

# ■ Integrando la terapia de aceptación y compromiso con la terapia de interacción padres-hijos en un niño con trastorno negativista desafiante

Rafael Ferro-García<sup>1</sup>, Lourdes Ascanio-Velasco<sup>1</sup>, & Luis Valero-Aguayo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Psicología Clínica C.E.D.I., Granada, España

<sup>2</sup>Facultad de Psicología, Universidad de Málaga, España

## Resumen

La Terapia de Interacción Padres-Hijos (PCIT, Parent-Child Interaction Therapy) es una terapia validada empíricamente como eficaz en problemas de la infancia. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) puede mejorar los resultados de PCIT con aquellos padres que presentan evitación experiencial como una barrera para aplicar las técnicas conductuales y las contingencias adecuadas. En este trabajo se describe la aplicación de PCIT combinada con ACT en el caso de un niño de 4 años con Trastorno Negativista Desafiante. Se usó un diseño de caso único AB con medidas repetidas de seguimiento. La intervención duró 3 meses con un total de once sesiones de tratamiento y un seguimiento a los 8 y 14 meses. La intervención con PCIT resultó no solo efectiva, desapareciendo los problemas y manteniéndose el éxito terapéutico a largo plazo, sino que el hecho de añadir la terapia de ACT con los padres ayudó a que éstos aceptasen sus problemas emocionales al aplicar contingencias, diseñaran sus propios objetivos y actuaran según sus valores con su hijo, siguiendo de forma adecuada las pautas de tratamiento.

*Palabras clave:* Terapia de Interacción Padres-Hijos (PCIT), Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), trastorno negativista desafiante, caso clínico.

## Abstract

*Integrating the acceptance and commitment therapy with the parent-child interaction therapy in an oppositional defiant child.* The Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) is an empirically validated therapy for childhood problems. The Acceptance and Commitment Therapy (ACT) may improve outcomes of PCIT in the treatment with parents who have experiential avoidance as an obstacle for applying behavioral techniques and correct contingencies. In this paper the application of PCIT combined with ACT in the case of a 4-year Oppositional Defiant Disorder is described. It was used an AB single case design with repeated measures in follow-up. The intervention lasts 3 months with a total of 11 sessions, and follow-up at 8 and 14 months. The intervention with PCIT was effective, disappearing the child's problems and supporting the therapeutic success in long term. But also, adding the ACT components with parents helped that they accepted their emotional problems for applying contingencies, they designed their objectives, and acted according to their values with their son, following properly the treatment guidelines.

*Keywords:* Parent-Child Interaction Therapy (PCIT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT), oppositional defiant disorder, clinical case.

Uno de los conflictos que plantea la aplicación de tratamientos conductuales en niños con problemas de conducta es la falta de adherencia de los padres a las pautas de tratamiento. Aunque en los estudios de meta-análisis realizados de los programas cognitivo-conductuales para el tratamiento infantil hay datos contradictorios en cuanto a la ventaja de añadir el entrenamiento de los padres (Reynolds, Wilson, Austin, & Hopper, 2012; Spielmans, Pasek, & McFall, 2007; Wood et al., 2006), un estudio reciente de meta-análisis (Manassis et al., 2014) muestra mejo-

res resultados a largo plazo en los tratamientos infantiles si se añade la intervención con los padres. Entre los programas para padres en estos problemas el más utilizado es el de Barkley (Barkley, 2002; Barkley & Benton, 2000). Greco y Eifert (2004), al revisar estudios sobre este programa, afirman su eficacia frente a grupos de control, pero resaltan la necesidad de una intervención adaptada para cada familia. En todo el texto se utiliza el término "padres" como genérico del masculino y femenino, y estaría referido tanto a padres como madres, como cual-

## Correspondencia:

Rafael Ferro García.

Centro de Psicología Clínica C.E.D.I.

Avda. Constitución 25, 7 Izda. 18014, Granada, España.

E.mail: rferro@cop.es

quier tutor o cuidador; y también los términos “niños” o “hijos” se utilizan como genéricos del masculino y femenino.

Los programas con padres suelen centrarse en cambiar la conducta del niño y adoptar una aproximación de *coaching* y de sesiones psico-educativas para ayudar a los padres en esas interacciones (Mendlowitz et al., 1999; Spence, Donovan, & Brechman-Toussaint, 2000; Wood et al., 2006). Sin embargo, las propias reacciones emocionales de los padres pueden actuar como factores motivacionales sobre la conducta de sus hijos, desarrollando en muchos casos: (1) pautas de sobre-protección; (2) pautas de evitación de sus propias emociones, también denominada *evitación experiencial* (Cheron, Ehrenreich, & Pincus, 2009) que les lleva a eliminar las contingencias que hayan impuesto, no ser consistentes con las normas del tratamiento, o ser permisivos con lo que el niño hace con tal de no verle sufrir (evitando su propio sufrimiento). Estos valores en la paternidad (reglas verbales de inflexibilidad) son los que impedirían a los padres seguir el programa de tratamiento y adaptarse a los cambios necesarios en las interacciones con sus hijos.

Desde el Análisis de Conducta también han surgido iniciativas para el tratamiento de este tipo problemas, como la Terapia de Interacción Padres-Hijos (*Parent-Child Interaction Therapy*, PCIT; Eyberg, 1988, 1999; Eyberg & Funderburk, 2011; Hembree-Kigin & McNeil, 1995; McNeil & Hembree-Kigin, 2011). Se trata de una intervención validada empíricamente para reducir las conductas disruptivas y la desobediencia en niños (McNeil, Capage, Bahl, & Blanc, 1999) y está basada en la evidencia (McNeil & Hembree-Kigin, 2011; Scudder & Herschell, 2015; Shinn, 2013). Está considerada como una terapia bien establecida y basada en la evidencia por *The California Evidence-Based Clearing House for Child Welfare* (<http://www.cebc4cw.org/program/parent-child-interaction-therapy/>). Ha demostrado su eficacia con niños de 2 a 7 años con varios tipos de problemas de conducta. Integra los métodos ya conocidos del análisis de conducta (reforzamiento, extinción, tiempo fuera, etc.) junto con la terapia de juego tradicional desde una perspectiva de la psicología del desarrollo (Ferro, Vives, & Ascanio, 2009, 2010). La principal característica de esta terapia es el entrenamiento directo de padres e hijos conjuntamente, adaptándose a las idiosincrasias de cada caso, presentando el terapeuta modelos de actuación y moldeando la conducta de los padres a través de aproximaciones sucesivas, teniendo en cuenta el nivel de desarrollo del niño (Ferro & Ascanio, 2014).

La PCIT consta de dos componentes o fases (Hembree-Kigin & McNeil, 1995; McNeil & Hembree-Kigin, 2011): una primera fase llamada Interacción Dirigida por el Niño (*Child Directed Interaction*, CDI) cuyo objetivo es establecer una buena relación entre padres e hijos, en la que se les enseña y entrena a los padres las habilidades de elogiar, parafrasear, imitar, describir y mostrar entusiasmo (conocidas por el acrónimo en inglés PRIDE, *praise, reflect, imitate, describe, enthusiasm*) ante la conducta pro-social del niño mientras juega; y una segunda fase, centrada en las estrategias de disciplina, llamada Interacción Dirigida por los Padres (*Parent Directed Interaction*, PDI). Durante ésta se les enseña y entrena a los padres a dar órdenes de manera eficaz y aplicar consecuencias consistentes al comportamiento infantil. El tratamiento se desarrolla en un periodo de 8 a 12 sesiones, con algunas extras si son necesarias, y seguimientos a los 3, 6 y 12 meses. La PCIT se ha aplicado en diferentes problemas y a diversos grupos culturales y lingüísticos, como se recoge en la revisión de Ferro y Ascanio (2014).

En la práctica clínica a menudo los padres no aplican las estrategias de disciplina. Su historia personal, sus creencias y valores, y su fusión con los pensamientos y emociones respecto al problema con su hijo pueden dar lugar a la evitación o escape de situaciones que mantienen la conducta disruptiva del niño. Para ello puede ser útil

la aplicación de terapias de tercera generación, en concreto la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), cuyo objetivo es aceptar los pensamientos y sentimientos que se tienen, sin intentar cambiarlos, y así poder enfrentarse al momento presente con su hijo (Coyle & Murrell, 2009), teniendo como dirección sus valores parentales. ACT maneja las conductas que están bajo control de *reglas verbales* aprendidas por los padres y mantenidas por un contexto social, que les llevan a manejar de forma inadecuada las conductas de sus hijos (p.ej., “*los buenos padres nunca dejan sufrir a sus hijos*”; “*si no le doy lo que quiere le crearé un trauma*”, etc.). Tales reglas impiden en muchos casos que los niños tengan contacto con las contingencias naturales, y aunque el terapeuta cambie las conductas de los niños si los padres siguen esas “reglas”, a largo plazo será difícil mantener el cambio. También ACT trata de eliminar la denominada *evitación experiencial*, es decir, la evitación constante de los padres a cualquier emoción negativa (malestar, nerviosismo, etc.) cuando el niño desobedece o hace alguna trastada, y hacen cosas para eliminar ese malestar, reforzando así no solo su propio comportamiento de evitación, sino también el de su hijo. Además ACT establece *valores* o reglas motivacionales que organizan el propio comportamiento en la consecución de esos valores parentales y no se evite, aunque continúe ese malestar (Rafferty-Helmer, Moore, Coyle, & Reed, 2016).

Algunos estudios muestran una correlación entre los comportamientos de evitación experiencial de los padres y la disciplina inconsistente (Berlin, Sato, Jastrowski, Woods, & Davies, 2006), la influencia de estas reglas verbales de los padres en niños muy pequeños (Burke-Currie & Coyle, 2011; Greco et al., 2005; Shea & Coyle, 2011) y también en adolescentes (Williams, Ciarrochi, & Heaven, 2012). El estudio de Coyle & Wilson (2004) es el único que ha unido el tratamiento ACT con PCIT en un caso clínico de un niño de 6 años con problemas de agresión y desobediencia. Los resultados mostraron que se redujeron las conductas problemáticas, y las interacciones de los padres y el manejo de la conducta infantil fue mucho más eficaz.

Así, la unión de un tratamiento como PCIT basado en la interacción directa entre padres e hijos, y algunas componentes de ACT para eliminar las reglas de resistencia y la evitación experiencial de los padres, podría ayudar al éxito terapéutico, ya su mantenimiento a largo plazo. Por ello, presentamos aquí un caso clínico como ejemplo de esta integración de ambas terapias, intentando no sólo eliminar las conductas negativistas y desafiantes del niño, sino también las resistencias y dificultades de los padres a lo largo del proceso terapéutico.

## Descripción del caso

### Motivo de consulta

Pablo tenía 4 años, era el mayor de dos hermanos y cursaba 2º de educación infantil. Presentaba comportamientos agresivos (golpes, cabezazos, empujones, tirones del pelo, amenazas, desafíos) hacia su hermana y otros niños menores que él, como sus primos pequeños. Con menor frecuencia, también agredía a sus padres. Presentaba desobediencia, rabieta y negativas. Estaba etiquetado por las personas cercanas como “*malo*” y “*pegón*”. La frecuencia de las agresiones y las rabietas era alta, produciéndose más de una agresión y una rabieta diarias. Estos problemas se daban en casa y en reuniones familiares, aunque no se daban en la escuela. El motivo de consulta de los padres era eliminar lo que ellos interpretaban como celos hacia su hermana y la tristeza que esto le podría estar generando. Se sentían culpables y preocupados, y querían que su hijo fuera feliz y dejara de sufrir.

## Diseño

Se ha utilizado un diseño de caso único AB con medidas repetidas de seguimiento (Barlow & Hersen, 1988), donde la fase A implicó las medidas de línea base de las conductas disruptivas (sesión de pre-evaluación) y la fase B las de tratamiento (10 sesiones), con dos medidas de seguimiento posteriores (a los 8 y 14 meses). Los padres han dado su consentimiento para la publicación de este manuscrito.

## Evaluación del caso

Para medir la frecuencia y el número de problemas según los padres, se usó el Inventario Eyberg de Conducta Infantil (ECBI; Eyberg & Pincus, 1999; Eyberg & Ross, 1978) validado en población española (García-Tornel et al., 1998). La fiabilidad y validez del ECBI se apoya en más de 20 estudios a través de diferentes culturas y países (Abrahamse et al., 2015). Consta de una elevada consistencia interna en sus dos escalas ( $\alpha > 0.90$ ) (Colvin, Eyberg, & Adams, 1999; Eyberg & Robinson, 1983; Robinson, Eyberg, & Ross, 1980). Está formado por 36 ítems, a los que se responde a través de dos escalas: la de Intensidad y la de Problemas. El equipo de García-Tornel et al. (1998) establece como puntos de corte orientativos puntuaciones superiores a 124 en la escala de Intensidad y a 10 en la escala de Problemas. También puede aportar un perfil de los padres respecto a las conductas problemáticas de su hijo, como poco o excesivamente tolerantes.

Para codificar las verbalizaciones de los padres durante las interacciones con su hijo se utilizó una adaptación del *Dyadic Parent-Child Interaction Coding System* (DPICS; Eyberg & Robinson, 1983). Es llevado a cabo por el terapeuta, observando la interacción del padre o de la madre y el niño, que se da en una sala de juegos. Para facilitar la tarea, la interacción puede ser grabada, y vista con posterioridad por el terapeuta para incrementar la fiabilidad de los datos, como en el caso que aquí se presenta. Eyberg, Nelson, Duke, & Boggs (2009) llevaron a cabo una revisión de las propiedades psicométricas del DPICS, mostrando una fiabilidad que va en un rango de  $\alpha = 0.38$  a  $\alpha = 1.00$  en la categoría de los padres, y de  $\alpha = 0.29$  a  $\alpha = 0.88$  en los niños. También Eyberg et al. revisan la validez convergente y discriminativa del DPICS mostrando su sensibilidad (Eyberg & Matarazzo, 1980; Eyberg & Robinson, 1982) y su habilidad de medir los cambios durante el tratamiento (Schuhmann, Foote, Eyberg, Boggs, & Algina, 1998; Webster-Stratton & Hammond, 1990).

## Análisis topográfico y funcional

El análisis del caso se llevó a cabo a través de la entrevista a los padres, de la administración del ECBI, de la observación directa de la interacción con su hijo en consulta, y de la visualización de grabaciones en vídeo de la interacción de los padres y el hijo mediante el juego a través del DPICS. También se llevaron a cabo registros de análisis funcional (AF) descriptivos tipo A-B-C de la conducta disruptiva del niño a lo largo de toda la intervención.

Los resultados del ECBI, que los padres registraron conjuntamente, mostraron una puntuación de 12 en el número de problemas y 106 en intensidad, lo que se interpretaba como un “bajo nivel de tolerancia de los padres ante problemas de comportamiento normal del niño”. Estos datos se tomaron con cautela, ya que la frecuencia y el número de problemas registrados por los padres no coincidían con los datos verbales aportados ni con la interacción entre padres e hijo observada en sesión, donde aparecieron conductas disruptivas más intensas y con mayor frecuencia. Según el DSM-V (APA, 2014), Pablo

cumplía los criterios del *Trastorno Negativista Desafiante* (F91.3), esto es: mostraba un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil que duraba más de 6 meses y casi todos los días, con frecuente aparición de rabietas, discusiones, ruptura de normas, actos molestos hacia otras personas, etc. y aparecía con más de un individuo de su familia.

Las conductas que presentaba el niño, definidas operacionalmente, eran las siguientes:

- *Negar*: Decir *no* ante una orden.
- *Desobedecer*: No seguir una orden dada por un adulto o hacer una cosa diferente de lo que se le ha ordenado.
- *Agredir*: Todas aquellas conductas dirigidas hacia otros niños y/o adultos que infringían daño físico (por ejemplo: golpear, morder, empujar, tirar del pelo, acercar la cabeza presionando la de la otra persona, dejarse caer sobre otro, etc.).
- *Desafiar*: Aquellas conductas que dan a entender a los demás que va a saltarse una norma (desafiar una orden dada por los padres diciendo que no lo va a hacer, o hacer algo que acababan de prohibirle).
- *Amenazar*: Comentarios sobre el daño que está dispuesto a hacer a los demás (por ejemplo: decir “*te voy a matar*”, “*te voy a pegar*” o también, acercarse a un niño o a un adulto con el puño cerrado sin llegar a agredir).
- *Rabieta*: Llanto intenso con una duración de más de 1 minuto.

Tras el análisis del caso se hipotetizó que estas conductas del niño estaban mantenidas por reforzamiento positivo: la atención social de los padres u otros adultos, ya que el niño era atendido al mismo tiempo o al término inmediato de la conducta disruptiva; con la obtención de algo agradable, pues los padres cedían de forma intermitente ante sus demandas para que “no sufriera” y/o dejase de pegar, llorar, etc.; y también mediante reforzamiento negativo con el escape de algo desagradable, ya que cuando el niño se portaba mal, a veces los padres retiraban la orden que le habían dado o el castigo que le habían puesto.

En cuanto a los padres, parecían presentar *evitación experiencial* (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996) ante los problemas de su hijo, es decir, evitaban ver a su hijo sufrir y sentir el sufrimiento propio que esta situación les generaba. Así, tendían a posponer consecuencias con el fin de aliviar el malestar de ambos de forma inmediata y/o les llevaba a ser inconsistentes y asistemáticos ante el mal comportamiento de su hijo: regañaban, gritaban, castigaban, corregían, amenazaban, atendían, ignoraban, repetían órdenes, consolaban, etc., dependiendo del contexto y de su estado anímico. Cuando aplicaban castigo tras una agresión a su hermana, pedían al niño que permaneciera en una esquina durante 3 minutos y a continuación, éste debía besar y pedir disculpas a su hermana. Otras veces le retiraban los dispositivos electrónicos con los que le gustaba jugar. Además, los padres presentaban conflictos con sus valores, entre lo que creían que debían hacer y su manera real de actuar, lo que les creaba una idea constante de insatisfacción, ansiedad y evitación. Entre ellos, no presentaban conflictos de pareja ni discrepancias educativas respecto a sus hijos.

## Aplicación del tratamiento

El tratamiento duró 3 meses, a lo largo de 11 sesiones, incluyendo las dos primeras sesiones de pre-evaluación y las 4 sesiones extras tras la sesión 7ª. Estas sesiones extras fueron 4 durante los tres meses siguientes a la 7ª sesión, para resolver dudas de los padres sin llegar apenas a intervenir. A los 8 y 14 meses se realizó un seguimiento por medio del correo electrónico, con los mismos registros y cuestionarios que al inicio del tratamiento. Todas las sesiones duraron

una hora aproximadamente. Respecto a la estructura de las sesiones, generalmente los primeros 30 minutos se dedicaban a analizar funcionalmente las conductas problema del niño, se resolvían dudas y se moldeaba a través de aproximaciones sucesivas a los padres para aplicar consecuencias sobre las conductas que aparecían en sesión, trabajando con los valores, obstáculos o barreras que encontraban los padres en ese mismo momento.

Se llevó a cabo una intervención adaptada de PCIT, que consistió en la aplicación de las dos fases de la terapia (CDI y PDI) de manera simultánea, debido a la alta frecuencia e intensidad de las conductas agresivas del niño. La evitación experiencial de los padres se trabajó adaptando los siguientes procesos terapéuticos de ACT (Coyne & Murrell, 2009; McCurry, 2009): la desesperanza creativa, el control como problema, la clarificación de valores como padres y el compromiso con la acción dirigida hacia sus valores.

### Objetivos terapéuticos

Las conductas objetivo en el niño fueron incrementar la obediencia, entendida como el seguimiento de manera inmediata de una orden dada por un adulto, y disminuir las agresiones y desafíos. Los objetivos con los padres fueron aceptar las sensaciones y pensamientos que el comportamiento de su hijo les generaba, y actuar conforme a sus valores parentales, aplicando las habilidades PRIDE al interaccionar con su hijo y consecuencias sistemáticas y consistentes al mal comportamiento.

### Terapias

*Terapia de Interacción Padres-Hijos (PCIT).* Respecto a la fase CDI, se observaban y entrenaban las habilidades PRIDE a los padres durante una situación de juego con su hijo durante los últimos 30 minutos aproximadamente de cada sesión. Las observaciones se llevaban a cabo a través de un equipamiento informático (dos ordenadores y un programa de video llamada) que conectaba la sala de juegos con una sala independiente en la que estaba el terapeuta observando a través del sistema DPICS. Además, con una cámara de video colocada en la sala de juegos se grabaron las situaciones de juego de 8 sesiones. A través de estas grabaciones se midió el porcentaje de verbalizaciones positivas (elogios, reflejos y descripciones de la conducta del niño) o negativas (órdenes, preguntas y críticas) del padre y de la madre, en la 1ª sesión, la 7ª y la 11ª presentadas en la Figura 2. Tras las observaciones se llevaba a cabo el entrenamiento. Durante éste, en las seis primeras sesiones el terapeuta permaneció junto a los padres en la sala de juegos, presentando modelos sobre cómo aplicar las habilidades PRIDE y moldeando a los padres cuando lo hacían. Gradualmente la ayuda del terapeuta se fue desvaneciendo y a partir de la 6ª sesión los padres aplicaron las habilidades PRIDE sin estar presente el terapeuta. Respecto a la fase PDI, se adaptó a esta familia eliminando la sesión didáctica y los entrenamientos durante las situaciones de juego dirigidas por los padres. Se les dio a los padres por escrito unas instrucciones generales (ponerse de acuerdo antes de tomar una decisión, no sermonear, no amenazar, no insistir, no negociar después de una rabieta, ser consistentes y sistemáticos, reforzar las conductas positivas, y ser inmediatos en las consecuencias). También se les dio por escrito un esquema de cómo dar las órdenes para conseguir su seguimiento: aplicar elogios, guía física y/o tiempo fuera dependiendo del seguimiento de éstas. Además se les explicó cómo aplicar un tiempo fuera, adaptado de aquel que aplican en PCIT. Consistía en que el niño permaneciera

quieto y en silencio en una silla, al menos durante 1 minuto y volver a llevarlo a la situación que generó el problema. Se debía aplicar cada vez que el niño agrediera a otra persona o tuviera una rabieta.

Se les enseñó a los padres a realizar AF descriptivos tipo A-B-C, en los que A representaba los antecedentes de la conducta, B la conducta de Pablo, y C las consecuencias que los padres aplicaban. Los padres registraban las descripciones de las situaciones problemáticas y las enviaban por correo al terapeuta, que les daba *feedback* a los padres de manera casi inmediata.

*Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).* Como ya se ha señalado, el tratamiento también se dirigió a solventar los problemas de los padres para seguir el tratamiento y las interacciones adecuadas con su hijo. Los padres mostraban una fusión con sus pensamientos, describían sentir pena por su hijo y por el sufrimiento que éste estaría viviendo. Sus pensamientos y sentimientos de culpabilidad eran recurrentes. Siguiendo las pautas de ACT, se les explicó que “habrían de estar dispuestos a sentirse mal” al tiempo que aplicaban técnicas de disciplina eficaces, aceptando sus experiencias internas desagradables. Un ejemplo vino dado por un correo electrónico a mitad del tratamiento en el que los padres afirmaban que “*nos da mucha pena pero creemos que sí es útil lo que estamos haciendo*” (refiriéndose a aplicar un tiempo fuera a las conductas agresivas). También siguiendo estas estrategias se trabajó con los padres la experiencia de *desesperanza creativa* para hacerles entender que la estrategia que utilizaban hasta el momento no funcionaba, considerando la alta frecuencia de las disruptivas del niño como una oportunidad para cambiar lo que hacían. Se trabajaron también los conceptos paternos sobre los celos como origen del problema del niño, y la *felicidad* del niño como objetivo a largo plazo. También se les presentó a los padres la metáfora de “*La danza de la ansiedad*” (McCurry, 2009), una danza en la que el niño marca el paso y los padres lo siguen, que tiene como objetivo evitar caer en la trampa de reforzar las conductas disruptivas del niño y mantenerse en los objetivos marcados. Hacia la 5ª sesión, habiendo descendido las disruptivas, se llevó a los padres a definir metas y objetivos con su hijo basándose en sus valores. Aquí se utilizó el ejercicio de “¿Cómo quieres ser recordado?” (Coyne & Murrell, 2009) para que cada uno de los padres marcara sus objetivos respecto a Pablo para la semana.

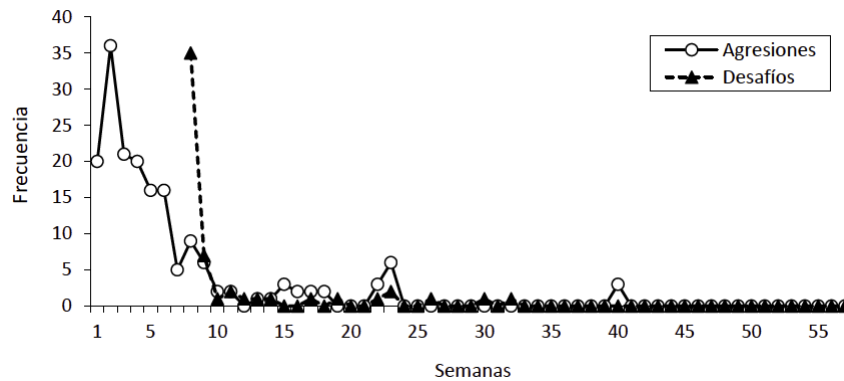
En las siguientes semanas apenas aparecieron disruptivas ni conductas desafiantes, por lo que se animó a los padres a aplicar consecuencias en vivo en función del buen comportamiento del niño en sesión, y sin que el terapeuta instruyera ni interviniera directamente. En la 7ª sesión las agresiones y desafíos ya eran muy esporádicos, por lo que se consideró realizar la evaluación final y acordar sesiones de recuerdo y seguimiento en los meses siguientes. En la siguiente revisión habían aumentado las conductas disruptivas pero en lugares públicos, donde a los padres les era difícil aplicar contingencias. Se repasaron las técnicas aprendidas y se realizaron ensayos con situaciones equivalentes a las que se daban en situaciones públicas, aplicando contingencias naturales en esos momentos. También se dieron instrucciones para ir desvaneciendo los reforzadores que se daban cuando el niño se portaba bien, tanto en la casa como fuera, y que la conducta se mantuviese con contingencias más naturales. En las siguientes sesiones de seguimiento las entrevistas se realizaron con el niño presente, y se observó que los padres controlaban de forma eficaz la situación. Finalmente se les dio por escrito la hoja “*Manejando problemas de comportamiento futuros*” (McNeil & Hembree-Kigin, 2011) donde se exponen unas instrucciones generales para incrementar las conductas incompatibles con las problema y una hoja con instrucciones para practicar CDI con los dos hermanos a la vez.

## Resultados

A la vista de los datos se puede afirmar que la intervención ha sido efectiva para eliminar las conductas problemáticas de Pablo. Como se puede ver en la Figura 1, se consiguieron eliminar las conductas agresivas y los desafíos. La recogida de datos se llevó a cabo a través de un registro en el cual los padres anotaban diariamente el número de agresiones y desafíos; a partir del seguimiento los padres realizaban esas anotaciones semanalmente y las enviaban por correo electrónico. Las agresiones pasaron de ser 36 semanales inicialmente a 0 en el seguimiento. El incremento entre la primera y segunda sesión puede explicarse por el efecto de comen-

zar a aplicar de manera consistente y sistemática extinciones y tiempos fuera, y a partir de la tercera se aplicó también un coste de respuesta con pérdida de privilegios, que produjo un decremento de dichas conductas, de 15 a 5 en dos semanas. A partir de la 8ª semana se registraron también las conductas de desafío. En esa semana las agresiones fueron 8 y las conductas desafiantes 35, que pasaron a 6 y 7 respectivamente a la semana siguiente. Durante las semanas 22 y 23 coincidiendo con el final de las vacaciones del verano, se produjo una recuperación espontánea leve en ambas conductas. A partir de la semana 25 la frecuencia de las conductas disruptivas fue muy baja, manteniéndose los resultados a cero durante el seguimiento a los 8 meses.

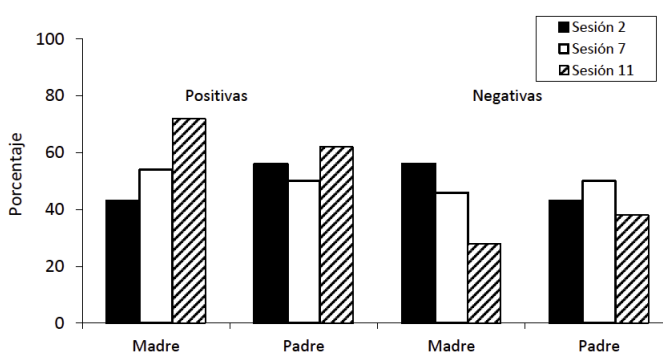
Figura 1. Frecuencia de agresiones y desafíos semanales durante el tratamiento y el seguimiento de 8 meses, registrados por los padres.



En la Figura 2 se muestra el porcentaje de verbalizaciones (positivas y negativas) de los padres en relación con la conducta de Pablo, durante el tiempo de juego. Los datos fueron recogidos a través de las grabaciones de video en la sesión 2ª de pre-evaluación, la 7ª de post-tratamiento y en la 11ª a los tres meses de esta última. El porcentaje se calculó con la siguiente fórmula: verbalizaciones (positivas o negativas) / total de verbalizaciones x 100. Se puede observar en el caso de las verbalizaciones de la madre que las positivas se incrementaron notablemente durante la intervención, pasando de 43% a 72% en la sesión 11ª, y las negativas se redujeron de 56% a 28%. En el caso del padre ya eran elevadas en la sesión previa y en la sesión 7ª no hubo diferencias entre las positivas y las negativas, aunque sí apareció un aumento de habilidades positivas durante la sesión 11ª, pasando de 56% en el pre a 62%.

Como ya se ha comentado, estos datos se tomaron con cautela. A lo largo del tratamiento se redujo la intensidad, pasando de 106 en la pre-evaluación a 68 en el seguimiento a los 14 meses en el caso del padre, y de 106 en la pre-evaluación a 76 en el seguimiento a los 14 meses, en la madre. El número de problemas también se reduce, variando de 12 en la pre-evaluación a 0 en los seguimientos, en ambos padres. En cuanto a los datos post-intervención, hay diferencias entre ambos padres, señalando 10 conductas problemáticas para el padre y 4 para la madre, aunque ninguno de los dos son clínicamente significativos.

Figura 2. Porcentaje de verbalizaciones de los padres en relación con el comportamiento del niño durante las grabaciones.



Los datos recogidos a través del ECBI muestran que tanto la intensidad como el número de conductas problemáticas del niño se redujeron. Como se puede ver en las Figuras 3 y 4, durante la pre-evaluación los padres mostraron que tenían un bajo nivel de tolerancia hacia el problema de su hijo (García-Tornel et al., 1998).

Figura 3. Resultados de la intensidad de conductas problema en el inventario ECBI.

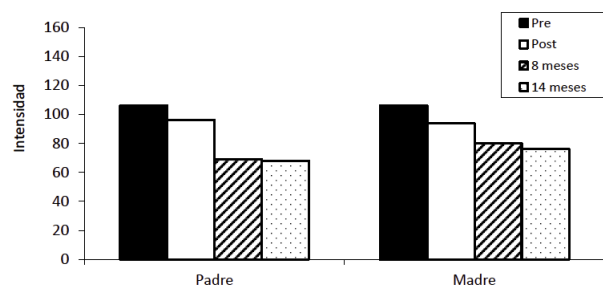
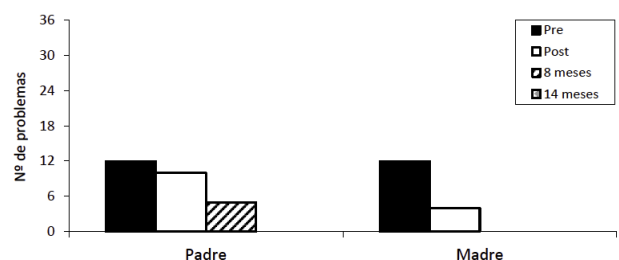


Figura 4. Resultados del número de conductas problema del niño en el inventario ECBI.



Al inicio del tratamiento, los padres reconocieron sentirse bloqueados con el problema y con la información recibida. Además y coincidiendo con el aumento de las conductas disruptivas del niño, los padres manifestaron sentirse desconcertados con lo que estaban viviendo y reconocieron que cedían ante el mal comportamiento del niño. Se sentían mal elogiando su buen comportamiento, pues les parecía artificial. A pesar de los sentimientos que la intervención les generaba, los padres comenzaron a aplicar consecuencias de manera consistente y sistemática al comportamiento de su hijo y a actuar en función de sus valores como padres, siguiendo las pautas de la intervención con ACT. Así, de manera gradual, las agresiones comenzaron a reducirse y el niño comenzó a utilizar conductas incompatibles con agredir, por ejemplo, avisaba a sus padres cuando quería un juguete de su hermana, era más cariñoso con ella y recurría a un adulto cuando otro niño le pegaba. Las personas cercanas a la familia reconocieron el cambio de comportamiento en el niño. Podríamos decir que a lo largo del tratamiento se incrementó la obediencia y se eliminaron las conductas disruptivas. Además, las conductas pro-sociales y la obediencia se generalizaron a otros contextos. En suma, al final del tratamiento y en el seguimiento, sus conductas ya no podrían incluirse en el diagnóstico de Trastorno Negativista Desafiante.

## Discusión

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se podría concluir que la hipótesis de que los problemas de conducta de Pablo eran fruto de la inconsistencia y la falta de sistematicidad de los padres, podría ser considerada como correcta. También se puede llegar a la conclusión de que los padres entraban en conflicto con sus valores parentales al no enfrentarse a las experiencias internas desagradables que sentían al interactuar con él. Aparte de las indicaciones del programa conductual, consideramos que fue la intervención con los componentes de ACT descritos, los que permitieron a los padres ajustarse mejor al tratamiento, y poder aplicar consecuencias conforme a sus valores como padres, aceptando el malestar que esto les generaba. Así, podríamos afirmar que la combinación de PCIT con ACT puede ser efectiva para el tratamiento de niños con trastorno negativista desafiante, especialmente cuando los padres tienen conflictos con sus valores. En este caso la PCIT mejoró la interacción entre los padres y su hijo a través del juego, consiguiendo que los padres aprendieran a atender las conductas pro-sociales y positivas, dieran órdenes eficaces y aplicasen consecuencias a las conductas por clases funcionales. Pero, además, gracias a la integración de ACT se consiguió que los padres se enfrentasen al problema sin evitaciones, y que estuvieran dispuestos a sentir las experiencias desagradables que conllevaba la terapia, que se marcaran objetivos como padres, y actuaran conforme a sus valores.

Aunque no se midió explícitamente esa evitación experiencial en los padres, se tenía constancia por las diversas entrevistas con ellos, por sus comentarios, e incluso por el hecho de mantener en secreto pedir ayuda a un profesional frente a sus familiares y amigos, por el malestar que les generaba incluso pedir esta ayuda. En una de las últimas consultas los padres comentaron que habían comenzado a hacer pública su asistencia al psicólogo cuando alguien les preguntaba. ACT se ha trabajado introduciendo en PCIT diversos procesos conforme fueron apareciendo en sesión obstáculos relacionados con la evitación experiencial de los padres, desde la perspectiva basada en ACT de Coyne y Murrell (2009). Estos autores proponen el juego padres-hijos adaptándolo en la misma línea de PCIT.

Por otro lado, la adaptación al caso individual y la urgencia para la intervención por las conductas agresivas, hizo que se aplicase un pro-

grama PCIT adaptado. Se han aplicado las fases CDI y PDI al mismo tiempo, y se ha adaptado el tiempo fuera. No se utilizó el equipamiento (cristal unidireccional, receptor invisible, *walkie-talkie*, etc.) recomendado en PCIT. Se adaptó el proceso de observación y entrenamiento de las habilidades de los padres. La observación y codificación de las verbalizaciones parentales se complementó con grabaciones de las sesiones, las cuales eran vistas y analizadas al término de éstas por el terapeuta, quien enviaba *feedback* a los padres por correo electrónico ese mismo día. El entrenamiento se llevó a cabo desde dentro de la sala de juegos. Las habilidades aprendidas en PDI no tuvieron un entrenamiento como tal, sino que los padres eran modelados y moldeados en la misma sesión, sin utilizar el juego.

Hasta el momento, PCIT no recomienda la aplicación de esta terapia con padres que tienen alta resistencia al tratamiento. Nosotros defendemos que aplicar PCIT con terapias contextuales, como ACT, puede mejorar los resultados de PCIT y ayudar a padres con problemas de evitación experiencial. Como refieren Coyne y Murrell (2009) parece que los pensamientos y los sentimientos de los padres son “el eslabón perdido” y uno de los mayores obstáculos al aplicar programas de entrenamiento de padres.

No se han encontrado estudios de caso clínico ni diseños de grupo que apliquen esta integración de ambas terapias. Investigaciones futuras deberían ir encaminadas a la replicación de este tipo de integración y con una aplicación dentro de diseños experimentales de investigación tanto de grupo como de diseño de caso único que controlen las amenazas a la validez interna de los resultados. Lo que se propone no es una nueva terapia, si no la integración de procesos de ACT que ayuden a mejorar la PCIT, y que han demostrado ser eficaces en patrones de evitación experiencial o rigidez psicológica.

## Conflicto de intereses

Los autores de este trabajo declaran que no tienen conflicto de intereses.

*Artículo recibido: 31/03/2016*

*Aceptado: 25/04/2016*

## Referencias

- Abrahamse, M.E., Junger, M., Leijten, P.H.O., Lindeboom, R., Boer, F., & Lindauer, R.J.L. (2015). Psychometrics Properties of the Duch Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) in a Community Sample and a Multi-Ethnic Clinical Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37(4), 679-691.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-V. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Barkley, R.A. (2002). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. 2ª Edición*. Barcelona: Paidós.
- Barkley, R.A., & Benton, C.M. (2000). *Hijos desafiantes y rebeldes. Consejos para recuperar el afecto y lograr una mejor relación con su hijo*. Barcelona: Paidós.
- Barlow, D.H., & Hersen, M. (1988). *Diseños experimentales de caso único. Estrategias para el estudio del cambio conductual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Berlin, K.S., Sato, A.F., Jastrowski, K.E., Woods, D.W., & Davies, W.H. (2006, noviembre). Effects of experiential avoidance on parenting practices and adolescents outcomes. Comunicación oral presentada en Association for Behavioral Cognitive Therapies Annual Convention, Chicago.

- Burke-Currie, A.M., & Coyne, L.W. (2011, julio). Linking ACT constructs with developmental psychopathology: Maternal emotional suppression in a diverse, at-risk population. Póster presentado en Association for Contextual Behavioral Science World Conference, Parma.
- Cheron, D.M., Ehrenreich, J.T., & Pincus, D.B. (2009). Assessment of parenting experiential avoidance in a clinical sample of children with anxiety disorders. *Child Psychiatry Human Development*, 40(3), 383-403. doi: 10.1007/s10578-009-0135-z
- Colvin, A., Eyberg, S.M., & Adams, C.D. (1999). Restandardization of the Eyberg Child Behavior Inventory. Manuscrito no publicado. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/239922241\\_Restandardization\\_of\\_the\\_Eyberg\\_Child\\_Behavior\\_Inventory\\_Professional\\_Manual](https://www.researchgate.net/publication/239922241_Restandardization_of_the_Eyberg_Child_Behavior_Inventory_Professional_Manual)
- Coyne, L.W., & Murrell, A.R. (2009). *The joy of parenting. An acceptance and commitment therapy guide to effective parenting in the early years*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.
- Coyne, L.W., & Wilson, K.G. (2004). The role of cognitive fusion in impaired parenting: An RFT analysis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 469-486.
- Eyberg, S.M. (1988). Parent-Child Interaction Therapy: Integration of traditional and behavioral concerns. *Child and Family Behavior Therapy*, 10, 33-46.
- Eyberg, S.M. (1999). *Parent-Child Interaction Therapy (PCIT). Integrity Checklists and Session Materials*. University of Florida. Recuperado de <http://pcit.phhp.ufl.edu/>
- Eyberg, S. M., & Funderburk, B. (2011). *Parent-Child Interaction Therapy Protocol*. PCIT International, Inc. Recuperado de [www.pcit.org](http://www.pcit.org)
- Eyberg, S.M., & Matarazzo, R.G. (1980). Training parents as therapists: A comparison between individual parent-child interaction training and parent group didactic training. *Journal of Clinical Psychology*, 36, 492-499.
- Eyberg, S.M., Nelson, M.M., Duke, M., & Boggs, S.R. (2009). *Manual for the dyadic parent-child interaction coding system* (3rd. Ed.). Gainesville: University of Florida.
- Eyberg, S.M., & Pincus, D.B. (1999). *Eyberg child behavior inventory and Sutter Eyberg behavior inventory-revised: Professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Eyberg, S. M., & Ross, A. W. (1978). Assessment of Child Behavior Problems: The Validation of a new Inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 7, 113-116.
- Eyberg, S.M., & Robinson, E.A. (1982). Parent-Child Interaction Training: Effects on Family Functioning. *Journal of Clinical Child Psychology*, 11(2), 130-137.
- Eyberg S. M., & Robinson, E. A. (1983). Conduct Problem Behavior: Standardization of a Behavioral Rating Scale with Adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12(3), 347-354.
- Ferro, R., & Ascanio, L. (2014). Terapia de Interacción Padres-Hijos (PCIT). *Papeles del Psicólogo*, 35(3), 168-180.
- Ferro, R., Vives, M.C., & Ascanio, L. (2009). Novedades en el tratamiento conductual de niños y adolescentes. *Clínica y Salud*, 20(2), 119-130.
- Ferro, R., Vives, M.C., & Ascanio, L. (2010). Aplicación de la Terapia de Interacción Padres-Hijos en un caso de Trastorno Negativista Desafiante. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(3), 205-214.
- García-Tornel, S., Calzada, E., Eyberg, S., Mas, J., Vilamala, C., Baraza, C., ... Trinxant, A. (1998). Inventario Eyberg del comportamiento en niños. Normalización de la versión española y su utilidad para el pediatra extra-hospitalario. *Anales Españoles de Pediatría*, 48(5), 475-482.
- Greco, L.A., & Eifert, G.H. (2004). Treating Parent-Adolescent Conflict: Is Acceptance the missing link for an Integrative Family Therapy? *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 305-311.
- Greco, L.A., Heffner, M., Poe, S., Ritchie, S., Polak, M., & Linch, S.K. (2005). Maternal adjustment following preterm birth: Contributions of experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 36, 177-184. doi:10.1016/S0005-7894(05)80066-8
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S.C., Wilson, K.W., Gifford, E.V., Follette, V.M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Hembree-Kigin, T.L., & McNeil, C.B. (1995). *Parent-Child Interaction Therapy*. New York: Plenum Press.
- Manassis, K., Lee, T.C., Bennett, K., Zhao, X.Y., Mendlowitz, S., Duda, S., & Wood, J.J. (2014). Types of parental involvement in CBT with anxious youth: A preliminary meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1163-1172. doi:10.1037/a0036969
- McCurry, C. (2009). *Parenting Your Anxious Child with Mindfulness and Acceptance. A powerful new approach to overcoming fear, panic, and worry using acceptance and commitment therapy*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.
- McNeil, C.B., Capage, L.C., Bahl, A., & Blanc, H. (1999). Importance of early intervention for disruptive behavior problems: Comparison of treatment and waitlist-control groups. *Early Education and Development*, 10, 445-454.
- McNeil, C.B., & Hembree-Kigin, T.L. (2011). *Parent-Child Interaction Therapy*. New York: Springer.
- Mendlowitz, S.L., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Miezitis, S., & Shaw, B.E. (1999). Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: The role of parental involvement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1223-1229.
- Rafferty-Helmer, J.N., Moore, P.S., Coyne, L., & Reed, K.P. (2016). Changing problematic parent-child interaction in child anxiety disorders: The promise of Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(1), 64-69. doi:10.1016/j.jcbs.2015.08.002
- Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., & Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 251-262. doi:10.1016/j.cpr.2012.01.005
- Robinson, E., Eyberg, S., & Ross, A. (1980). The Standardization of an Inventory of Child Conduct Problem Behaviors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 9, 26-28.
- Scudder, A.T., & Herschell, A. D. (2015). Building and evidence-based for the Training of evidence-based treatments in community settings: Use of an expert-informed approach. *Children and Youth Services Review*, 55, 84-92. doi: 10.1016/j.childyouth.2015.05.003
- Shea, S.E., & Coyne, L.W. (2011). Maternal dysphoric mood, stress, and parenting practices in mothers of Head Start preschoolers: The role of experiential avoidance. *Child and Family Behavior Therapy*, 33, 231-247. doi:10.1080/07317107.2011.596004
- Shinn, M. (2013). Parent-Child Interaction Therapy with a Deaf and Hard of Hearing Family. *Clinical Case Studies*, 20(10), 1-17. doi:10.1177/1534650113500065
- Schuhmann, E. M., Foote, R. C., Eyberg, S. M., Boggs, S. R., & Algina, J. (1998). Efficacy of Parent-Child Interaction Therapy: Interim Report of a Randomized Trial with Short-Term Maintenance. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(1), 34-45.
- Spence, S.H., Donovan, C., & Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of social skills training-based cognitive-behavioral intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 713-726.
- Spielmann, G.I., Pasek, L.F., & McFall, J.P. (2007). What are the active ingredients in cognitive and behavioral psychotherapy for anxious and depressed children? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27(5), 642-654. doi:10.1016/j.cpr.2006.06.001

- Webster-Stratton, C. (1990). Enhancing the effectiveness of self-administered videotape parent training for families with conduct-problem children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *18*, 479-492.
- Williams, K.E., Ciarrochi, J., & Heaven, P.C.L. (2012). Inflexible parents, inflexible kids: A 6-year longitudinal study of parenting style and the development of psychological flexibility in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, *41*, 1053-1066. doi:10.1007/s10964-012-9744-0
- Wood, J.J., Piacentini, J.C., Southam-Gerow, M., Chu, B.C., & Sigman, M. (2006). Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *45*, 314-321. doi: 10.1097/01.chi.0000196425.88341.b0