello permite un nuevo rol para ellos, que no sea solo el de «papá o mamá problema con niño problema».

Una vez más, en la conclusión del grupo de padres, expresada en su deseo manifiesto de contar con más sesiones de grupo y en su recomendación abierta de ofrecerlo a otros miembros de la comunidad que podrían beneficiarse tanto como ellos, destaca la aceptabilidad de la intervención. Para los investigadores, hasta cierto punto sorprendió la dinámica de los grupos, que permitió la identificación y expresión de

dificultades emocionales y de posibles soluciones encontradas por el propio grupo.

Este primer piloto fue implementado por psiquiatras generales y de niños y adolescentes, lo cual es una limitación para la extensión del modelo a otras poblaciones. El siguiente paso implica la capacitación de otros profesionales sanitarios de la comunidad para la implementación de los grupos multifamiliares. El personal local es más cercano física y culturalmente, favorece la continuidad y la periodicidad, es más accesible y resulta menos costoso.

Una segunda fase debe examinar desenlaces clínicos y sociales de los niños y los padres, incluido el desempeño escolar de los niños. Por último, en tanto componente de un modelo comunitario, se hace necesario incluir a los profesores y el ambiente escolar de modo que los logros de estos grupos encuentren eco en el ambiente escolar.

Financiación

MII, JMU y LFC recibieron apoyo por parte de la Universidad Javeriana en forma de horas protegidas para investigación. La Universidad de Manizales apoyó gastos de desplazamiento de FA y LFC.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Al personal del primer nivel de atención del Hospital San Vicente de Paúl de Aranzazu y a las familias que participaron del proceso, gracias por las enseñanzas que nos han dado.

BIBLIOGRAFÍA

- Gómez-Restrepo C, Escudero de Santacruz C, Matallana Eslava D, Pérez Rojas EE, Cabezas Olave LF. Tomo 1, En: *Encuesta Nacional de Salud Mental*. 4.ª ed. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015. p. 211-5.
- Política Nacional de Salud Mental. Resolución 4886 de 2018 Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2018. p. 16-19.
- Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas. Resolución 089 de 2019 Colombia. Bogotá; Ministerio de Salud y Protección Social; 2019. p. 7-12.
- Agudelo-Hernández F, Julio-De La Rosa A, Casas-Nieto G. *Detección temprana de psicopatología en niños de 5 a 8 años en Aranzazu, Caldas*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2019.
- Goldstein BI, Birmaher B, Carlson GA, DelBello M, Findling R, Fristad M, et al. *The International Society for Bipolar Disorders Task Force report on pediatric bipolar disorder: Knowledge to date, directions for future research*. *Bipolar Disord*. 2017;19:524-43.
- Abbass A, Town J, Driessen E. *Intensive short-term dynamic psychotherapy: A systematic review and meta-analysis of outcome research*. *Harv Rev Psychiatry*. 2012;20:97-108.
- Alegría M, Wong Y, Mulvaney-Day N, Nillni A, Proctor E, Nickel M, et al. *Community-based partnered research: new*

- directions in mental health services research. *Ethn Dis.* 2011;21 3 Suppl 1:S8-16.
8. Driessen E, Abbass AA, Barber JP, Connolly Gibbons MB, Dekker JJM, Fokkema M, et al. Which patients benefit specifically from short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) for depression? Study protocol of a systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ Open.* 2018;8:e018900.
 9. Hartnett D, Carr A, Sexton T. The effectiveness of functional family therapy in reducing adolescent mental health risk and family adjustment difficulties in an Irish context. *Fam Process.* 2016;55:287-304.
 10. Peterson CA. Short-term psychoanalytic psychotherapy: "a construction zone". *Am J Psychother.* 2011;65:193-204.
 11. Reinares M, Bonnín CM, Hidalgo-Mazzei D, Sánchez-Moreno J, Colom F, Vieta E. The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2016;43:47-57.
 12. van der Stouwe T, Asscher JJ, Stams GJJM, Deković M, van der Laan PH. The effectiveness of multisystemic therapy (MST): A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2014;34:468-81.
 13. Mendenhall AN, Fristad MA, Early TJ. Factors influencing service utilization and mood symptom severity in children with mood disorders: effects of Multifamily Psychoeducation Groups (MFPGs). *J Consult Clin Psychol.* 2009;77:463-73.
 14. MacPherson HA, Algorta GP, Mendenhall AN, Fields BW, Fristad MA. Predictors and moderators in the randomized trial of multifamily psychoeducational psychotherapy for childhood mood disorders. *J Clin Child. Adolesc Psychol.* 2014;43:459-72.
 15. Fristad MA, MacPherson HA. Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent bipolar spectrum disorders. *J Clin Child. Adolesc Psychol.* 2014;43:339-55.
 16. Fristad MA, Goldberg-Arnold JS, Gavazzi SM. Multifamily psychoeducation groups (MFPG) for families of children with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2002;4:254-62.
 17. Fristad MA, Goldberg-Arnold JS, Gavazzi SM. Multi-family psychoeducation groups in the treatment of children with mood disorders. *J Marital Fam Ther.* 2003;29:491-504.
 18. Fristad MA, Goldberg Arnold JS, Leffer JM. *Psychotherapy for children with bipolar and depressive disorders.* New York: Guilford; 2011.
 19. Fristad MA, Verducci JS, Walters K, Young ME. Impact of multifamily psychoeducational psychotherapy in treating children aged 8 to 12 years with mood disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 2009;66:1013-21.
 20. Young AS, Fristad MA. Family-based interventions for childhood mood disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am.* 2015;24:517-34.
 21. Macpherson HA, Leffler JM, Fristad MA. Implementation of multi-family psychoeducational psychotherapy for childhood mood disorders in an outpatient community setting. *J Marital Fam Ther.* 2014;40:193-211.
 22. MacPherson HA, Mackinaw-Koons B, Leffler JM, Fristad MA. Pilot effectiveness evaluation of community-based multi-family psychoeducational psychotherapy for childhood mood disorders. *Couple Fam Psychol Res Pract.* 2016;5:43-59.
 23. Bedoya G, García J, Montoya P, Rojas W, Amézquita ME, Soto I, et al. Análisis de isonimia entre poblaciones del noroeste de Colombia. *Biomédica.* 2006;26:538.
 24. Miklowitz DJ. Functional impairment, stress, and psychosocial intervention in bipolar disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2011;13:504-12.
 25. Birmaher RS y B. Trastorno bipolar en niños y adolescentes. En: Rey, J.M., Martin, A., editores., JM., Rey's, IACAPAP, e-textbook of child, adolescent mental health, [Internet]., Ginebra: International Association for Child, Adolescent Psychiatry, Allied Professions, 2018. p. 6-7. Disponible en: <http://iacapap.org/wp-content/uploads/E.2-Bipolar-Spanish-2018.pdf>. Consultado 12 Jul 2020.
 26. Meyer SE, Carlson GA, Wiggs EA, Rosanville DS, Martínez PE, Klimes-Dougan B, et al. A prospective high-risk study of the association among maternal negativity, apparent frontal lobe dysfunction, and the development of bipolar disorder. *Dev Psychopathol.* 2006;18:573-89.
 27. Zepf FD, Biskup CS, Holtmann M, Runions K. Trastorno de desregulación disruptiva del estado del ánimo. En: Irarrázava M, Martin A, editores. IACAPAP e-textbook of child and adolescent mental health. Ginebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2017. p. 1-15.
 28. Freed RD, Tompson MC, Wang CH, Otto MW, Hirshfeld-Becker DR, Nierenberg AA, et al. Family functioning in the context of parental bipolar disorder: Associations with offspring age, sex, and psychopathology. *J Fam Psychol.* 2015;29:108-18.
 29. Grych JH. Children's appraisals of interparental conflict: situational and contextual influences. *J Fam Psychol.* 1998;12:437-53.
 30. Walker JS, Koroloff N. Grounded theory and backward mapping: Exploring the implementation context for wraparound. *J Behav Heal Serv Res.* 2007;34:443-58.