

■ Combinando la terapia de aceptación y compromiso con la terapia de interacción padres-hijos en un niño con graves problemas de conducta

Lourdes Ascanio-Velasco & Rafael Ferro-García

Centro de Psicología Clínica C.E.D.I., España

Resumen

La Terapia de Interacción Padres-Hijos (PCIT) es una terapia bien establecida para problemas de conducta infantil. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) combinada con PCIT mejora los resultados de la intervención, ya que puede facilitar la adhesión de los padres y del niño al tratamiento y puede mejorar la efectividad de PCIT en niños mayores de 7 años. En este trabajo se presenta el caso de un niño de 10 años con trastorno negativista desafiante, que presentaba conductas disruptivas de alta frecuencia desde hacía más de 6 meses. Se utilizó un diseño de caso único AB con medidas repetidas de seguimiento. Se evalúa la eficacia del tratamiento que combinó PCIT y ACT, aplicado en el niño y sus padres. La intervención se llevó a cabo a lo largo de 11 sesiones con 3 medidas de seguimiento posteriores a los 3, 6 y 12 meses. Los resultados muestran que el tratamiento fue efectivo para reducir los graves problemas de conducta que presentaba e incrementar las conductas pro-sociales. Los resultados se mantienen en el seguimiento de 12 meses. Este trabajo aporta evidencia de la eficacia del tratamiento combinado de PCIT y ACT en el caso de un niño mayor de 7 años con trastorno negativista desafiante a corto y largo plazo.

Palabras clave: terapia de interacción padres hijos; terapia de aceptación y compromiso; trastorno negativista desafiante.

Abstract

Combining Acceptance and Commitment Therapy with Parent-Child Interaction Therapy when working with a Child with Serious Behavioral Problems. The Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) is a well-established therapy for children's behavioral problems. The Acceptance and Commitment Therapy (ACT) combined with PCIT may improve outcomes of the intervention, since this combination of therapies can facilitate parental and child adherence to treatment and may also improve the effectiveness of PCIT in children older than 7 years old. In this paper, we present a clinical case of a 10-year-old boy with an oppositional defiant disorder, who has had disruptive high-frequency behavior for more than 6 months. An AB single case design with repeated measures in follow-up was used. We evaluated an intervention that involved PCIT and ACT, that was applied to the child and his parents. The intervention was carried out during 11 sessions, and follow-up measures at 3, 6, and 12 months. The results show that the treatment was effective to eliminate serious behavioral problems and increase pro-social behaviors. These results were maintained in the 12-month follow-up. The current study provides evidence of the treatment that involved PCIT and ACT in a boy older than 7 years old who had oppositional defiant disorder.

Keywords: parent-child interaction therapy; acceptance and commitment therapy; oppositional defiant disorder.

La Terapia de Interacción Padres-Hijos (*Parent-Child Interaction Therapy*, PCIT; Eyberg, 1999; Eyberg & Funderburk, 2011; Ferro & Ascanio, 2017; Hembree-Kigin & McNeil, 1995; McNeil & Hembree-Kigin, 2011) es una terapia infantil dirigida a niños de entre 2 y 7 años que presentan problemas de conductas disruptivas. Se trata de una terapia idiosincrática y flexible basada en métodos operantes

que actúa sobre las interacciones entre los padres y sus hijos. Su novedad estriba en el uso del juego como contexto para crear el cambio y el entrenamiento en vivo de los padres y el niño, así como generar un contexto donde se valida a la familia. PCIT está dividida en dos componentes: la interacción dirigida por el niño (*Child Directed Interaction*, CDI) y la interacción dirigida por los padres (*Parent*

Correspondencia:

Lourdes Ascanio-Velasco.

Centro de Psicología Clínica C.E.D.I.

Avda. de la Constitución 25, 7º izquierda, 18014, Granada, España.

E.mail: ascanio@cop.es

Directed Interaction, PDI). El objetivo de CDI es mejorar la relación entre los padres y el niño, y el objetivo de PDI es dotar a los padres de habilidades de disciplina. Para pasar de una fase a otra y para dar por finalizada la terapia, los padres deben alcanzar una serie de criterios que muestren que son habilidosos a la hora de prestar atención al buen comportamiento del niño y al aplicar disciplina. Según la revisión realizada por Ferro-García y Ascanio-Velasco (2017) siguiendo los criterios de la APA, PCIT es un tratamiento bien establecido para conductas disruptivas en la infancia, el trastorno negativista desafiante (TND), el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y para niños víctimas del maltrato o en situación de riesgo de sufrirlo.

PCIT y las Terapias Contextuales comparten el mismo origen (el análisis de conducta aplicado), trabajan con lo que ocurre en sesión, y enfatizan la importancia de las relaciones terapéuticas. Una de las terapias contextuales con más difusión en nuestro país es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes & Strosahl, 2004; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999; Wilson & Luciano, 2002), y está dirigida al tratamiento de la inflexibilidad psicológica y la evitación experiencial.

En la base de muchos problemas de conducta infantiles se encuentra un patrón de padres y/o niños inflexibles y evitativos, que no toleran las experiencias privadas desagradables (como angustia, miedo, tristeza, etc.). Aunque se ha demostrado la eficacia y efectividad de ACT en población adulta (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma, & Guerrero, 2004), las aplicaciones en el ámbito infantil son menos abundantes (véase Coyne, McHugh, & Martinez, 2011; Murrell & Scherbarth, 2006; Swain, Hancock, Dixon, & Bowman, 2015). Hay algunos programas de ACT dirigidos a familias (Coyne & Murrell, 2009; McCurry, 2009; Murrell, Coyne, & Wilson, 2004) y también se han publicado intervenciones combinando ACT y PCIT (Coyne & Wilson, 2004; Ferro, Ascanio, & Valero, 2017). Esta combinación ha generado una interesante línea de investigación que nos está dando buenos resultados para niños mayores de 7 años donde PCIT disminuye su efectividad, aplicando ACT en niños y en padres. Y también, aplicar ACT en padres que presentan un perfil inflexible y evitativo ayuda a mejorar los resultados durante la intervención con PCIT en niños menores de 7 años como en el caso expuesto por Ferro, Ascanio y Valero (2017). Si exceptuamos los dos trabajos antes citados no se han encontrado estudios de caso único en los que se combinen ambas terapias, por lo que se requiere mayor evidencia de la eficacia de este tratamiento en la infancia, especialmente en niños mayores de 7 años.

El objetivo de este estudio de caso único fue evaluar la eficacia de una intervención con eficacia demostrada para abordar graves problemas de conducta en un niño de 10 años. De acuerdo con la revisión de Ferro-García y Ascanio-Velasco (2017), éste es el primer trabajo que describe la aplicación de PCIT combinada con ACT en un niño mayor de 7 años. Concretamente, se combinó PCIT con dos procesos fundamentales de ACT: la *clarificación de los valores* y la *defusión cognitiva*. Se clarificaron los valores de la familia, siguiendo la línea de los trabajos de Murrell, Coyne y Wilson (2004) y de Coyne y Murrell (2009). En este trabajo se planteó que si a los padres se les ayuda a aclarar sus conflictos en sus valores podría favorecer la adhesión al tratamiento. Por otro lado, se planteó que si al niño se le ayuda a reducir su resistencia aceptando la disciplina al aplicar la fase PDI, podría mejorar la eficacia de PCIT en este caso. A diferencia de las intervenciones antes citadas, en este trabajo se aplica la intervención con ACT en el niño, no habiéndose encontrado esto mismo en la literatura científica revisada.

Descripción del caso

Motivo de consulta

Marcos tenía 10 años cuando acudió a consulta. cursaba 5º de primaria y era el mayor de tres hermanos. Los padres demandaron ayuda porque desde hacía más de 6 meses desobedecía las órdenes que le daban y/o hacía lo contrario a lo que se le pedía y se enfrentaba a las normas. Cuando no le permitían hacer lo que quería, tenía rabietas en las que protestaba, discutía y a veces llegaba a golpear muebles y tirar objetos al suelo. Según sus padres, lo hacía “de manera impulsiva, sin pararse a pensar en las consecuencias de sus actos”. Mentía con frecuencia y cometía robos. Alguna vez se había hallado en casa material escolar que había hurtado del colegio (lápices, libros de la escuela, el móvil de un profesor, etc.). Le gustaba prender cerillas y encendedores, y de vez en cuando habían aparecido objetos con señales de haber sido quemados. Unos días atrás había prendido una papelería de su colegio. Cuando le preguntaron que por qué lo había hecho, respondió “yo no sé por qué lo hago”. Marcos tendía a evitar las consecuencias de estos comportamientos mintiendo. Semanas antes de acudir a consulta su rendimiento escolar había empeorado, se negaba a hacer las tareas y/o estudiar, y se mostraba distraído. El detonante para acudir a sesión fue que la mañana anterior se había escapado de casa, extrayendo 500 euros del cajero a través de la tarjeta bancaria robada a la madre. Los padres se mostraban muy preocupados “por si pasaba algo en la mente del niño”, querían eliminar estos comportamientos, la madre interpretaba estas conductas como posibles celos hacia sus hermanos, y deseaban que fuera un niño feliz.

Diseño

Se utilizó un diseño de caso único AB con medidas repetidas de seguimiento (Barlow & Hersen, 1988). En la fase A se tomaron como línea base las conductas disruptivas del niño, el índice de tensión de los padres y la codificación de la interacción entre los padres y el niño (datos recogidos durante las 4 primeras sesiones) y la fase B de tratamiento (correspondiente a las sesiones 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11), con 3 medidas de seguimiento posteriores a los 3, 6 y 12 meses). Los padres han dado su consentimiento para la publicación de este manuscrito.

Evaluación del caso

Los instrumentos utilizados fueron: el *Eyberg Child Behavior Inventory* (ECBI; Eyberg & Pincus, 1999; Eyberg & Ross, 1978) y el *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach, 1991, 1992). Para evaluar la tensión de los padres se administró el *Parenting Stress Index-Short Form* (PSI-SF; Abidin, 1995). Para codificar la interacción de los padres con el niño se utilizó una adaptación del *Dyadic Parent-Child Interaction Coding System* (DPICS; Eyberg & Robinson, 1983).

El ECBI es un inventario para padres que evalúa conductas problemáticas en un rango de edad de 2 a 16 años. Consta de 36 ítems, a través de dos escalas: intensidad y problemas. Los puntos de corte orientativos en población española son puntuaciones superiores a 124 en la escala de Intensidad y a 10 en la escala de Problemas (García-Tornel et al., 1998). Consta de una elevada consistencia interna en sus dos escalas ($\alpha > .90$) (Colvin, Eyberg, & Adams, 1999; Eyberg & Robinson, 1983; Robinson, Eyberg, & Ross, 1980) y de fiabilidad ($r = .75$) y validez concurrente ($r = .53$) (Abrahamse, Junger, Van-Wouwe, Boer, & Lindauer, 2015).

El CBCL es un cuestionario para padres que evalúa conductas externalizantes e internalizantes, en un rango de edad de 4 a 18 años. Es una prueba avalada por numerosos estudios y presenta correlaciones muy altas con otras medidas (Fernández-Molina, del Valle, Fuentes, Bernedo, & Bravo, 2011). El estudio de Sardinero, Pedreira y Muñiz (1997) muestra las medidas de fiabilidad y validez del CBCL para una muestra de niños y niñas asturianos de 6 a 11 años. La consistencia interna en los niños fue adecuada ($\alpha = .83$ en conductas externalizantes y $\alpha = .71$ en conductas internalizantes).

El PSI-SF es un cuestionario que evalúa el nivel de estrés de padres de niños de tres meses hasta 10 años. Consta de 36 ítems, divididos en tres subescalas: Malestar Paterno, Interacción Disfuncional y Niño Dificil. El PSI-SF se utiliza para identificar familias que están en riesgo de experimentar prácticas abusivas parentales debido al alto nivel de estrés que pueden estar sufriendo (Hembree-Kigin & McNeil, 1995). El estudio de Díaz-Herrero, Brito de la Nuez, López-Pina, Pérez-López y Martínez-Fuentes (2010) analizó la consistencia interna de la versión española del PSI-SF con una muestra de 115 padres. Los resultados indicaron una adecuada consistencia interna ($\alpha > .87$ para las escalas y $\alpha = .91$ para el Total).

El DPICS se trata de un sistema de codificación de conductas de las familias durante una situación de juego. El sistema está dividido en tres situaciones: una situación de juego dirigida por el niño, otra dirigida por los padres y una última situación en la que se le pide al niño que recoja los juguetes utilizados. El terapeuta registra las interacciones de las familias. Su fiabilidad oscila en un rango que va de $\alpha = .38$ a $\alpha = 1$ en la categoría de los padres, y de $\alpha = .29$ a $\alpha = .88$ en los niños (Eyberg, Nelson, Duke, & Boggs, 2009).

Análisis topográfico y funcional

El análisis del caso se llevó a cabo a través de la entrevista a los padres y de la administración de los instrumentos descritos. También a través de registros de análisis funcional descriptivos de la conducta disruptiva del niño y de un registro diario de frecuencias en el cual anotaron la frecuencia de desobedecer, mentir, robar y tener rabietas.

En el pre-tratamiento el ECBI mostró puntuaciones por encima de los puntos de corte tanto en la escala de intensidad (PD = 129) como en la escala de problemas (PD = 16). En el CBCL se obtuvo una puntuación por encima del rango clínico en el área que media los síndromes externalizantes (PD = 18), aunque se mantuvo dentro de la normalidad en los síndromes internalizantes (PD = 7). La puntuación total se situaba dentro del rango límite (PD = 46). En el SPI-SF la puntuación total directa tanto del padre (PD = 136) como de la madre (PD = 129) fueron elevadas, indicando un alto nivel de estrés en ambos progenitores. Durante el registro del DPICS, se observó que ambos padres tendían a dirigir el juego, y que la frecuencia de descripciones del buen comportamiento del niño, elogios etiquetados y de reflejos era muy baja. Durante el juego, el niño intentaba llamar la atención de los padres de manera constante describiendo él mismo las cosas que hacía bien.

Marcos cumplía los criterios del trastorno negativista desafiante (F91.3) de gravedad moderada según el DSM 5 (APA, 2014). Estas conductas creaban malestar en el niño y en las personas de su entorno y tenían un impacto negativo en otras áreas de su vida. Estas conductas se daban en más de un contexto (en casa y en el colegio). Definidas operacionalmente eran: *Robar*: Coger algo (objetos, dinero, etc.) sin permiso de su propietario. *Mentir*: No decir la verdad u ocultarla. *Desobedecer*: No seguir una orden dada por una figura de autoridad, por ejemplo, sus padres, o tardar más de 5 minutos en llevarla a cabo;

y *Tener rabietas*: Tener llantos intensos de duración de más de un minuto, que pueden estar acompañados de conductas agresivas (dar golpes, patadas, etc.).

Tabla 1. Trastorno negativista desafiante 313.81 (F91.3) según DSM-5 (APA, 2014)

<p>A. Un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano.</p> <p style="padding-left: 20px;">Enfado/irritabilidad Discusión/actitud desafiante Vengativo</p> <p>B. Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo) obtiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.</p> <p>C. Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo.</p>

Se hipotetizó que estas conductas estaban mantenidas a través de reforzamiento positivo, ya que los padres atendían al niño de manera concurrente o de manera inmediata tras darse una conducta problemática. Además, cuando Marcos cogía algo sin permiso, conseguía obtener y hacer uso de ese objeto de manera inmediata al robo. Y también a través de reforzamiento negativo, Marcos conseguía escapar o evitar castigos a través de las mentiras o culpabilizar a los demás, a veces personajes inventados. El niño se negaba a hacer tareas desagradables para él a través de rabietas (llantos intensos y duraderos acompañados de dar golpes y patadas). Las consecuencias no eran contingentes a sus conductas disruptivas, sino que se aplicaban días después, ya que se enteraban tarde debido a las mentiras del niño.

Aplicación del tratamiento

El tratamiento se aplicó a lo largo de 5 meses, con un total de 11 sesiones de 1 hora de duración. Durante estas sesiones se llevó a cabo una entrevista con los padres y se administraron los cuestionarios de evaluación. Se enseñó a los padres a hacer un análisis funcional de la conducta de su hijo y se les dio por escrito unas instrucciones generales (no discutir delante del niño, atender el buen comportamiento, aplicar consecuencias sistemáticas y consistentes, e inmediatas al buen y mal comportamiento del niño, no sermonear, hablar con respeto, no amenazar, atender a una petición cuando se haga de una manera correcta, etc.). En la sesión 4 se citó a los padres junto a su hijo y se observó su interacción a través del DPICS. De la sesión 5 a la 11, se trabajó con los padres y con el niño por separado, dedicando los primeros 40 minutos a los padres y los 20 últimos al niño. En las sesiones 10 y 11 la terapeuta se dedicó a resolver dudas y a comparar la situación actual con la situación en la que acudieron. El tratamiento se desvaneció reduciendo la frecuencia de las sesiones: las cuatro primeras fueron semanales, pasando a cada diez días (sesión 5 y 6), quincenales (7, 8 y 9) y mensuales (10 y 11).

Se adaptó la PCIT a la edad del niño y la alta frecuencia e intensidad de las conductas disruptivas. Por ello, las fases se aplicaron de forma simultánea. Ambas fases se dieron por finalizadas cuando se observó un incremento de las habilidades de juego en los padres (a partir de ahora *habilidades PRIDE*, acrónimo de las palabras en

inglés elogiar, reflejar un habla adecuada, imitar el juego del niño, describir y ser entusiasta) y una mejora de las habilidades de disciplina, y cuando los padres informaron del incremento del buen comportamiento. En PDI, se eliminó el tiempo fuera y se incluyó un sistema de premios consecuentes al buen comportamiento. La observación y el entrenamiento de la interacción entre los padres y el niño se hicieron en la misma sala de juegos, ya que los padres no dieron su consentimiento para ser observados/grabados en vídeo.

Se usaron varios procesos de la *Terapia de Aceptación y Compromiso* (ACT). En general, la *clarificación de valores parentales* se utilizó como ayuda a los padres para seguir las normas generadas por PCIT. Con el niño, se clarificaron sus *valores*, se trabajó la *defusión cognitiva* y se construyeron *patrones de acción* comprometidos con los valores evaluados. Se adaptaron metáforas y ejercicios a la problemática y edad del niño.

Las primeras 4 sesiones se dedicaron a la evaluación a través de los cuestionarios ECBI, CBCL, PSI-SF y DPICS, y a introducir algunos componentes de PCIT y ACT. Respecto a PCIT, se les explicó a los padres en qué consistían las habilidades relacionadas con la fase CDI (la *atención estratégica* y el *ignorar selectivamente*) y con la fase PDI (*cómo dar órdenes efectivas* y *cómo elogiar la obediencia*). Se clarificaron sus valores parentales según ACT a través de ejercicios como: “¿Qué tipo de padre quieres ser?”, “¿Cómo quieres ser recordado?” (Coyne & Murrell, 2009). También los padres debían registrar las conductas problemáticas del niño y enviarlas a través de correo electrónico a la terapeuta, que las analizaba funcionalmente y les enviaba *feedback*. Los padres hicieron un registro de frecuencia diario de las conductas problemáticas del niño. A lo largo de estas sesiones y hasta el final del tratamiento, se trató de establecer una buena relación terapéutica con la familia, de manera positiva y no juiciosa.

De la sesión 5 a la 9 se enseñaron y entrenaron a los padres las habilidades de juego PRIDE a través de modelamiento y moldeamiento, y se les pidió como tarea para casa que jugaran con su hijo diariamente durante 5 minutos, practicando las habilidades aprendidas en sesión. Con el niño se llevaron a cabo ejercicios para trabajar la *defusión cognitiva* a través de la paradoja del control de las emociones y los pensamientos (“metáfora del polígrafo”, “ejercicio del elefante rosa”, ambos adaptados al niño de Wilson y Luciano (2002). También se le enseñó a respirar como una técnica de *mindfulness* (McCurry, 2009) y se le moldeó para que utilizara esta herramienta cuando se sintiera enfadado, como conducta incompatible con ser desafiante y tener rabietas. Se *clarificaron sus valores* utilizando el ejercicio de “La fiesta de cumpleaños” (Shannon, 2012), en el cual el niño debía describir qué le gustaría que dijeran sobre él en su cumpleaños a los 20, 40 y 60 años. A lo largo de estas sesiones, los robos, las mentiras, las rabietas y la desobediencia se dieron con menor frecuencia.

En las sesiones 10 y 11 Marcos se mostró obediente y durante este tiempo no habían aparecido mentiras, robos ni rabietas. Se daban conductas pro-sociales: pedía disculpas, devolvía los objetos que encontraba a sus propietarios, colaboraba en casa, etc., y había mejorado su rendimiento escolar. En la sesión 11 se volvieron a pasar los instrumentos de evaluación ECBI y el PSI-SF para obtener los datos de postratamiento. Se decidió no administrar la medida CBCL de nuevo, ya que suponía más de 30 minutos y había falta de tiempo.

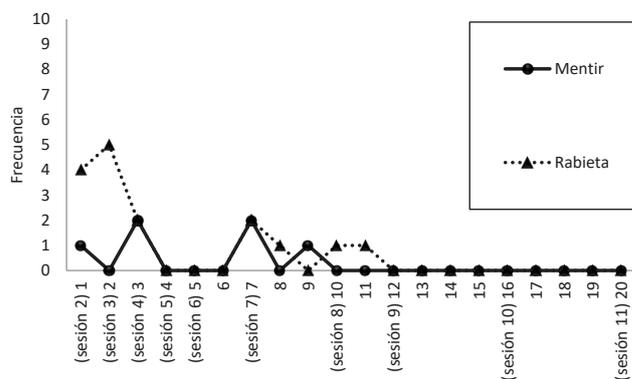
Los seguimientos a los 3, 6 meses y al año se realizaron a través de correo electrónico. En estos, se les administró a los padres las medidas CBCL, ECBI y PSI. En los seguimientos a los 3 y 6 meses

las mejoras se mantenían y cuando aparecía un problema se resolvía sin problema. Es decir, durante las sesiones de seguimiento también se reforzaron los avances, resolvieron algunas dudas, se repitieron la información, etc.

Resultados

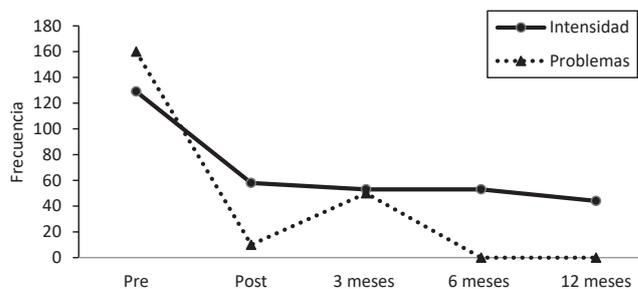
De forma global tras la intervención y al año del tratamiento, el ambiente en casa era bueno y no se habían dado situaciones problemáticas relevantes. No aparecieron en todo el año rabietas de alta intensidad, mentiras, robos, ni el uso de encendedores. Tanto los abuelos del niño como el profesor reconocieron estas mejoras.

Figura 1. Frecuencia durante las 20 semanas de las conductas de mentir y tener rabietas



La Figura 1 muestra la frecuencia de las conductas de mentir y de rabietas, recogidas por los padres a lo largo de 20 semanas. Las rabietas pasaron de 4 en la primera semana de tratamiento (correspondiente a la sesión 2) y 5 en la segunda (correspondiente a la sesión 3), a mantenerse en 0 a partir de la semana 12 (correspondiente a la sesión 9). A partir de la semana 2 (correspondiente a la sesión 3) se advirtió una mejora general en el comportamiento del niño, coincidiendo con el inicio del tratamiento de PCIT y el trabajo en valores con los padres. Los robos se eliminaron a partir de la semana 7 de tratamiento, y las mentiras desaparecieron a partir de la 9 (correspondientes ambas a la sesión 7), coincidiendo con la sistematicidad y la consistencia de los padres a la hora de aplicar las habilidades de juego PRIDE y el trabajo de clarificación de valores con el niño.

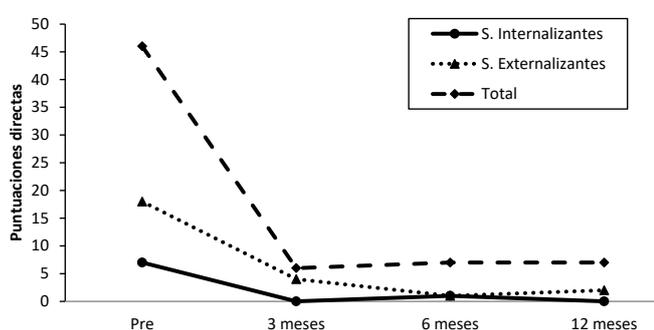
Figura 2. Resultados del ECBI en el pre-tratamiento, pos-tratamiento y en los seguimientos a los 3, 6 y 12 meses



Como se puede ver en la Figura 2, tanto la intensidad de los problemas como el número de estos se redujeron según los datos reco-

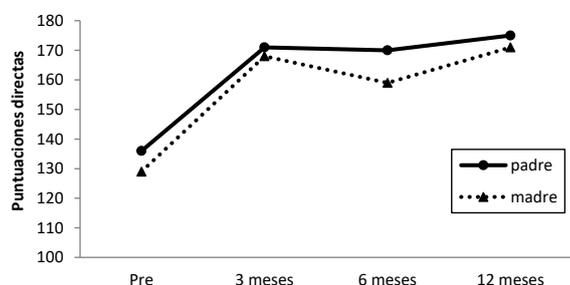
gidos por el ECBI antes del tratamiento, inmediatamente después, y durante los seguimientos. Los datos de la escala de problemas se han multiplicado por 10 para poder incluirla en la misma gráfica y tener una mejor visión de la figura. En los datos recogidos en el pre-tratamiento, los resultados de las dos escalas fueron significativos (intensidad =129 y problemas =16) y en el postratamiento no fueron significativos (intensidad = 58 y problemas = 1). Durante los seguimientos a los 3, 6 y 12 meses la intensidad se mantuvo no significativa, reduciéndose progresivamente (puntuaciones de 53, 53 y 4 respectivamente para cada seguimiento). El número de problemas se redujo, llegando a no ser considerada a partir de los 6 meses la conducta como problemática (seguimiento a los 3 meses = 50, y a los 6 y 12 meses = 0).

Figura 3. Resultados del CBCL en el pre-tratamiento y al seguimiento de 3, 6 y 12 meses



La Figura 3 presenta los datos obtenidos en el CBCL. En el pre-tratamiento se obtuvieron resultados dentro del rango normal en la escala de *síndromes internalizantes* (7), dentro del rango clínico en la escala de *síndromes externalizantes* (18) y dentro del rango límite la *puntuación total*. Sin embargo, en los seguimientos las puntuaciones se mantuvieron dentro del rango normal: *síndromes internalizantes* ($p < 2$), *síndromes externalizantes* ($p < 5$), y *puntuaciones totales* ($p < 6$).

Figura 4. Puntuaciones directas del PSI-SF en ambos padres, en el pre-tratamiento y al seguimiento de 3, 6 y 12 meses



La Figura 4 muestra las puntuaciones directas totales obtenidas por el padre y la madre antes de la intervención y en los seguimientos. Como se puede observar, la puntuación total pre-tratamiento en ambos padres era baja (padre = 136 y madre = 129), manifestando ambos tener dificultades para desempeñar su papel como padres, esto

es, estrés parental. Sin embargo, en los seguimientos a los 3, 6 y 12 meses del tratamiento, las puntuaciones de ambos padres aumentaron. Es decir, los padres percibieron menos dificultades respecto a su papel como tales, lo que se puede interpretar como un menor nivel de estrés parental en ambos progenitores.

Discusión

Cuando la familia de Marcos acudió a consulta, los padres estaban muy preocupados y estresados con los comportamientos que presentaba el niño. A pesar del malestar que esta situación les generaba, desde el inicio de las sesiones se mostraron muy motivados hacia la terapia y siguieron de manera sistemática y consistente las pautas proporcionadas por la terapeuta. Esto generó desde el principio un cambio en los padres a la hora de aplicar consecuencias a los comportamientos del niño y un cambio de perspectiva respecto al problema que les había llevado hasta allí. En la primera sesión hicieron alusión a “que algo podría tener el niño en su cabeza” pero a lo largo de las sesiones los padres comenzaron a ver el problema como algo en el contexto del niño, y no *dentro* de éste. Respecto al niño, pasó de requerir la atención a través de conductas disruptivas a hacerlo a través de conductas pro-sociales (ser obediente, compartir momentos agradables en familia, colaborar en tareas de casa, pedir disculpas, reconocer sus errores, etc.). Así, podemos decir que tras el tratamiento, se redujeron las conductas problemáticas, se incrementaron las conductas pro-sociales y se consiguió una mejor interacción entre padres e hijo, y entre el niño y sus hermanos, aunque no se trabajara directamente en esta última interacción. A la vista de los resultados, podemos concluir que Marcos no cumpliría los criterios del diagnóstico de trastorno negativista desafiante ni en el postratamiento ni en los seguimientos realizados.

Teniendo en cuenta los resultados de esta intervención, se podría concluir que las consecuencias que los padres aplicaban a las conductas problemáticas de Marcos estaban directamente relacionadas con estas conductas, como se hipotetizó. Podría decirse también que el trabajo con los padres en la línea que marca PCIT, dotando a éstos de habilidades para mejorar la interacción con su hijo y de habilidades de disciplina, fue efectivo para mejorar la relación entre ellos. Pensamos que el enseñar a los padres a jugar con su hijo creó un ambiente cordial y agradable que les facilitó el aplicar consecuencias y dar órdenes al niño, y que se generalizó a otras situaciones. Al mismo tiempo, el trabajo individual con el niño, a través de un contexto de validación, y como una audiencia no punitiva en terapia, ayudó a que se sintiera comprendido, se sincerara y actuara en función de sus valores.

Esta intervención a través de PCIT se ha realizado trabajando con clases de respuestas (ser obediente, responsable, sincero...) más que con conductas concretas (como fugarse de casa, encender cerillas y mecheros, o negarse a hacer los deberes), en la línea propuesta por la Psicoterapia Analítica Funcional (Ferro & Ascanio, 2017). Se partió de que las conductas problemáticas que presentaba Marcos tenían dos funciones: conseguir atención social y/o estimulación, y/o escapar de las demandas que eran desagradables para él. Por ello, subrayamos la importancia de enseñar a los padres a hacer análisis funcionales de la conducta de sus hijos y aplicar consecuencias en función de estos análisis.

La aportación de este estudio de caso a la literatura es que esta intervención puede ser una alternativa para el tratamiento efectivo de niños mayores de 7 años con graves conductas disruptivas. Los estudios revisados (Coyne & Wilson, 2004; Ferro, Ascanio, & Valero, 2017) combinan ambas terapias en una población infantil de menos de 7 años y aplican ACT en los padres porque tienen conflictos con sus valores. En este caso clínico se trabajó también con el niño con-

frontándolo con los valores, consiguiendo que aceptara la fase de disciplina de PCIT, que es según nuestra experiencia lo más costoso a esas edades. También aclarar que los valores de los padres pudieron mejorar su adhesión a PCIT; sería conveniente evaluar la flexibilidad psicológica o la evitación experiencial en los padres y el niño. En próximas repeticiones de intervención se podría realizar esta evaluación añadiendo mayor claridad del proceso terapéutico.

Como ya se ha señalado, el procedimiento de PCIT ha sido adaptado para este caso en particular. PCIT es una terapia flexible que puede adaptarse a las necesidades de cada caso (Ferro & Ascanio, 2017), teniendo en cuenta la función de las conductas y las peculiaridades y objetivos de cada familia. Nos parece importante señalar que, a pesar de las adaptaciones llevadas a cabo y de la integración de PCIT con otra terapia, se han respetado los elementos y principios esenciales de la terapia.

Conflicto de intereses

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

Artículo recibido: 22/05/2017

Aceptado: 15/09/2017

Referencias

- Abidin, R. (1995). *Parenting Stress Index manual* (3ª ed.). Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Abrahamse, M. E., Junger, M., Van-Wouwe, M. A. M. M., Boer, F., & Lindauer, R. J. L. (2015). Treating Child Disruptive Behavior in High-Risk Families: A Comparative Effectiveness Trial from a Community-Based Implementation. *Journal of Child & Family Studies*, 24, 1-18. doi: 10.1007/s10826-015-0322-4
- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatric.
- Achenbach, T. M. (1992). *Manual for the Child Behavior Checklist/2-3 and 1992 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatric.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Barlow, D. H., & Hersen, M. (1988). *Diseños experimentales de caso único. Estrategias para el estudio del cambio conductual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Colvin, A., Eyberg, S. M., & Adams, C. D. (1999). *Standardization of the Eyberg Child Behavior Inventory with Chronically III Children*. Manuscrito no publicado. Recuperado de <https://www.researchgate.net>
- Coyne, L. W., McHuch, L., & Martinez, E. R. (2011). Acceptance and Commitment Therapy (ACT): Advances and Applications with Children, Adolescents and Families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 379-399. doi:10.1016/j.chc.2011.01.010
- Coyne, L. W., & Murrell, A. R. (2009). *The joy of parenting. An Acceptance & Commitment Therapy Guide to effective parenting in the early years*. Oakland: New Harbinger Publications.
- 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(3), 469-486.
- Díaz-Herrero, A., Brito de la Nuez, A. G., López-Pina, J. A., Pérez-López, J., & Martínez-Fuentes, T. (2010). Estructura factorial y consistencia interna de la versión española del Parenting Stress Index-Short Form. *Psicothema*, 22(4), 1033-1038.
- Eyberg, S. M. (1999). *Parent-Child Interaction Therapy (PCIT). Integrity Checklist and Session Materials*. Recuperado de <http://pcit.phhp.ufl.edu/>
- Eyberg, S. M., & Funderburk, B. (2011). *Parent Child Interaction Therapy Protocol 2011*. Recuperado de www.pcit.org
- Eyberg, S. M., Nelson, M. M., Duke, M., & Boggs, S. R. (2009). *Manual for the dyadic parent-child interaction coding system* (3ª 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., & Robinson, E. A. (1983). Conduct Problem Behavior: Standardization of a Behavioral Rating Scale with Adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12(3), 347-354. doi:10.1080/1537441830953155
- 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. doi:10.1080/15374417809532835
- Fernández-Molina, M., del Valle, J., Fuentes, M. J., Bernedo, I. M., & Bravo, A. (2011). Problemas de conducta de los adolescentes en acogimiento preadoptivo, residencial y con familia extensa. *Psicothema*, 23(1), 1-6.
- Ferro-García, R., & Ascanio-Velasco, L. (2017). *Terapia de Interacción Padres-Hijos*. Madrid: Síntesis.
- Ferro-García, R. Ascanio-Velasco, L., & Valero-Aguayo, L. (2017). Integrando la Terapia de Aceptación y Compromiso con la Terapia de Interacción Padres-Hijos en un niño con Trastorno Negativista Desafiante. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(1), 33-40.
- García-Tornel, S., Calzada, E. J., Eyberg, S. M., Mas, J. C., Vilamala, C., Baraza, C.,...Trinxant, A. (1998). Inventario Eyberg del comportamiento en niños. Normalización de la versión española y su utilidad para el pediatra extrahospitalario. *Anales Españoles de Pediatría*, 48(5), 475-482.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35(1), 35-54. doi:10.1016/S0005-7894(04)80003-0
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2004). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer.
- 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.
- Hembree-Kigin, T. L., & McNeil, C. B. (1995). *Parent-Child Interaction Therapy*. New York: Plenum Press.
- McCurry, C. (2009). *Parenting Your Anxious Child with Mindfulness and Acceptance*. Oakland: New Harbinger Publications.
- McNeil, C. B., & Hembree-Kigin, T. L. (2011). *Parent-Child Interaction Therapy. Second Edition*. New York: Springer.
- Murrell, A. R., Coyne, L. W., & Wilson, K. G. (2004). ACT with children, Adolescent, and their Parents. En S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 249-273). New York: Springer.
- Murrell, A. R., & Scherbarth, A. J. (2006). State of the Research & Literature Address: ACT with Children, Adolescents and Parents. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 2(4), 531-543. doi:10.1037/h0101005
- 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. doi:10.1080/15374418009532938
- Sardinero, E., Pedreira, J. L., & Muñoz, J. (1997). El cuestionario CBCL de Achenbach: Adaptación española y aplicaciones clínico-epidemiológicas. *Revista de Psicología de Clínica y Salud*, 8(3), 447-480.
- Shannon, J. (2012). *The shyness & social anxiety. Workbook for teens*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.
- Swain, J., Hancock, K., Dixon, A., & Bowman, J. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for children: A Systematic review of intervention studies. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(2), 73-85. doi:10.1016/j.jcbs.2015.02.001
- Wilson, K. G., & Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.