



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**ESTUDIO PRELIMINAR DE LA POSIBLE
REPERCUSIÓN DE UNA PSICOTERAPIA
PSICODRAMÁTICA GRUPAL EN VARIABLES
CLÍNICAS Y ADAPTATIVAS CON MENORES EN
ACOGIMIENTO RESIDENCIAL**

Autora: Julia Sánchez Díaz

Directora Profesional: M^a Cruz González Ruíz

Tutor Metodológico: David Paniagua Sánchez

Madrid

Mayo, 2016

Julia
Sánchez
Díaz

**ESTUDIO PRELIMINAR DE LA POSIBLE REPERCUSIÓN DE UNA PSICOTERAPIA
PSICODRAMÁTICA GRUPAL EN VARIABLES CLÍNICAS Y ADAPTATIVAS CON
MENORES EN ACOGIMIENTO RESIDENCIAL**



RESUMEN

El objetivo principal de este estudio es evaluar el posible efecto de una psicoterapia grupal psicodramática en 8 menores, entre los 8 y los 14 años, con medidas de acogimiento residencial y residentes en el centro "El Olivo", ubicado en la Comunidad de Madrid. Se evaluaron a nivel individual las variables clínicas: ansiedad, depresión, retraimiento y agresividad, y las variables adaptativas: relaciones interpersonales y habilidades sociales. La variable ansiedad fue evaluada a lo largo del un año de psicoterapia (30 sesiones), mediante cuestionarios: Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS), Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en niños (STAIC) y la subescala EE-Sentimiento de ansiedad del Inventario Clínico para Adolescentes Millon-Maci. El resto de variables fueron evaluadas con el Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (BASC), a los 7 meses y a los 12 meses del comienzo de la psicoterapia (12 sesiones). Se realizó un análisis individual de cada variable a cada uno de los participantes a través de la prueba *Reliable Change Index (Índice de Cambio Fiable)*. Los resultados del estudio muestran cambios estadísticamente significativos en 26 de las 48 variables analizadas en total. Desde el punto de vista clínico, de las 20 variables que reflejaban malestar en los menores, en 17 de ellas se ha visto reducido.

Palabras clave: Psicoterapia psicodramática, acogimiento residencial, menores, ansiedad, depresión, retraimiento, agresividad, relaciones interpersonales, habilidades sociales

ABSTRACT

The main objective of this study is to evaluate the possible effect of a psychodrama group psychotherapy in 8 children, between 8 and 14 years, under residential care measures and residents in the center "El Olivo" located in the Community of Madrid. They were individually assessed in the following clinical variables: anxiety, depression, withdrawal and aggression, and in adaptive variable as follows: interpersonal relationships and social skills. The anxiety variable was evaluated over a year of psychotherapy (30 sessions) through the following questionnaires: Child Anxiety (CAS) Questionnaire State-Trait Anxiety in children (STAIC) and the subscale EE-Feeling Anxiety Inventory Millon Adolescent clinical-Maci. The remaining variables were evaluated with the System Behavior Assessment of Children and Adolescents (BASC), 7 months and 12 months after the starting of psychotherapy (12 sessions). An individual analysis of each variable was performed to each one of the participants through the test *Reliable Change Index (Index Dependable Change)*. The results of the study show significant statistical changes in 26 of the total 48 variables analyzed. From the clinical point of view, 17 of the 20 variables evaluated which showed discomfort in children, have been reduced.

Key words: Psychodrama Psychotherapy, Residential Child Care, Childhood, Anxiety, Depression, Withdrawal, Aggression, Interpersonal Relations, Social Skills

En España, los últimos datos oficiales publicados por el Observatorio de la Infancia indican que en 2013 existían 42.569 expedientes abiertos relacionados con menores, habiéndose producido un aumento en 330 casos respecto al año anterior. En 2013 se adoptaron un total de 35.045 medidas de acogimiento de las cuales el 38,2% corresponden a acogimiento residencial y 61,8% a acogimiento familiar. A pesar de haberse producido un descenso en la tasa de menores bajo tutela, la tasa de menores en guarda ha aumentado de manera estadísticamente significativa. El acogimiento residencial es “una medida protectora consistente en el cuidado y custodia del menor, bien como contenido propio de la Tutela o con independencia de que ésta se haya asumido, cuando se lleva a efecto mediante el ingreso del menor en un centro o establecimiento” (Observatorio de la Infancia, Boletín Estadístico 16, 2013). La medida de acogimiento, ya sea residencial o familiar, constituye una disposición de institucionalización del menor, que es separado de sus padres como medida de protección, a fin de evitar que su continuidad en el núcleo familiar siga conllevando un riesgo para su integridad. (Benavides & Miranda, 2007; Gómez, Muñoz & Haz, 2007; Ison & Morelato, 2008; Muñoz, Gómez & Santamaría, 2008).

Sin embargo, es importante recordar que la preocupación por la protección y los derechos de los menores, y las medidas adoptadas en este sentido, son relativamente recientes. En el ámbito europeo, los aspectos relacionados con las necesidades psicológicas, afectivas, intelectuales y sociales de los niños fueron abordados por primera vez en 1977 por el Consejo de Europa, organismo que igualmente contempló en primicia en su Resolución las medidas relativas al acogimiento de menores (Oncón, 2003). Se trata, por consiguiente, de un colectivo que, hasta muy recientemente, no había recibido especial atención (Muela, Balluerka & Torres, 2013). Muchos de los menores que se encuentran bajo tutela o guarda de las autoridades han pasado de vivir en un contexto familiar a ser amparados por las instituciones. Actualmente, el sistema de protección a la infancia únicamente utiliza el acogimiento residencial en los casos más graves, en los que la permanencia del niño en su hogar se considera de alto riesgo. En esta línea, es natural que el perfil de los menores acogidos a día de hoy presente un importante daño psicológico y graves dificultades emocionales y conductuales (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008, p.36). En este sentido, la literatura científica ha constatado que la incidencia de problemas de salud mental en esta población es muy elevada (Garland, Landsverk & Lau, 2003; Kreppner et al., 2007; McAuley & Davis, 2009; Pecora, Jensen, Romanelli, Jackson & Ortiz, 2009; Tarren-Sweeney & Hazell, 2006).

Sin duda, el maltrato físico, psicológico y el abandono del ámbito familiar constituyen factores de riesgo incuestionables que predisponen a la aparición de trastornos de salud mental. Así pues, una característica común inherente a la retirada de guarda o tutela es la situación de riesgo o desamparo sufrida por el menor, haciendo que este colectivo sea especialmente vulnerable (Sainero, Del Valle & Arteaga, 2015; Zimmer & Panko, 2006). A su vez, entre los

factores de riesgo que predisponen a los menores a sufrir malos tratos, y que agudizan la situación de vulnerabilidad, encontramos: problemas de conducta, trastornos psicológicos que conllevan dificultades en el procesamiento cognitivo, problemas de salud y presencia de discapacidad física, sensorial o intelectual. (Centro Reina Sofía, 2011).

La Organización Mundial de la Salud (2005) estima que aproximadamente el 20% de la población infanto-juvenil está afectada por algún trastorno de salud mental. Datos similares a los obtenidos en las investigaciones realizadas en España que sitúan este porcentaje entre el 17% y el 20% (Lemos, 2003). Paralelamente, la literatura científica certifica una mayor prevalencia de trastornos de salud mental en menores con medidas de acogimiento residencial, emplazando el porcentaje de incidencia a nivel internacional entre el 30 y el 80% (Burns et al., 2004). Estudios realizados en España establecen la prevalencia en este grupo de población en el 44% (Sainero, Bravo & Del Valle, 2013). Un porcentaje semejante al de nuestro país se obtiene en estudios realizados en países europeos como Francia que obtienen un porcentaje del 48% (Bronsard et al. 2011).

En cuanto a la naturaleza de los trastornos mentales que afectan a los menores con medidas de acogimiento residencial, algunas investigaciones señalan la existencia de una mayor prevalencia de trastornos de tipo externalizante, con porcentajes de media del 42% (Keil & Price, 2006). Si bien los trastornos de carácter internalizante aparecen en menor grado de incidencia que los anteriores, de igual manera se presentan en mayor proporción que en la población general (Meltzer, Corbin, Gatward, Goodman & Ford, 2003).

Relativo a la sintomatología de carácter externalizante, la agresividad y la ira parecen ser los síntomas más asociados con la experiencia de maltrato intrafamiliar. Así lo avalan investigaciones como la realizada por López-Soler et al., (2012), o Saigh et al. (2007) que indican la existencia de unos altos niveles de Ira Rasgo, Expresión Interna y Control de la Ira en este colectivo. En esta línea, Fernández-Daza & Fernández-Parra (2013) llevaron a cabo un estudio sobre el duelo en población infanto-juvenil y explican que un alto porcentaje de duelo es producido por situaciones catastróficas relacionadas con cambios en la vida del menor y con la institucionalización. Concluyen que la manifestación del duelo en niños y adolescentes se produce no tanto desde una sintomatología depresiva (16%), sino con alteraciones de conducta (31%) y fracaso en el rendimiento académico (20%).

En referencia a los trastornos internalizantes con más predominancia en este colectivo encontramos la ansiedad y la depresión. En cuanto a la primera, estudios con niños víctimas de negligencia y abandono físico indican que estos menores sufren más conductas de miedo y ansiedad (Ericsson, Egeland & Pianta, 1989). De la misma manera, los estudios realizados al respecto en nuestro país revelan que los niños en acogimiento tienen un alto nivel de sensibilidad a la ansiedad y presentan mayores niveles que los menores que no se encuentran en

acogimiento (López-Soler et al., 2012; Mennen (2004); Ruiz & Gallardo, 2002; Sainero et al., 2015)

Respecto a la depresión, algunas investigaciones afirman que existe una mayor prevalencia de este trastorno en menores víctimas de maltrato físico, emocional y abuso sexual. Los resultados indican que la tasa de depresión y sus características asociadas, como la baja autoestima, el desamparo, la desesperanza o las conductas autodestructivas, tienen una mayor incidencia en menores que han sufrido algún tipo de maltrato intrafamiliar en comparación con los que no lo han sufrido. (Deblinger, et al. 1990; Lehman, 1997; López-Soler et al., 2012; McLeer, et al. 1988; Morrow & Sorrell, 1989; Sainero et al., 2015; Sternberg et al. 1993).

Por último, el informe desarrollado por el Centro Reina Sofía (2011) sobre el maltrato infantil en la familia en España alerta que los graves daños producidos en el desarrollo emocional, cognitivo y social, ocasionan importantes consecuencias en las aptitudes interpersonales de los menores. Concerniente a las emocionales, advierten que los niños que sufren malos tratos suelen desarrollar vínculos de apego inseguro, lo cual les hace más propensos a presentar dificultades a la hora de relacionarse tanto con sus cuidadores como con su entorno social. De la misma manera, referente a los efectos cognitivos, las víctimas padecen importantes distorsiones que les dificulta la comprensión de las reacciones de los demás y la regulación de sus propias emociones, lo cual produce una inhibición de sus expresiones emocionales, mostrándose más asustadizos. Por último, las secuelas conductuales, originan retraimiento y dificultad para relacionarse con compañeros. Especialmente en la etapa de preescolar, tienden a aislarse y, a medida que se desarrollan, se comportan de manera incoherente en sus relaciones sociales.

A la luz de estos datos, se evidencia que los menores en régimen de acogimiento se ven afectados por diversos problemas que dañan profundamente su salud mental, en mayor proporción que la población general. Sin embargo, como vienen alertando diferentes expertos de nuestro país, a pesar de la transcendencia de la realidad de estos menores, no siempre están recibiendo la atención necesaria (Sainero, Bravo & Del Valle, 2014)

Uno de los pocos estudios realizado en España, llevado a cabo por Sainero et al. (2014), advierte que los trastornos de salud mental afectan en torno al 44% de los menores en acogimiento residencial. A pesar de ello, únicamente el 27% de niños y jóvenes entre 6 y 18 años acogidos está recibiendo tratamiento. De los menores tratados, el 40% recibe tratamiento psiquiátrico, el 30% tratamiento psicológico y el otro 30% combinación de psiquiatra y psicólogo. El uso de tratamientos farmacológicos afecta a un 72% de los usuarios en tratamiento, lo que equivale aproximadamente al 16% del total de la muestra de menores en acogimiento residencial. Asimismo, el estudio especifica que dentro de este porcentaje de menores atendidos, el 63% acude a tratamiento a través de los organismos públicos, siendo el

25% atendido con frecuencia semanal y el 57,8% de manera quincenal o mensual. Por último, indica que un 11% acude a consultas de profesionales privados y únicamente un 13% de los menores en tratamiento son atendidos por profesionales de su propio centro de acogida. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008, p.89).

Estos datos evidencian que las necesidades psicológicas de un gran número de menores residentes en hogares de protección no están siendo atendidas; este estudio situaría la cifra en el 17%. En la misma línea, de entre los que están siendo tratados, la atención recibida podría tener en muchos casos una frecuencia insuficiente. Los resultados de esta investigación indican que la necesidad de mejora en la detección y la intervención en trastornos de salud mental de estos menores es inaplazable. Por añadidura, los expertos advierten de que en España los trastornos emocionales y de conducta de los adolescentes en acogimiento residencial están suponiendo uno de los problemas más graves de este tipo de recursos (Bravo & Del Valle, 2009). Asimismo, alertan que constituyen un problema prácticamente desconocido en nuestro país, lo cual se constata por la ausencia de datos sobre factores de riesgo, tasas de prevalencia o tipología de trastornos que presenta esta población (Sainero et al., 2014). Por otro lado, la Guía de Salud Mental de Menores en Acogimiento (2008) concluye que, durante el acogimiento, intervenir exclusivamente en la creación de factores ambientales de compensación en el entorno de crianza del menor, sin hacerlo en los factores de vulnerabilidad desarrollados por el niño, dará como consecuencia escasos resultados. Por ello, informan de la necesidad de intervenir en los problemas que hayan ido germinando en los menores a lo largo de su desarrollo para lograr resultados eficaces.

A tal fin, es fundamental establecer protocolos para la detección de trastornos de salud mental en este colectivo. Algunos autores han evaluado la calidad de los educadores como informantes en la detección de trastornos de los menores. En los casos de acogimiento, los educadores son los principales encargados de detectar síntomas, por lo que resulta fundamental conocer sus aptitudes en detección (Sainero et al., 2015). Estas investigaciones concluyen que la habilidad de los educadores en la identificación de manifestaciones de tipo clínico no difiere de la que presentan los padres respecto a sus hijos, resultando por tanto válidas para la toma de decisiones sobre el estado emocional de los niños y jóvenes acogidos. Sin embargo, los datos no son tan positivos en relación a la coincidencia en los resultados de los educadores y los menores. Especialmente en los problemas de carácter internalizante, en los que la evaluación completada por los educadores detectaba que el 14% de los menores sufría este tipo de trastornos, cifra que supone la mitad del resultado obtenido cuando eran los propios menores los que completaban la evaluación (27%). Sin embargo, no aparece tal discordancia en la detección de problemas externalizantes, en la cual los resultados obtenidos por educadores y menores eran bastante similares. Por consiguiente, estas conclusiones nos alertan de la dificultad de los

educadores de los hogares de protección para localizar trastornos de carácter internalizante. Como resultado, se podrían estar derivando en mayor medida a tratamiento psicológico a menores con problemas de conducta más evidentes, obviando a aquellos con trastornos menos observables, a pesar de necesitar asistencia en igual o mayor medida. (Sainero et al., 2014). De ahí que autores, como Achenbach (2006), hablen de la importancia de contar con múltiples perspectivas en la evaluación infanto-juvenil y propongan tener en cuenta la información de los propios adolescentes sobre su estado emocional.

Por todo lo expuesto, podemos afirmar que es urgente continuar investigando en esta línea para atender de manera integral a los menores con necesidad de protección. Las consecuencias más inmediatas de la falta de intervención en relación a los trastornos internalizantes podrían ser la cronicidad y el empeoramiento de los mismos, con el sufrimiento y la gravedad que conlleva para el propio menor. En relación a los trastornos externalizantes, la no intervención puede llevar a un aumento en los comportamientos disruptivos, como son la desobediencia, la conflictividad y la violencia, que actualmente constituyen la principal queja de los educadores (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008, p.101).

Concerniente a las consecuencias producidas a medio y largo plazo, los estudios que han realizado seguimiento en este colectivo son escasos. Una revisión sobre estas investigaciones concluye que una de las consecuencias a medio y largo plazo presentes en los menores residentes en hogares de acogida es su posterior dificultad de integración social (Kendrick, 2005). En nuestro país, únicamente se ha realizado un estudio longitudinal para evaluar los efectos producidos por la institucionalización. Esta investigación fue llevada a cabo por Fernández del Valle, Álvarez & Bravo (2003) sobre una muestra de 272 casos de menores acogidos en hogares de protección entre los años 1990 y 1996. El objetivo de esta investigación era determinar la situación de autonomía o marginalidad, así como económica y laboral de las personas que residieron en centros de acogida. Los datos más desalentadores situaban en un 15,7% de la muestra estar o haber pasado por una situación de toxicomanía, un 2,6% había estado en prisión, un 15,8% tenía o había tenido problemas con la justicia y un 5,9% ejercía la prostitución. Con todo, la conclusión de este estudio también aporta un halo de optimismo, ya que los resultados del estudio indican que un alto porcentaje tenía una vida independiente e integrada; un 40,5% trabajaba y un 19% se encontraba en búsqueda de empleo activo. No obstante, llama la atención que en este estudio no se contempla la salud mental. No se valoran los posibles trastornos mentales durante el periodo de acogimiento ni si el hecho de recibir o no tratamiento ha tenido consecuencias en la salud mental posterior y por tanto en la funcionalidad de su vida. Por ello, como ya hemos mencionado, es crucial continuar con las investigaciones en para tratar de dar explicación y solución a los porcentajes más desalentadores.

En la actualidad, las Guías de Salud Mental recomiendan que en las residencias de acogida se busque la creación de “ambientes terapéuticos” a través de una intervención terapéutica, tanto emocional como conductual, y no establecer la intervención únicamente mediante el acompañamiento y la vigilancia (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008, p.143). En la misma línea, indican la necesidad de establecer programas de prevención de trastornos de ansiedad y depresión, que como ya se ha explicado, son los menos detectados y tratados (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008, p.89). Bien es cierto que en los últimos años se han implantado programas psicoeducativos en los centros y algunos de ellos ya están siendo evaluando (Martín & Rodríguez, 2007). Si bien, hay un avance significativo en la implantación y evaluación de programas de carácter psicoeducativo, no se avanza al mismo ritmo con los programas de naturaleza más psicoterapéutica. Por ello, debido a la necesidad de establecer recursos psicoterapéuticos para intervenir en las carencias en la atención a la salud mental de los menores, consideramos que la psicoterapia grupal es un programa muy susceptible de implantación en centros de acogida. Tal y como indica el aumento de publicaciones respecto al tema en los últimos años, el interés por las terapias grupales ha ido en aumento y su aplicabilidad se ha extendido por diversos tipos de organismos como Centros de Atención Primaria, Comunidades terapéuticas, Hospitales de Día, Hospitales Generales o Centros de Salud Mental. De ahí que consideremos la psicoterapia grupal una opción muy interesante para los centros residenciales de menores.

El precursor en la aplicación de la terapia grupal con niños fue Slavson en el año 1976. (Herranz, 2004). Desde entonces, su aplicación en el ámbito nacional e internacional en este colectivo ha tomado fuerza hasta la actualidad. Su aplicación en la población infanto-juvenil viene avalada por diversas publicaciones (Glasserman & Sirlin, 1979; Pedreira y Sardinero, 1990; Privat, 2000; 2005). Autores como Flannery (1998), destacan beneficios como la mayor adherencia a la intervención, la potenciación del proceso de recuperación individual y el establecimiento de vínculos y relaciones sociales. En esta línea, los menores acogidos, al ser desplazados de su entorno familiar, llevan consigo grandes pérdidas afectivas, por lo que resulta fundamental ofrecerles propuestas que se ocupen de los aspectos emocionales, pero que también proporcionen espacios que faciliten estrategias de afrontamiento y permitan la creación de redes sociales. Tal y como señalan diversos autores, el apoyo social constituye uno de los factores protectores más importantes frente a las secuelas del maltrato (Muller, Sicoli & Lemieux, 2000) y se relaciona con una mejor calidad de vida (King, Reis, Porter & Norsen, 1993). Por todo ello, la psicoterapia de carácter grupal resulta una alternativa que podría adaptarse a las diferentes necesidades de esta población.

Entre las formas de psicoterapia grupal, una de las corrientes ampliamente utilizada hoy en día es la psicoterapia psicodramática. El psicodrama es una forma de psicoterapia considerada fundamentalmente de acción, ideada por Jacob Levy Moreno (1889-1974), concebida inicialmente como terapia grupal, aunque posteriormente también aplicada de manera individual (Psicodrama bipersonal) (Herranz, 2004). La psicoterapia psicodramática es considerada una técnica global por la integración de las dimensiones corporales, emocionales y cognitivas (Ramírez, 1997) y posibilita su aplicación en grupos de niños que presentan homogeneidad en la naturaleza traumática de sus dificultades, como son los diferentes tipos de maltrato o negligencia sufridos por los menores en acogimiento residencial (Herranz, Silva & Lence, 2014, p.74). A pesar de su relativamente generalizada utilización, hasta hace unos años no se habían realizado investigaciones para evaluar su eficacia y, por lo tanto, el número de trabajos publicados es aún reducido. Sin embargo, en el año 2003 se publicó un meta-análisis de 25 artículos que concluía que el tratamiento a través de la psicoterapia psicodramática muestra un tamaño del efecto para los 25 estudios del 0,95 (por encima del nivel de corte de 0,80 que habitualmente indica un gran efecto). Se observa que este tamaño del efecto es ligeramente mayor que los resultados comúnmente reportados en la eficacia de la psicoterapia de grupo generalmente situado entre 0,50 y 0,70 (Kipper & Ritchie, 2003). La psicoterapia psicodramática grupal puede ser utilizada para diversos grupos de población, y autores como Moreno, Levobici, Pavlovsky, Bannister, Huntington, Kirk, Gagani, Hollander, Holmres, Cossa o Petrilli, avalan su uso con niños y adolescentes (Herranz et al., 2014, p.71). Bien es cierto que, aunque la gran mayoría de las investigaciones al respecto realizan análisis con metodología cualitativa, en la última década se han publicado investigaciones con metodología cuantitativa sobre esta área.

En cuanto a los síntomas de carácter externalizante en población infanto-juvenil, se ha evaluado la efectividad del psicodrama para el abordaje de la agresividad en un grupo adolescentes con Trastorno Disocial. Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones Ira y Agresividad Proactiva (Peña, 2013). Otro similar, concluía que con la psicoterapia psicodramática disminuían las variables de impulsividad, comportamiento disruptivo y oposicionismo (Singal, 2009). Otro estudio avala su eficacia en la reducción de los niveles de agresividad de un grupo de adolescentes, mostrando una disminución de la agresión, rabia, hostilidad y agresión indirecta (Karataş & Gökçakan, 2009).

Se han publicado otros estudios que apoyan su eficacia para trastornos de carácter internalizante como la ansiedad o la depresión. En investigación realizada por Akinsola y Udoka (2013), los resultados obtenidos mostraban que el psicodrama era efectivo en la reducción de los niveles de ansiedad, en coincidencia con los resultados obtenidos por otro estudio realizado con un grupo psicodramático de niñas que habían sufrido traumas y un grupo control (Carbonell & Partelano-Barehmi, 1999). Respecto a la variable depresión, una revisión de estudios de 1985 a

2000 sobre la efectividad de tratamiento de terapias grupales para adolescentes víctimas de abuso sexual concluye que los grupos que utilizan el psicodrama muestran mayor disminución de los síntomas depresivos (Treadwell, Kumar & Wright, 2002). Otros estudios avalan que la combinación del tratamiento psiquiátrico con la psicoterapia grupal psicodramática es significativamente más eficaz que el tratamiento psiquiátrico solo, siendo la combinación de ambos tratamientos el método más eficaz y fiable para tratar la depresión en adolescentes (Mehdi, Sen & Sen Mazumdar, 1997; Carbonell & Partelano-Barehmi, 1999). Al margen de los estudios empíricos, encontramos diversa literatura ad hoc que respalda ampliamente su utilización y el éxito en población infanto-juvenil (Robine, 1971; Widlöcher, 1979; Ruíz, González, Garcés & Olza, 1995; Dayton, 2007; & Herranz, 1991; 1996; 1999; 2014).

Esta psicoterapia, ha sido y está siendo utilizada en centros de acogimiento residencial para menores a nivel nacional e internacional. Si bien no se han publicado investigaciones empíricas al respecto, existen diversos tipos de trabajos a modo de reflexión teórica y práctica. Entre las experiencias publicadas, encontramos diversos estudios como los publicados por Cuadrado, Nicoli & Herranz (2000), Herranz (1991; 1996; 1999), Herranz et al., (2014), Pavlovky (1968; 1981) o Ruiz, González, Garcés & Olza (1995). Algunos autores han explicado la utilización de la psicoterapia psicodramática grupal en centros de acogida, basándose en veinte años experiencia en el trabajo con menores. Argumentan que el psicodrama grupal en este grupo de población se basaría en tres fases: la construcción (los primeros 2-3 meses), siendo el objetivo de esta etapa que los niños conformen nuevos repertorios de roles sanos en los que se incluyan respuestas alternativas a la violencia; la regresión, en la que la intervención se enfoca más al mundo emocional, con el fin de trabajar con el dolor provocado por las experiencias traumáticas y enseñar al niño a cuidarse; y la fase de construcción, en la que se trabaja con las defensas de los niños en lo cotidiano, de manera que puedan ir enfrentándose a su situación vital actual y sostener su realidad a través de una imagen sana de sí mismos (Herranz et al., 2014, p. 88).

La escasez de publicaciones con metodología cuantitativa viene explicada por la propia estructura del grupo en un contexto real como es un centro de acogida, que en muchas ocasiones dificulta, cuando no imposibilita, la realización de estudios empíricos. La conformación de grupos suficientemente homogéneos se presenta prácticamente imposible debido a la diversidad de antecedentes clínicos, médicos y familiares de los menores. De igual manera, resulta complicado contar con amplias muestras de sujetos, habida cuenta de que, en los hogares de protección convive habitualmente un pequeño número de usuarios y que la psicoterapia psicodramática grupal con menores requiere grupos reducidos participantes que no presenten más de de dos años de diferencia en la edad de los sujetos (Herranz et al., 2014, p. 73). A todo esto, se suma la escasez de instrumentos de evaluación validados para población infanto-juvenil. De ahí que tanto la técnica como el contexto supongan barreras para la investigación empírica. A pesar de ello, consideramos imprescindible evaluar dichas psicoterapias en los contextos

naturales, en los centros residenciales dónde ya se están aplicando, con las condiciones reales y no solo con grupos experimentales. Es interesante conocer el impacto de la intervención en esta población, tan complicada de evaluar debido a su heterogeneidad, con el fin de afinar al máximo sus necesidades de tratamiento.

Esta investigación pretende estudiar el efecto de la psicoterapia psicodramática grupal en población infanto-juvenil con medida de acogimiento residencial y residentes en el centro de protección “El Olivo” ubicado en la Comunidad de Madrid. En concreto, trata de analizar el posible efecto producido por la psicoterapia psicodramática en variables de tipo clínico internalizantes: depresión, ansiedad y retraimiento y externalizantes, agresividad, así como en variables de tipo adaptativo, habilidades sociales y relaciones interpersonales. La evaluación de las mismas se realizará a través de dos tipos de informantes: los propios menores (ansiedad, depresión y relaciones interpersonales), y los educadores (agresividad, habilidades sociales y retraimiento).

Los resultados de este estudio preliminar permitirán analizar el posible efecto que podría estar produciendo la psicoterapia psicodramática grupal en estos menores, así como la posibilidad de considerarla una herramienta eficaz para la intervención con menores acogidos en residencias. Esperamos que esta intervención pueda contribuir al beneficio de un gran número de menores que actualmente no están siendo atendidos, cubriendo o complementando el tratamiento de sus necesidades psicológicas. Entre otras ventajas, podría ayudar a evitar la cronificación de algunos trastornos sufridos por los menores, así como a la obtención de una mejora de la calidad asistencial. Al tratarse de una intervención grupal, también supondría una descarga para el sistema de salud mental y de atención primaria, además de un ahorro económico por la disminución del gasto psicofarmacológico y de la atención psicológica privada (Gómez, 2007). Por último, los educadores de los centros de protección experimentarían una mejoría en su desempeño laboral al disminuirse los comportamientos disruptivos y violentos, beneficio que también afectaría a los propios menores que conviven en el centro que disfrutarían de una mayor armonía en la convivencia.

Las hipótesis de este trabajo sostienen que en la Medida 2 y Medida Post-test las puntuaciones experimentarán una disminución en las variables clínicas: ansiedad, depresión, retraimiento y agresividad y un aumento de la puntuación en los resultados de las variables adaptativas: relaciones interpersonales y habilidades sociales.

MÉTODO

Participantes

La muestra está compuesta por 8 menores con medida de acogimiento residencial y residentes en el centro de acogida “El Olivo” situado en la Comunidad de Madrid. Los usuarios

participan en uno de los tres grupos de psicodrama conformados según edades. La psicoterapia se realiza en el propio centro residencial con frecuencia semanal y duración de 45 minutos para cada grupo. Los criterios de inclusión en este estudio han sido la participación en el grupo desde su comienzo en enero de 2015 y la asistencia al mismo durante un periodo de al menos un año. Han quedado excluidos del estudio siete sujetos que no cumplían el criterio temporal, dos niños que abandonaron el grupo antes de cumplir el año y cinco que entraron tras el al comienzo del mismo. Por lo tanto, los participantes son 8 menores de 8 a 15 años, 5 niños y 3 niñas, distribuidos de la siguiente manera: Grupo 1) 3 niños de 8 y 10 años, Grupo 2) 2 niños de 11 años, Grupo 3) 3 niños de 14 y 15 años. Ninguno de los menores cumple requisitos del DSM-V para diagnóstico de trastorno mental, ni asiste a otro tipo de recurso psicoterapéutico.

Instrumentos

- *Cuestionario de Ansiedad Infantil [CAS]:* Este cuestionario permite efectuar una rigurosa exploración psicológica de los trastornos de ansiedad en niños. [$\alpha = 0,65$ y $\sigma = 2,96$] (Gillis 1997). Adaptadores: D. E. Gómez y M^a T. Pulido.
- *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en niños [STAIC]:* Este cuestionario mide específicamente el factor de ansiedad. Utilizaremos la evaluación de la Ansiedad-Estado en la que se aprecian estados transitorios de ansiedad, es decir, aquellos sentimientos de aprensión, tensión, y preocupación que fluctúan y varían en intensidad con el tiempo. [$\alpha = 0,89$ y $\sigma = 6,34$] (Spielberger 1982). Adaptadores: Dpto. de I+D+i de TEA Ediciones.
- *Inventario clínico para adolescentes Millon-Maci:* Para evaluar la ansiedad utilizaremos la subescala EE- Sentimiento de Ansiedad [$\alpha = 0,85$ y $\sigma = 7,79$] (Millon, 1993). Adaptación: Casullo, M. M., Góngora, V. y Castro, A. (2004)
- *Cuestionario Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes [BASC]:* Se trata de una evaluación multimétodo y multidimensional del comportamiento y la personalidad, incluyendo dimensiones adaptativas y desadaptativas. Utilizaremos las subescalas del BASC-Sujeto; Relaciones Interpersonales [S-2: $\alpha = 0,83$ y $\sigma = 7,2$ / S-3: $\alpha = 0,79$ y $\sigma = 6,5$] y Depresión [S-2: $\alpha = 0,77$ y $\sigma = 7,5$ / S-3: $\alpha = 0,89$ y $\sigma = 6,5$] y del BASC-Padres; Agresividad [P-2: $\alpha = 0,79$ y $\sigma = 9,2$ / P-3: $\alpha = 0,75$ y $\sigma = 8,2$], Habilidades Sociales [P-2: $\alpha = 0,78$ y $\sigma = 10,8$ / P-3: $\alpha = 0,78$ y $\sigma = 10,6$] y Retraimiento [P-2: $\alpha = 0,78$ y $\sigma = 8$ / P-3: $\alpha = 0,86$ y $\sigma = 11,9$]. Según la edad de los sujetos, se pasó el nivel BASC-2 o el BASC- 3. (Reynolds & Kamphaus, 2004). Adaptadores: J. González, S. Fernández, E. Pérez y P. Santamaría (Dpto. de I+D+i de TEA Ediciones).

En relación al cuestionario BASC la clasificación de las puntuaciones T se distribuye de la siguiente manera:

Escalas clínicas:

- ≤ 30 : Muy bajo
- 31-40: Bajo
- 41-59: Medio
- 60-69: En riesgo
- ≥ 70 : Clínicamente significativo

Escalas adaptativas:

- ≥ 70 : Muy alto
- 60-69: Alto
- 41-59: Medio
- 31-40: En riesgo
- ≤ 30 : Clínicamente significativo

Procedimiento

En primer lugar, se contactó con la persona responsable del grupo de psicodrama, psicóloga y docente de la Escuela de Psicoterapia y Psicodrama situada en Madrid, para pedirle permiso para evaluar el programa que iba a dirigir próximamente en el centro de menores. Asimismo, se contactó con la dirección del Centro “El Olivo” para explicarles el objetivo y metodología del estudio y solicitar así mismo los permisos pertinentes. En todo momento, hubo un gran interés y colaboración en la realización de este estudio tanto por parte del Centro como por parte de la persona responsable del programa. Una vez obtenidas las autorizaciones necesarias, se solicitó a la persona responsable del programa el acceso a los cuestionarios STAIC, CAS y MACI que habían sido rellenados el primer día del grupo. Posteriormente, en el mes de octubre, el primer día del grupo tras la vuelta de las vacaciones de los menores, se acudió al centro para realizar la Medida 1 del BASC-S a los menores y dejar los cuestionarios BASC-P a los educadores, que dispusieron de una semana para rellenarlos. Esta Medida se realizó justo después de recibir la autorización pertinente por parte del Comité Ético de la Universidad para pasar los cuestionarios. Antes de pasar los cuestionarios, se les explicó a los menores el fin de la investigación y se les solicitó permiso verbal para participar en el estudio. En todo momento, hubo en la sala dos adultos para resolver a los menores las dudas necesarias. Finalmente, en Febrero de 2015, mes en el que se agotaba el plazo para entregar los resultados obtenidos en la Universidad, se acudió de nuevo al Centro y se realizaron las Medidas 2 y Post-test, siguiendo el mismo procedimiento que en la Medida 1.

Como se observa en la Tabla 1, dado que la diversidad de composición de los grupos dificulta la aplicación de una metodología uniforme, la elección de los instrumentos de medida para cada uno de los participantes para evaluar la ansiedad se realizó en función de las edades. En una segunda fase, se realizó otra medición a través de dos grupos de informantes, los menores y sus educadores principales. Las variables evaluadas por los educadores fueron: Agresividad, Habilidades Sociales y Retraimiento; las evaluadas por los participantes fueron: Depresión y Relaciones Interpersonales. Ambas medidas se aplicaron a todos los participantes mediante el cuestionario BASC (Reynolds & Kamphaus, 2004) y se realizaron a los 7 meses del comienzo del grupo (Medida 1) y al año del comienzo del grupo (Medida2), con un intervalo de 4 meses entre ambas medidas.

TABLA 1. Evaluación individual de los sujetos en función de las variables y tiempo transcurrido

Tiempo transcurrido entre medidas				1 año: 30 sesiones <i>Enero 2015- Febrero 2016</i>			4 meses: 12 sesiones <i>Octubre 2015- Febrero 2016</i>	
Variables				• Ansiedad			• Depresión • Relac. Interpersonales	• Agresividad • Hab. Sociales • Retraimiento
Cuestionarios				MACI <i>EE- Sentimiento Ansiedad</i>	STAIC <i>Ansiedad- Estado</i>	CAS	BASC Sujetos	BASC Padres
		Sexo	Edad					
Grupo 1	Sujeto 1	M	10			X	X	X
	Sujeto 2	V	8			X	X	X
	Sujeto 3	M	8			X	X	X
Grupo 2	Sujeto 4	V	11		X		X	X
	Sujeto 5	V	11		X		X	X
Grupo 3	Sujeto 6	V	15	X			X	X
	Sujeto 7	M	14	X			X	X
	Sujeto 8	V	14	X			X	X

Diseño

Debido a la baja n no se cumplen criterios de normalidad, por lo que se podría realizar la prueba no paramétrica de Friedman para dos muestras relacionadas o la de Kruskal Wallis para K muestras individuales. Sin embargo, decido estudiar a nivel individual a cada uno de los participantes a través de la prueba *Reliable Change Index (Índice de Cambio Fiable)* de Jacobson y Truax;

$$RCI = \frac{(X_{post} - X_{pre})}{(SE_{meas})}$$

$$S_{meas} = \sigma\sqrt{1 - r_{11}}$$

Variables

Ansiedad: “Sentimientos de nerviosismo, preocupación habitualmente irracional y miedo; tendencia a sentirse desbordado por los problema. Con puntuaciones altas se puede sentir terror o inquietarse por pensamientos obsesivos, intrusivos y molestos que pueden llegar a producir confusión en el proceso de toma de decisiones.” (Reynolds & Kamphaus, 2004)

Depresión: “Sentimiento de infelicidad, soledad, tristeza y desánimo, creencia de que nada va bien e incapacidad de disfrutar de la vida. Un sentimiento de desesperanza, pesimismo y temor subyacen a muchos de los elementos y es frecuente que haya un trasfondo de ansiedad y estrés.” (Reynolds & Kamphaus, 2004).

Relaciones Interpersonales: “Percepción de tener buenas relaciones sociales y amistades con los compañeros. Esta variable mide el nivel de éxito y el grado de satisfacción que tiene el sujeto en sus relaciones con los demás. Los sujetos con niveles muy bajos pueden aislarse y no tener ganas de interacciones sociales. De la misma manera pueden culpabilizarse por la falta de éxito.” (Reynolds & Kamphaus, 2004).

Retraimiento: “Es la tendencia a eludir a otros y evitar el contacto social. En su forma leve, puede representar un síntoma de depresión. También se asocia a sentirse abandonado o rechazado por los iguales.” (Reynolds & Kamphaus, 2004).

Agresividad: “Es la tendencia a actuar de forma hostil (sea verbal o físicamente) que amenaza a otros.” (Reynolds & Kamphaus, 2004).

Habilidades sociales: “Habilidades necesarias para interactuar satisfactoriamente con iguales y adultos en los ámbitos del hogar, la escuela y la comunidad. Las habilidades sociales se reconocen desde hace tiempo como claves para la adaptación.” (Reynolds & Kamphaus, 2004).

RESULTADOS

En la siguiente tabla encontramos los resultados de los cambios individuales de cada sujeto en función de las variables estudiadas. En la Tabla 2, se muestran los cambios a nivel estadístico y también los cambios a nivel clínico. A continuación, procederemos al análisis de los resultados.

TABLA 2. Resultados estadísticos y clínicos de los cambios individuales

		<i>Sujeto 1</i>	<i>Sujeto 2</i>	<i>Sujeto 3</i>	<i>Sujeto 4</i>	<i>Sujeto 5</i>	<i>Sujeto 6</i>	<i>Sujeto 7</i>	<i>Sujeto 8</i>
<i>Ansiedad</i>	Pre-test	75	65	31	26	90	67	17	65
	Post-test	31	38	18	23	10	68	12	69
	RCI	-25,13**	-15,42**	-7,43**	-1,43	-38,04**	0,33	-1,66	1,33
<i>Depresión</i>	Medida 1	51	67	63	43	59	42	54	52
	Medida 2	74	51	55	43	55	47	42	47
	RCI	6,39**	-4,45**	-2,22**	0	-1,11	2,32**	-5,57**	-2,32**
<i>Relaciones Interpersonales</i>	Medida 1	30	30	36	55	55	48	39	48
	Medida 2	50	43	49	49	55	43	34	57
	RCI	6,74**	4,38**	4,38**	-2,02**	0	-1,68	-1,68	3,02**
<i>Retraimiento</i>	Medida 1	39	70	42	67	52	44	64	66
	Medida 2	44	46	34	52	61	41	58	52
	RCI	1,33	-6,39**	-2,13**	-3,99**	2,39**	-0,67	-1,35	-3,14**
<i>Habilidades sociales</i>	Medida 1	57	31	31	40	48	53	27	39
	Medida 2	52	57	52	35	37	58	37	61
	RCI	-0,99	5,13**	4,15**	-0,99	-2,17**	1,01	2,01**	4,42**
<i>Agresividad</i>	Medida 1	51	40	71	42	35	38	57	48
	Medida 2	51	42	67	42	35	48	54	56
	RCI	0	0,47	-0,95	0	0	2,44**	-0,73	1,95

RCI = Reliable Change Index (Índice de cambio fiable), ** estadísticamente significativo si el valor no está comprendido entre -1,96 y 1,96

Medidas 1/ Medida 2/ Pre-test/ Post-test: Puntuaciones Típicas

	Puntuaciones clínicamente relevantes [En Riesgo y Clínicamente Significativo]
	Puntuación que ha disminuido en la clasificación clínica respecto a la Medida 1
	Puntuación que no experimenta cambios clínicamente significativos respecto a la Medida 1/ Pre-test
	Puntuación clínicamente saludable o aceptable

En relación a la variable Ansiedad, se encuentran diferencias estadísticamente significativas de mejora en el Sujeto 1 [RCI= -25,13], Sujeto 2 [RCI= -15,42], Sujeto 3 [RCI= -7,43] y Sujeto 5 [RCI= -38,04]. No obstante, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en Sujeto 4 [RCI= -1,43], Sujeto 6 [RCI= 0,33], Sujeto 7 [RCI= -1,66] y Sujeto 8 [RCI= 1,33]. Por tanto, podemos concluir, que la hipótesis planteada se acepta para los sujetos 1, 2, 3 y 5, y se rechaza para los sujetos 4, 6, 7 y 8.

En relación a la variable Depresión, se encuentran diferencias estadísticamente significativas de mejora en Sujeto 2 [RCI= -4,45], Sujeto 3 [RCI= -2,22], Sujeto 7 [RCI= -5,57] y Sujeto 8 [RCI= -2,32]. Se encuentran diferencias estadísticamente significativas de no mejoría en Sujeto 1 [RCI= 6,39] y Sujeto 6 [RCI= 2,32]. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en Sujeto 4 [RCI= 0], Sujeto 5 [RCI= -1, 11], Sujeto 7 [RCI= -1,66] y Sujeto 8 [RCI= 1,33]. Por tanto, podemos concluir, que la hipótesis planteada se cumple para cuatro sujetos. Por tanto, podemos concluir, que la hipótesis planteada se acepta para los sujetos 2, 3, 7 y 8, y se rechaza para los sujetos 1, 4, 5 y 6.

En relación a la variable Relaciones Interpersonales, se encuentran diferencias estadísticamente significativas de mejora en el Sujeto 1 [RCI= 6,74], Sujeto 2 [RCI= -4,38], Sujeto 3 [RCI= 4,38] y Sujeto 8 [RCI= 3,02]. Se encuentran diferencias estadísticamente significativas de no mejoría en el Sujeto 4 [RCI= -2,02]. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el Sujeto 5 [RCI= 0], Sujeto 6 [RCI= -1, 68] y Sujeto 7 [RCI= -1,68]. Por tanto, podemos concluir, que la hipótesis planteada se acepta para los sujetos 1, 2, 3 y 8, y se rechaza para los sujetos 4, 5, 6 y 7.

En relación a la variable Retraimiento, se encuentran diferencias estadísticamente significativas de mejora en el Sujeto 2 [RCI= -6,39], Sujeto 3 [RCI= -2,13], Sujeto 4 [RCI= -3,99] y Sujeto 8 [RCI= -3,14]. Se encuentran diferencias estadísticamente significativas de no mejoría en el Sujeto 5 [RCI= 2,39]. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el Sujeto 1 [RCI= 1,33], Sujeto 6 [RCI= -0,67] y Sujeto 7 [RCI= -1,35]. Por tanto, podemos concluir, que la hipótesis planteada se acepta para los sujetos 2, 3, 4 y 8, y se rechaza para los sujetos 1, 5, 6 y 7.

En relación a la variable Habilidades Sociales, se encuentran diferencias estadísticamente significativas de mejoría en el Sujeto 2 [RCI= 5,13], Sujeto 3 [RCI= 4,15], Sujeto 4 [RCI= -3,99] y Sujeto 8 [RCI= -3,14]. Se encuentran diferencias estadísticamente significativas de no mejoría en el Sujeto 5 [RCI= 2,39]. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el Sujeto 1 [RCI= 1,33], Sujeto 7 [RCI= 2,01] y Sujeto 8 [RCI= 4,42]. Por tanto, podemos concluir, que la hipótesis planteada se acepta para los sujetos 2, 3, 7 y 8, y se rechaza para los sujetos 1, 4, 5 y 6.

En relación a la variable Agresividad, se encuentran diferencias estadísticamente significativas de no mejoría en el Sujeto 6 [RCI= 2,44]. No se encuentran diferencias

estadísticamente significativas en el Sujeto 1 [RCI= 0], Sujeto 2 [RCI= 0,47], Sujeto 3 [RCI= -0,95], Sujeto 4 [RCI= 0], Sujeto 5 [RCI= 0], Sujeto 7 [RCI= -0,73] y Sujeto 8 [RCI= 1,95]. Por tanto, podemos concluir, que la hipótesis planteada se rechaza para todos los sujetos.

DISCUSIÓN

En relación a los resultados expuestos anteriormente, podemos afirmar que en cinco de las seis variables analizadas, la mitad de los sujetos parecen cumplir las hipótesis planteadas, puesto que presentan cambios estadísticamente significativos en cada una de ellas (excepto en la variable Agresividad). No obstante, debido a las características de la muestra y del estudio realizado, consideramos necesario realizar un análisis de los resultados obtenidos desde un enfoque clínico y no únicamente estadístico. Esta determinación viene dada por las discordancias encontradas entre ambos encuadres, que pueden llevar a error en la interpretación de los cambios obtenidos. Como se puede observar en la Tabla 2, los cambios estadísticamente significativos, tanto en mejoría como en empeoramiento, no siempre son coincidentes con los cambios a nivel clínico. Por ello, debido a que el interés de este estudio respecto a los resultados se centra en estudiar en qué medida los cambios producidos contribuyen a una disminución del sufrimiento de los menores y a un aumento de sus capacidades adaptativas, decidimos centrarnos en este apartado en un análisis e interpretación de los hallazgos desde un punto de vista clínico. De esta manera, únicamente enfocaremos los resultados que muestran categorías relevantes a nivel clínico. También incluiremos algunos datos aportados por los educadores de los menores, en relación a determinados acontecimientos sucedidos durante el periodo de este estudio, los cuales consideramos importante reseñar por la posible influencia de los mismos en los resultados de algunas variables a nivel individual.

En primer lugar, procederemos a analizar las variables de carácter internalizante, evaluadas por los propios usuarios.

En la primera variable, la ansiedad, evaluada a lo largo de un año (30 sesiones), observamos que los sujetos 1, 2, 5, 6 y 8 presentaban en la Medida 1, puntuaciones clínicamente alarmantes. La segunda medida muestra una clara mejoría en los sujetos 1, 2 y 5 y un mantenimiento en los sujetos 6 y 8. En relación al sujeto 6, consideramos de interés describir un acontecimiento sucedido un mes antes de la segunda medida. En el mes de enero, ingresó en el centro de acogida un adolescente nuevo y a raíz de esta entrada, el sujeto 6, uno de los adolescentes que más tiempo lleva en el centro, se ha mostrado más ansioso al sentirse desplazado y haber notado una pérdida de protagonismo entre sus compañeros. Este suceso, tal vez, podría haber influido de algún modo en el mantenimiento de los niveles de ansiedad debido a la importancia del grupo de iguales en esta etapa del ciclo evolutivo. Por último, en relación al sujeto 3, observamos que en la primera medida ya tenía unos valores adecuados de ansiedad, sin

embargo, muestra una disminución sustancial, tanto a nivel clínico como a nivel estadístico. Como se ha mencionado en el marco teórico, la ansiedad es uno de los trastornos con más predominancia en este colectivo y supone altos niveles de sufrimiento para los menores (Ericsson et al., 1989; López-Soler et al., 2012; Ruiz & Gallardo, 2002; Sainero et al., 2015). Por ello, esta disminución tan importante en cuatro de los sujetos resulta un dato muy valioso.

En la segunda variable, la depresión, evaluada a lo largo de 12 sesiones, de los ocho sujetos evaluados, únicamente dos de ellos presentaban en la primera medida una puntuación clínicamente alarmante (sujetos 2 y 3). Las medidas previas de estos sujetos se clasificaban como *En Riesgo* y los resultados de la Medida 2 nos muestran que han experimentado una mejoría que pasa a situar los resultados en un rango clínico *Medio*. Esta mejoría resulta fundamental, puesto que ambos sujetos tenían unos valores de alta gravedad; por ello, el restablecimiento a niveles normales resulta fundamental para el bienestar de estos dos menores. Por otro lado, en la primera medida, el sujeto 1 presentaba una puntuación normal y ha sufrido un empeoramiento significativo a nivel estadístico y clínico. Al respecto, consideramos relevante señalar un acontecimiento de gran impacto emocional para este sujeto. Hace unos meses su mejor amiga del centro finalizó el periodo de guarda y volvió a vivir con su familia. Desde entonces, el sujeto se ha sentido triste y con ánimo muy decaído, debido a que esta separación supone importante pérdida; así mismo, podría haber actualizado un sentimiento de abandono y provocado un proceso de duelo. Como se ha explicado anteriormente, la depresión es un trastorno que afecta a un gran porcentaje de menores en acogida, con consecuencias nefastas: baja autoestima, desesperanza o conductas autodestructivas, por lo que disminuir las puntuaciones en esta escala contribuye a una mejoría a su vez en variables asociadas, contribuyendo a una mejoría en la salud mental del menor y disminuyendo el malestar. (López-Soler et al.; Morrow & Sorrell, 1989; 2012; Sainero et al., 2015).

Los cambios producidos en estas dos variables internalizantes resultan muy valiosos, ya que, tal y como advierten los expertos, ambas afectan de manera notable a este grupo de población y son, a su vez, las menos tratadas por la dificultad de su detección por parte de los educadores (Sainero et al., 2014; Sainero et al., 2015). De la misma manera, es vital buscar alternativas psicoterapéuticas para tratar eficazmente a estos menores y valorar los cambios desde su propia percepción (Achenbach, 2006). Por tanto, consideramos las mejorías clínicas producidas en los sujetos de nuestro estudio, en ambas escalas, un éxito por el significativo impacto que producen su bienestar psicológico. Debido a las evidentes diferencias metodológicas con los estudios existentes que evalúan la efectividad de esta psicoterapia en ambos trastornos, no nos es posible realizar una comparación sistemática y rigurosa.

En segundo lugar, procedemos a analizar los resultados encontrados en las variables adaptativas, relaciones interpersonales, habilidades sociales, y la variable clínica retraimiento.

En la escala adaptativa, relaciones interpersonales, evaluada a través de auto-informe rellenado por los menores, observamos que los sujetos que mostraban puntuaciones clínicamente preocupantes por su importante déficit eran los sujetos 1, 2, 3 y 7. De entre ellos, el sujeto 7 no experimenta cambios, manteniéndose en la misma clasificación. Sin embargo, los sujetos 1, 2 y 3 muestran una importante mejoría: los dos primeros pasan de una alarmante clasificación *Clínicamente significativo* al valor *Medio*, mientras que el sujeto 3 pasa de una clasificación de *En riesgo* a una clasificación *Media*. La mejoría resulta considerable puesto que en el sujeto 3 disminuye un nivel de clasificación, en tanto que en los sujetos 1 y 2 la bajada es de dos niveles, habiendo obtenido, por tanto, unos resultados claramente positivos. Esta variable mide el nivel de éxito (Reynolds & Kamphaus, 2004) y la satisfacción que el menor tiene en sus relaciones, de manera que las altas puntuaciones nos indican que los sujetos tendrán menos tendencia a aislarse, característica esta frecuente en los menores que han sufrido malos tratos (Centro Reina Sofía, 2011).

En la escala clínica de carácter internalizante, retraimiento, evaluada a través de los educadores, cuatro sujetos veían situadas sus puntuaciones previas en una clasificación clínicamente relevante (sujetos 2, 4, 7 y 8). Todos ellos muestran una importante mejoría clínica pasando de las clasificaciones *Clínicamente significativo* en el sujeto 2 y *En riesgo* en los sujetos 4, 7 y 8 a una clasificación *Media* para todos ellos. Por otro lado, observamos que el sujeto 5, que obtenía una puntuación previa normal, ha experimentado un empeoramiento al pasar de una clasificación *Media* a *En Riesgo*. En relación a este sujeto, consideramos importante informar de un incidente con un compañero de colegio que podría afectar a su bienestar psicológico debido a la gravedad del mismo. En el mes de enero, este menor fue coaccionado por otro niño para hacer bulling a un compañero nuevo. Tras este incidente el menor se ha sentido muy culpable y avergonzado, lo que le ha llevado a relacionarse menos con sus compañeros y replegarse en sí mismo. Por último, cabe destacar que el sujeto 3, a pesar de tener una puntuación previa *Media*, experimenta una mejoría clínica que sitúa su puntuación en una clasificación aún más saludable *Baja*. A la luz de estos resultados, podemos considerar que la mejoría de esta variable ha sido un éxito para la mayoría de los sujetos, puesto que cinco de ellos (2, 3, 4, 7 y 8) han mostrado una considerable mejoría en esta variable. Los niveles clínicos de esta subescala se relacionan con la tendencia a eludir a otros y la evitación del contacto social, lo cual produce en los menores aislamiento y sentimientos de abandono y rechazo relacionados que en algunos casos pueden llevar a la depresión (Centro Reina Sofía, 2011).

En la escala adaptativa habilidades sociales, evaluada también por los educadores, cuatro sujetos (sujetos 2, 3, 7 y 8) obtenían en la primera medida puntuaciones clínicamente preocupantes por el gran déficit que presentaban en esta variable. El sujeto 7 presentaba una

puntuación clasificada como *Clínicamente significativa* y desciende a la categoría *En riesgo*. De la misma manera, los sujetos 2, 3 y 8 tenían puntuaciones clasificadas *En riesgo*. Las puntuaciones de los sujetos 2 y 3 disminuyen a la categoría *Medio* y el sujeto 8 presenta una importante mejoría que clasifica su puntuación de habilidades sociales como *Alta*. Por último, el sujeto 5, que no mostraba una puntuación previa preocupante presenta un empeoramiento pasando de una clasificación de *Medio* a *En riesgo*, produciéndose la misma transición que en la escala retraimiento. Por consiguiente, podríamos pensar que existe una correlación entre ambas variables, puesto que el mecanismo de introversión que ha utilizado este sujeto tras el suceso ocurrido en el colegio podría haber afectado ambas variables de la misma manera (Reynolds & Kamphaus, 2004). Además, podemos observar como cuatro de los sujetos muestran una mejoría en ambas variables.

Estas tres escalas, que afectan a la dimensión interpersonal de los menores tienen una gran relevancia en su bienestar actual y sus puntuaciones altas son consideradas un factor de protección en el desarrollo futuro de los menores. Tanto las variables adaptativas; relaciones interpersonales y habilidades sociales, como la escala clínica; retraimiento, están vinculadas con las capacidades en el establecimiento de relaciones sociales, capacidades gravemente dañadas en esta población. Los estudios explican que estos problemas en las relaciones hacen que los menores se muestren más asustadizos, retraídos y que tengan dificultades para relacionarse y mostrar o recibir cariño. A medida que van creciendo, las consecuencias de estas dificultades serán la aparición de otros problemas como depresión, hostilidad o las conductas agresivas u oposicionistas y conductas sexuales inoportunas (Centro Reina Sofía, 2011). Por tanto, la mejora de los menores evaluados en estas escalas resulta fundamental para su bienestar psicológico y su capacidad de adaptación futura. También les permitirá crear redes de apoyo sanas, las cuales constituyen un gran factor de protección para los menores que han sufrido malos tratos (Muller et al., 2000).

Por último, en la variable agresividad, únicamente el sujeto 3 tenía una puntuación situada en una clasificación; *Clínicamente significativa* que ha disminuido a *En riesgo*. Llama la atención que las puntuaciones del resto de participantes se sitúen en la clasificación *Bajo* o *Medio*, puesto que las investigaciones avalan la existencia de valores altos en este tipo de población. (Centro Reina Sofía, 2011; Fernández-Daza & Fernández-Parra, 2013; López-Soler et al., 2012; Sainero et al., 2015). De esta manera, los valores tan bajos que encontramos en la Medida 1, tal vez podrían verse explicados por el momento terapéutico en el cual se han realizado las medidas de esta escala. Tal y como explican algunos autores desde su experiencia en este grupo de población, la psicoterapia psicodramática se estructura en tres momentos. En la primera etapa, que se desarrolla aproximadamente en los dos o tres primeros meses, se trabajan respuestas alternativas a la violencia, lo cual tendría especial impacto en variables como la agresividad (Herranz, et al., 2014, p. 88) Es importante recordar que en este estudio la primera

medida de la escala agresividad se realiza a los siete meses del comienzo del grupo, por tanto, las bajas puntuaciones de los sujetos podrían deberse a que, en el momento de la Medida 1, las puntuaciones en esta escala ya se habían visto reducidas tras los primeros meses de psicoterapia. Esto podría ser una explicación a la discordancia entre las bajas puntuaciones encontradas y la alta incidencia de las mismas que refieren diversos autores (Fernández-Daza & Fernández-Parra, 2013; López-Soler et al., 2012).

En relación a la discusión de los resultados, debido a las limitaciones de este estudio y la falta de estudios similares en relación a la psicoterapia utilizada y a las características de la población, ha resultado imposible realizar una comparativa de los hallazgos que ofreciera el rigor necesario. Al tratarse de un estudio preliminar en condiciones reales, este trabajo se enfrenta irremediablemente a diversas limitaciones.

En primer lugar, el grupo fue creado de manera independiente a este estudio y siguiendo unos requisitos terapéuticos y no experimentales, de acuerdo a la realidad del centro de acogida. Por ello, la muestra recogida para este estudio es muy reducida, heterogénea y con amplio rango de edad. Ello ha dificultado mucho la selección de los cuestionarios, debido a que al existir edades tan dispares se reducía considerablemente la variedad, debiendo incluso utilizar subescalas de diferentes cuestionarios para realizar la evaluación, como es el caso de la variable ansiedad. Esta baja *n* ha impedido obtener conclusiones a nivel grupal ni establecer posibles relaciones entre variables.

En segundo lugar, debido a las propias características de la institucionalización y las rígidas normas de protección de datos, no ha sido posible acceder a información sobre la historia previa de los menores (motivo de ingreso, acogimientos fallidos, contacto con familia de origen...) lo cual imposibilita realizar un estudio de las variables más rico así como establecer correlaciones en relación a la historia de los sujetos. De la misma manera, debido a las dificultades burocráticas dadas por la estricta protección del menor, no ha sido posible encontrar un grupo control en otro centro de menores para realizar la comparativa de ambos.

En tercer lugar, al tratarse de un trabajo sujeto a la formación curricular de un postgrado, los tiempos de medición han tenido que ajustarse al calendario académico establecido. Así, las medidas del cuestionario BASC presentan una diferencia temporal muy reducida, realizándose la primera a los siete meses del comienzo del grupo y la segunda únicamente cuatro meses más tarde.

Por todo ello, debido a las condiciones de este estudio, a pesar de no existir otras intervenciones psicológicas durante el tiempo de la investigación, no podemos saber si las diferencias encontradas son atribuibles exclusivamente al grupo de psicoterapia psicodramática. Esta investigación se enfrenta a diversas limitaciones que no permiten obtener unas conclusiones empíricamente robustas y generalizables.

Por tanto, sería fundamental que en las futuras líneas de investigación se evaluase la efectividad del psicodrama en centros de menores con una muestra mayor y realizando medidas pre- post-, teniendo como comparativa un grupo control. También sería vital realizar diferentes evaluaciones a lo largo del proceso para evaluar si las diferentes etapas de la psicoterapia psicodramática influyen de manera diferente en las variables. De la misma manera, sería muy interesante que se comparase la efectividad entre la psicoterapia individual y la psicoterapia grupal en este tipo de población y la efectividad de su combinación para así evaluar si influyen en distintas variables.

Por otro lado, es imprescindible analizar en qué variables tiene más impacto el psicodrama y el tiempo aproximado necesario de la terapia para obtener resultados, y también qué técnicas psicodramáticas son más efectivas en relación a la edad de los sujetos o características propias.

Finalmente, sería fundamental realizar estudios individualizados de cada menor en relación a su historia de vida, para así dar más sentido y comprensión a los resultados obtenidos, así como evaluar no solo en grupos experimentales, sino también en contextos naturales en los que esta psicoterapia ya se está llevando a cabo, para avalar las mejoras producidas bajo un marco de investigación. Como última línea de investigación futura, proponemos que se combinen los estudios cuantitativos con metodología cualitativa que contemple entrevistas a los propios menores sobre su percepción de la psicoterapia psicodramática y la sensación subjetiva de reducción de malestar y cambio.

A la luz de los resultados y a pesar de las limitaciones anteriormente expuestas, podemos concluir que los hallazgos encontrados son muy positivos y esperanzadores. Por un lado, en la muestra utilizada se han evaluado un total de 48 variables, de las cuales 26 han obtenido una disminución estadísticamente significativa. Por otro lado, desde el punto de vista clínico, de las 20 variables que reflejaban sufrimiento o falta de capacidades adaptativas en estos menores, 17 de ellas se han visto reducidas, en el caso de las variables clínicas, o aumentadas, en el caso de las variables adaptativas, en al menos un rango de la clasificación. En un análisis más individualizado en relación a la mejoría, podemos observar que en las últimas medidas de la investigación los sujetos 5 y 7 presentan malestar en dos de las seis variables evaluadas, tres sujetos (1, 6 y 8) tienen una puntuación problemática en una única variable y tres sujetos (2, 3 y 4) muestran puntuaciones clínicamente aceptables en todas las variables evaluadas.

Teniendo en cuenta que cinco de las seis variables han sido evaluadas únicamente a lo largo de 12 sesiones, consideramos que los resultados obtenidos son francamente positivos, y podría indicar que, posiblemente, con un mayor tiempo de intervención estas mejorías podrían incrementarse considerablemente. Lo que nos lleva a sugerir que la psicoterapia psicodramática

grupal podría ser una herramienta eficaz para mejorar el estado psicológico en esta población. Prueba de ello es que los menores han experimentado cambios tanto en las variables de carácter clínico internalizante, como en las variables de carácter adaptativo. Dichos cambios han sido percibidos no solo por los propios menores, sino también por sus tutores, lo que supone un indicio muy esperanzador.

Esta investigación tenía como principal objetivo evaluar el impacto de una intervención psicodramática grupal ya implantada en un contexto natural de un grupo especialmente vulnerable: los menores en acogimiento residencial. Por tanto, el aporte fundamental es la obtención de datos preliminares sobre el posible efecto producido por esta intervención clínica en el bienestar psicológico de los menores y difundir los resultados en el contexto científico. Existe un claro consenso sobre el sufrimiento psicológico de los menores que acuden a los centros de acogida, y por consiguiente, de la imperiosa necesidad de intervención en los mismos. Sin embargo, la falta de investigaciones nos recuerda que continúa siendo una asignatura pendiente (Sainero et al., 2014). Algunos de los obstáculos a los que se enfrenta esta investigación; la evaluación en contexto natural y la falta de investigación previa, constituyen a su vez el principal aporte de este estudio. Realizamos una investigación cuantitativa a una psicoterapia escasamente sometida a ella y en un área insuficientemente evaluada; los programas de intervención psicoterapéuticos en centros de acogimiento residencial. De esta manera, al igual que se están comenzando a evaluar programas de carácter psicoeducativo en este tipo de recursos (Martín & Rodríguez, 2007), a través de este estudio, pretendemos alentar a la evaluación de los programas de carácter psicoterapéutico, en especial de la psicoterapia grupal psicodramática, que como revela la literatura ad hoc, ha sido y está siendo ampliamente utilizada (Cuadrado et al., 2000; Herranz, 1991; 1996; 1999; Herranz, et al., 2014; Pavlovky, 1968; 1981).

Tal y como indican diversos estudios, la salud mental de los menores en acogimiento en muchos casos está quedando desatendida por varios motivos: los problemas de detección por parte de los educadores, la saturación del sistema público de salud o la falta de recursos económicos (Bravo & Del Valle, 2009; Guía de Salud Mental de Menores en Acogimiento, 2008; Sainero et al., 2014). Esta investigación pone de manifiesto que la realidad de los centros de acogida no es compatible con la homogeneidad clínica, por lo que requieren la implantación de programas que se adapten a las diferentes necesidades de cada niño así como a los recursos estatales. Es por ello que consideramos que la psicoterapia psicodramática grupal podría resultar una alternativa eficaz. Por un lado, resulta una intervención económica, ya que necesita pocos recursos y permite intervenir en el mismo centro a un grupo de menores de manera simultánea, debido a la flexibilidad de la intervención. (Gómez, 2007). Por otro lado, la terapia grupal facilita la adherencia al tratamiento, impulsa la mejoría a nivel individual y favorece la creación

de vínculo relacionales sanos que constituye un importante factor de protección para el menor (Muller et al., 2000). Por todo ello, la psicoterapia psicodramática grupal podría ser un tratamiento efectivo para la reducción de los altos niveles de sufrimiento y daño en estos niños, así como para evitar la cronificación de los trastornos, al dotarlos de herramientas adaptativas para prevenir futuras situaciones de marginación, fomentando la resiliencia y los factores de protección (Kendrick, 2005; King et al., 1993; Muller et al., 2000). La implantación de la psicoterapia grupal psicodramática en los centros de menores contribuiría también a alcanzar las metas propuestas por las Guías especializadas en este sector; creando centros de acogimiento orientados a un ambiente más terapéutico y no solo orientado a la creación de factores ambientales de compensación, con el fin de proporcionar a los menores una atención lo más completa posible. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008, p.143).

A pesar de las dificultades empíricas con las que nos hemos encontrado, consideramos que este trabajo contribuye a la consecución aspectos fundamentales susceptibles de tener en consideración. El hecho mismo de haber llegado a constatar empíricamente esas mismas dificultades durante el proceso de investigación, supone a nuestro entender una aportación valiosa en sí misma, en la medida en que desvelan aspectos a los que no habríamos llegado de no realizar la investigación en un contexto natural y que han de tenerse en cuenta para futuras investigaciones sobre la problemática investigada, facilitando así la elaboración de nuevos estudios y su correspondiente aplicación. Otro de los aspectos que consideramos relevante es alentar a la comunidad científica a poner su selectivo foco en uno de los grupos más vulnerables de nuestra sociedad y la dura realidad que les acompaña; el indiscutible sufrimiento de los menores que han sido separados de sus propias familias como medida de protección. Dentro de las posibles intervenciones, hemos querido resaltar la psicoterapia psicodramática, en su versión grupal, en la medida en que constituye una metodología muy apropiada para abordar los perfiles psicológicos específicos de este grupo de población tan vulnerable. De ahí que estemos convencidos de la importancia de tener más en cuenta la psicoterapia psicodramática grupal, en su estudio y en su aplicación por parte de la comunidad terapéutica en contextos de trabajo naturales, para así continuar avalando los beneficios de dicha intervención en la reducción del sufrimiento psicológico de estos menores.

REFERENCIAS

- Achenbach, T. M. (2006). As Others See Us : Clinical and Research Implications of Cross- Informant Correlations for Psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 15(2), 94-98.
- Akinsola, E. F., & Udoka, P. A. (2013). Parental influence on social anxiety in children and adolescents: Its assessment and management using psychodrama. *Psychology*, 4(3A), 246-253.
- Bravo, A., y Del Valle, J. F. (2009). Crisis y revisión del acogimiento residencial: su papel en la protección infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(1), 42-52.
- Bronsard, G., Lançon, C., Loundou, A., Auquier, P., Rufo, M., & Siméoni, M. (2011). Prevalence rate of *DSM* mental disorders among adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System. *Children and Youth Services Review*, 33, 1886–1890.
- Burns, B. J., Philips, S. D., Wagner, H. R., Barth, R. P., Kolko, D. J., Campbell, &, et al. (2004). Mental health need and access to mental health services by youth involved with child welfare: A national survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(8), 960-997.
- Carbonell, D. M., & Partelano-Barehmi, C. (1999). Psychodrama groups for girls coping with trauma. *International Journal Of Group Psychotherapy*, 49(3), 285-306
- Centro Reina Sofía (2011): *Maltrato infantil en la familia*, informe coordinado por Ángela Serrano. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Cuadrado Nicoli, S. & Herranz T., (2000) Historias con niños y niños con historias. Una propuesta narrativa con niños institucionalizados. *Revista Psicoterapia*, No 42/43, 27-59
- Dayton, T. (2007). Emotional repair through action methods: The use of psychodrama, sociometry, psychodramatic journalig and experiential group therapy with adolescents. In V. A. Camilleri (Eds.), *Healing the inner city child: creative arts therapies with at-risk youth*. London, England: Jessica Kingsley Publisher.
- Deblinger, E., McLeer, S. V. y Henry, D. (1990). Cognitive-behavioural treatment for sexually abused children suffering from post-traumatic stress disorder: preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 747-752.
- Ericsson, M., Engeland, B. & Pianta, R. (1989). The effects of maltreatment on the development of young children. En D. Cicchetti y V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 647-684). Cambridge University Press.

Fernández-Daza, M. P., & Fernández-Parra, A. (2013). Problemas de comportamiento y competencias psicosociales en niños y adolescentes institucionalizados. *Universitas Psychologica*, 12(3), 797-810.

Fernández del Valle, J., Álvarez, E., y Bravo, A. (2003). Evaluación de resultados a largo plazo en acogimiento residencial de protección a la infancia. *Infancia y Aprendizaje*, 26(2), 235-249.

Flannery, R. (1998). *Posttraumatic Stress Disorder: The Victims Guide to Healing and Recovery*. Nueva York: Crossroad.

Garland, A. F., Landsverk, J. A., & Lau, A. S. (2003). Racial and ethnic disparities in mental health service use among children in foster care. *Children and Youth Services Review*, 25, 491–507.

Gatward, R., Goodman, R., y Ford, T. (2003). *The mental health of young people looked after by local authorities in England*. London.

Gillis, J. S. (1989). *Cuestionario de ansiedad infantil*. Madrid: TEA. Adaptadores: D. E. Gómez y M^a T. Pulido.

Glasserman, M.R., Sirlin, M.E., *Psicoterapia de grupo en niños*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1979.

Gómez, R. (2007) *Psicoterapia de grupo, principios básicos y aplicaciones* [Boletín], Barcelona, Centre Paidopsiquiàtric del Barcelonès. Fundació Novasagela

Herranz Castillo, T. (1991). Psicología Evolutiva y psicodrama infantil. *Revista CEU*, (3), 1-22.

Herranz Castillo, T. (1996) La reparación del abandono, 1^a Aproximación. Ed. En *Diversas culturas una misma escena*. Ed. Diputación Provincial de la Coruña

Herranz Castillo, T. (1999). Violencia infantil y psicodrama. *Psicodrama: Filosofía, Ciencia*.

Herranz Castillo, T. (2004). *Psicoterapia psicodramática como tratamiento en los trastornos de conducta infantil*. II Congreso Internacional sobre los trastornos del comportamiento en niños y adolescentes, Ed. Mapfre, 147-164.

Herranz Castillo, T., Silva Balaguera, L. & Herranz Lence, M., (2014) *Psicoterapia con niños y psicodrama: La cura por la alegría*. Madrid: Síntesis

Karataş, Z., & Gökçakan, D. Z. (2009). The effect of group-based psychodrama therapy on decreasing the level of aggression in adolescents. *Türk Psikiyatri Dergisi. Turkish Journal Of Psychiatry*, 20(4), 357-366.

Keil, V., & Price, J. M. (2006). Externalizing behavior disorders in child welfare settings: Definition, prevalence, and implications for assessment and treatment. *Children and Youth Services Review*, 28(7), 761-779.

Kendrick, A. (2005). Social exclusion and social inclusion: Themes and issues in residential child care. En D. Crimmens e I. Milligan (eds.): *Facing forward. Residential child care in the 21st. century* (pp. 7-18). Dorset: Russel House Publishing

King, K. B., Reis, H. T., Porter, L. A., & Norsen, L. H. (1993). Social support and long-term recovery from coronary artery surgery: effects on patients and spouses. *Health psychology*, 12(1), 56.

Kreppner, J. M., Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., et al. (2007). Normality and impairment following profound early institutional deprivation: A longitudinal follow-up into early adolescence. *Developmental Psychology*, 43, 931-946.

Lehman, P. (1997). The development of posttraumatic stress disorder (PTSD) in a sample of child witnesses to mother assault. *Journal of Family Violence*, 12, 241-257.

Lemos, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*, 85(4), 19-28.

López-Soler, C., Fernández, M. V., Prieto, M., Alcántara, M. V., Castro, M., & López-Pina, J. A. (2012). Prevalencia de las alteraciones emocionales en una muestra de menores maltratados. *Anales De Psicología*, 28(3), 780-788.

Martín, E., & Rodríguez, T. (2007). Evaluación diferencial de los programas de acogimiento residencial para menores. *Psicothema*, 19(3), 406-412.

McAuley, C., & Davis, T. (2009). Emotional well-being and mental health of looked after children in England. *Child yFamily Social Work*, 14(2), 147-155. Meltzer, H., Corbin, T.,

Mcleer, S. V., Deblinger, E., Atkins, M. S., Foa, E. B. y Ralphe, D. L. (1988). Posttraumatic stress disorder sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 650-654.

Mehdi, P. R., Sen, A. K., & Sen Mazumdar, D. P. (1997). The usefulness of psychodrama in the treatment of depressed patients. *Indian Journal Of Clinical Psychology*, 24(1), 82-92.

Mennen, F.E. (2004). PTSD symptoms in abused Latino children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21(5), 477-493.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Salud mental de menores en acogimiento residencial: Guía para la prevención e intervención en hogares y centros de protección de la Comunidad Autónoma de Extremadura*. Badajoz. Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Dependencia, Servicio Extremeño de Salud.

Millon, T. (2004). *MACI: Inventario clínico para adolescentes de Millon*. España: TEA. Adaptación: Casullo, M. M., Góngora, V. y Castro, A. (2004).

Morrow, K. & Sorell, G. (1989). Factors affecting self-esteem, depression and negative behaviours in sexually abused female adolescents. *Journal of marriage and the family*, 51, 677-686

Muela, A., Balluerka, N., & Torres, B. (2013). Ajuste social y escolar de jóvenes víctimas de maltrato infantil en situación de acogimiento residencial. *Anales De Psicología*, 29(1), 197-206.

Muller, R. T., Sicoli, L. A., & Lemieux, K. E. (2000). Relationship between attachment style and posttraumatic stress symptomatology among adults who report the experience of childhood abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 13(2), 321-332.

Observatorio de la Infancia. (2012). *Estadística básica de medidas de protección a la infancia*. (Vol. 14). Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad.

Oncón Domingo, J. (2003). Evolución y situación actual de los recursos de protección de menores en España. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, (45), 13-29.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2005). *Atlas: Child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future*. Organización Mundial de la Salud.

Pavlosky, E., (1981) *Psicoterapia de grupo en niños y adolescentes*, Madrid: Fundamentos

Pecora, P. J., Jensen, P. S., Romanelli, L. H., Jackson, L., & Ortiz, A. (2009). Mental health services for children placed in foster care: An overview of current challenges. *Child Welfare*, 88, 1–25.

Pedreira, J.L., & Sardinero, E., (1990) *Juegos grupales y comunidad en salud mental infanto-juvenil* en La concepción operativa de grupo, A.E.N.,

Peña, K., (2013). El psicodrama como opción terapéutica para el abordaje de la agresividad en adolescentes con trastorno disocial. Caso Estudio: Liceo Dr. Abdón Calderón. Valencia. Municipio Naguanagua. Venezuela. *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación*.

Privat, P. & Quelin-Souligoux, (2005) *Travailler avec les groupes d'enfants*, Paris; Dunot.

Privat, P., (2000). *L'enfant en psychothérapie de groupe*, Paris; Dunot

Ramirez, J. A. (1997). *Psicodrama, teoría y práctica*. Bilbao : DDB

Robine, J. M. (1971). Psychodramatic festivals: Psychodrama in a group of pre-adolescents. *Revue de Neuropsychiatrie Infantile Et D'Hygiene Mentale de L'Enfance*, 19(9-10), 549-563.

Ruiz, I. & Gallardo, J. A. (2002). Impacto psicológico en la negligencia familiar (leve vs. grave) en un grupo de niños y niñas. *Anales de Psicología*, 18, (2), 261-272.

Ruiz Lázaro, P.M., González, S., Garcés, E.M., & Olza, I. (1995). Investigación psicodramática grupal en niños en situación de latencia. *Asociación de Psicoterapia Psicoterapia Analítica Grupal [APAGNET]*

Saigh, P. A., Yasik, A. E., Oberfield, R. O. y Halamandaris, P. (2007). Self-reported anger among traumatized children and adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 29, 29-39.

Sainero, A., Bravo, A., & Del Valle, J. F. (2013). Examining needs and referrals to mental health services for children in residential care in Spain: An empirical study in an autonomous community. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*

Sainero, A., Bravo, A., & del Valle, J. F. (2014). Evaluación de la Salud Mental de niños y adolescentes con medidas de protección oficial. *Tesis Doctoral. Universidad de Oviedo. España*.

Sainero, A. M., del Valle, J. F., & Arteaga, A. B. (2015). Detección de problemas de salud mental en un grupo especialmente vulnerable: niños y adolescentes en acogimiento residencial. *Anales de psicología*, 31(2), 472-480.

Singal, S. (2009). The efficacy of psychodrama in the treatment of oppositional and defiant adolescents. *Dissertation Abstracts International*, 69, 7825.

Slavson, S.R., (1976) *Tratado de psicoterapia grupal*, Buenos Aires, Ed. Paidós

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. (1982). *Manual del cuestionario de ansiedad estado/rasgo (STAI)*. Madrid: TEA Ediciones. Adaptadores: Dpto. de I+D+i de TEA Ediciones.

Sternberg, K. J., Lamb, M. E., Greenbaum, C., Cicchetti, D., Dawud, S., Cortes, R. M., Krispin, O., & Lorey, F. (1993). Effects of domestic violence on children's behavior problems and depression. *Developmental Psychology*, 29, 44-52.

Tarren-Sweeney, M., & Hazell, P. (2006). Mental health of children in foster and kinship care in New South Wales, Australia. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 42, 89-97.

Treadwell, T. W., Kumar, V. K., & Wright, J. H. (2002). Enriching psychodrama through the use of cognitive behavioral therapy techniques. *Journal Of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 55(2-3), 55-65.

Widlöcher, D., (1979) *Le psychodrame chez l'enfant*, Paris; PUF Paideia,

Zimmer, M. H., & Panko, L. M. (2006). Developmental status and service use among children in child welfare system: A national survey. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 160(2), 183-188.