

Artículo

## Mejorando la Efectividad de la Terapia de Interacción Padres-Hijos (PCIT) con Terapias Contextuales: un Estudio de Caso Único

María Rodríguez-Bocanegra<sup>1</sup> , Rafael Ferro-García<sup>1</sup> 

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

### INFORMACIÓN

Recibido: 17/10/2022  
Aceptado: 22/12/2022

#### Palabras clave:

Terapia de Interacción Padres-Hijos  
Problemas de conducta  
Combinación  
Terapias contextuales

### RESUMEN

La Terapia de Interacción Padres-Hijos (PCIT) es una terapia bien establecida y de elección para trabajar los problemas de conducta en la infancia. En este trabajo se presenta el caso de un niño de siete años con conductas disruptivas. El tratamiento de elección fue PCIT en combinación con otras terapias contextuales como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). Se utilizó un diseño de caso único AB con medidas repetidas de seguimiento. La intervención se llevó a cabo a lo largo de diez sesiones con dos medidas de seguimiento posteriores, al mes y al año de finalizar el tratamiento. Los resultados muestran que el tratamiento fue efectivo para reducir los problemas de conducta del niño, incrementar las conductas pro-sociales y mejorar el clima familiar, y se mantienen en el seguimiento a los 12 meses. Este trabajo aporta evidencia sobre la eficacia de PCIT para trabajar con los problemas de conducta en la infancia y destaca la importancia de la conceptualización contextual del caso y de la combinación de dichas terapias contextuales para mejorar los resultados de la intervención.

## Enhancing the Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) With Contextual Therapies: A Single Case Study

### ABSTRACT

Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) is a well-established therapy of choice for working with behavioral problems in childhood. In this paper we present a 7-year-old boy case with disruptive behaviors. The treatment of choice was PCIT in combination with other contextual therapies such as Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Functional Analytic Psychotherapy (FAP). A single case AB design with repeated measures follow-up was used. The intervention was conducted over 10 sessions with 2 subsequent follow-up measures, at 1 month and 1 year after the end of treatment. The results show that the treatment was effective in reducing the child's behavioral problems, increasing pro-social behaviors, and improving the family climate. Also, the results are maintained at 12-month follow-up. This paper provides evidence for the efficacy of PCIT in working with childhood behavior problems and it designates the importance of contextual case conceptualization and the combination of such contextual therapies in improving intervention outcomes.

#### Keywords:

Parent-Child Interaction Therapy  
Behavioral problems  
Combination  
Contextual therapies

## Introducción

Los programas de entrenamiento para padres (EP) o *Parent Training* (Rey, 2006) son el tratamiento de elección para los problemas de conducta en la infancia y tienen por objetivo principal dotar a los progenitores o cuidadores de ciertas habilidades y conocimientos para poder manejar las conductas disruptivas de sus hijos, contribuir adecuadamente a su desarrollo, mejorar el clima y la interacción familiar. Existe una gran cantidad de literatura donde se destaca la efectividad de esta intervención, si bien aquella donde se estudia su eficacia es menor (Lozano-Rodríguez y Valero-Aguayo, 2017), lo que simplemente se traduce en la necesidad de seguir investigando a este respecto. Existe un número reducido de programas o protocolos concretos que puedan ser considerados como “bien establecidos” por la *Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, División 53 de la *American Psychological Association* (APA, 2012) y por el Centro de Información para el Bienestar Infantil Basado en Evidencia de California (CEBC, 2006) para trabajar las conductas disruptivas en la infancia. Entre ellos, cabe señalar los programas: *Community Parent Education Program-COPE* (Cunningham et al., 1998), *Triple P-Positive Parenting Program* (Sanders et al., 2000), *The Incredible Years Program* (Webster-Stratton y Herman, 2010) y el *Parent-Child Interaction Therapy-PCIT* (Eyberg et al., 2001).

La Terapia de Interacción Padres-Hijos (en adelante, PCIT) (Brethart et al., 1999; Eyberg, 1999; Eyberg y Funderburk, 2011; Ferro-García y Ascanio-Velasco, 2014; McNeil y Hembree-Kigin, 2011) es una terapia dirigida a niños que presentan problemas de conducta y está especialmente indicada para aquellos con edades comprendidas entre los dos y los siete años, y sus familias. Se trata de una terapia con filosofía contextual que trabaja con lo que ocurre en sesión a través del juego y enfatiza la importancia de establecer una buena relación terapéutica. Su base teórica se asienta principalmente en la terapia de juego de Axline (1947), en la teoría de los tres tipos de estilos parentales de Baumrind (1966), en la teoría de las dos fases de Hanf (1969) durante el juego y en la teoría de la coerción de Patterson (1982). Además, PCIT está basada en métodos operantes de modificación de conducta y considera que las conductas problemáticas que presentan los niños que acuden a consulta por este motivo tienen dos funciones: conseguir atención o estimulación y/o escapar de las demandas (Ferro-García y Ascanio-Velasco, 2017). Cuenta con dos fases dirigidas a intervenir directamente sobre estas dos funciones: la primera fase de interacción dirigida por el niño (*child-directed interaction*, CDI) tiene por objetivo promover una relación positiva entre los padres y el niño. En ella, la terapeuta enseña a los padres a atender de forma selectiva el buen comportamiento del niño y a extinguir el comportamiento no deseable (siempre que no sea agresivo) a través de las habilidades PRIDE durante el juego. Estas siglas hacen referencia a las habilidades de *praise*, o elogiar de forma etiquetada el buen comportamiento (por ejemplo: “Eres muy creativo, has tenido una gran idea”), *reflect*, o reflejar/parafrasear el habla adecuada, *imitate*, o imitar el buen comportamiento, *describe*, o describir todo aquello que interese de lo que el niño haga o diga (por ejemplo: “Estás hablando despacio, ahora colocas la pieza azul al lado de la amarilla”), y *enjoy*, o mostrar entusiasmo. La segunda fase de interacción dirigida por los padres (*parent-directed interaction*, PDI) tiene

como objetivo enseñar estrategias de disciplina a los padres sobre cómo dar órdenes efectivas, cómo elogiar la obediencia y cómo aplicar correctamente un procedimiento de guía física o de tiempo fuera (TF) ante el no cumplimiento. Cada una de las anteriores habilidades son aplicadas, modeladas y moldeadas durante la situación de juego.

Las principales características que diferencian a PCIT de otros programas de EP son: (1) ser una intervención idiográfica, adaptada a cada familia, (2) llevar a cabo el entrenamiento en vivo, directamente sobre la interacción padres-hijo, permitiendo practicar las habilidades y dando un *feedback* inmediato a los padres, y (3) el uso del juego como situación natural en las relaciones con niños (Ferro-García y Ascanio-Velasco, 2014). Según la reciente revisión realizada por Ferro-García et al. (2021), 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 de maltrato o en situación de riesgo de sufrirlo.

Frecuentemente los padres no aplican las estrategias de disciplina, ya sea por su historia personal, sus creencias y valores, o por su fusión con los pensamientos y emociones con respecto al problema con su hijo, dando lugar a la evitación o escape de situaciones que mantienen la conducta disruptiva del niño. Es por esto que puede ser útil aplicar una combinación con terapias contextuales y trabajar con los valores de los padres y con la aceptación del problema, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes et al., 1999).

La ACT entiende la conducta humana como un acto-en-su-contexto y señala la importancia del estudio y el moldeamiento de los procesos del lenguaje al entender que contiene aspectos que están estrechamente relacionados con el sufrimiento humano y la inflexibilidad psicológica. El objetivo de la ACT por tanto es potenciar la flexibilidad psicológica y modificar las funciones de las experiencias privadas aversivas (y no tanto la frecuencia de éstas), de forma que la persona actúe en dirección a sus valores y no mediante estrategias de escape y/o evitación de eventos privados problemáticos. La ACT ha demostrado ser eficaz en muchos problemas en la infancia y en la adolescencia (Molina-Moreno y Quevedo-Blasco, 2019). Además, la combinación de PCIT y ACT en el campo infantil ha demostrado ser eficaz en casos graves de problemas de conducta (Ascanio-Velasco y Ferro-García, 2018; Coyne et al., 2011; Ferro-García et al., 2017) y la combinación con otra terapia contextual, como la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) de Kohlenberg y Tsai (1991), también puede ser útil en estas problemáticas, ya que mejora las relaciones terapéuticas, propone aplicar el reforzamiento natural para promocionar la generalización. La FAP se aplica para realizar un análisis funcional de las conductas clínicamente relevantes (CCR), de las cuales se definen tres tipos específicos: las CCR1 son aquellas conductas problemáticas que aparecen en sesión y que están bajo control aversivo y suelen ser conductas de evitación del malestar, el objetivo del terapeuta es tratar de disminuirlas progresivamente; las CCR2 son aquellas que suponen una mejoría o un cambio positivo ocurrido dentro de la sesión, el objetivo del terapeuta es apoyarlas y reforzarlas con sus contingencias; y las CCR3 son aquellas conductas verbales del cliente que describen relaciones funcionales entre su conducta y las contingencias que le rodean. El terapeuta, por tanto, deberá aplicar las siguientes reglas durante la terapia: (1) observar las CCR, (2) evocar las CCR1, (3) reforzar las CCR2 de manera natural, (4) estar

atento a los efectos de la regla (3), y (5) proporcionar interpretaciones funcionales de la conducta (Kohlenberg y Tsai, 1991).

El objetivo de este estudio de caso único fue reducir o eliminar los problemas graves de conducta en un niño de siete años a través de PCIT, combinada con ACT y FAP para mejorar su efectividad.

## Método

### Diseño

Se utilizó un diseño experimental de caso único AB con medidas repetidas de seguimiento (Barlow y Hersen, 1984). En la fase A se tomaron como línea base las conductas disruptivas del niño obtenidas en el ECBI y las verbalizaciones de la interacción entre los padres y el niño durante el juego. En la fase B de tratamiento se llevó a cabo la intervención con PCIT, ACT y FAP. Finalmente se obtuvieron dos medidas de seguimiento de la intensidad y la frecuencia de las conductas disruptivas, una al mes y otra al año de finalizar la fase B.

### Participantes

Raúl es un varón de siete años de edad y es el hijo menor de una familia biparental de profesión sanitaria con un alto nivel cultural que reside en la capital de Granada. Cursa 2º de Educación Primaria en un colegio concertado, donde exhibe un adecuado rendimiento académico y una buena adaptación escolar. La familia no ha recibido asistencia psicológica con anterioridad. Presenta una historia de conductas disruptivas desde los tres años, no padece problemas médicos y su desarrollo es adecuado.

Los padres acudieron a consulta con el objetivo de aprender a manejar el comportamiento disruptivo de su hijo, además de mejorar el ambiente familiar y eliminar los ciclos coercitivos de educación. Describieron a Raúl como un niño muy nervioso, muy activo, con rabietas frecuentes, desobediente, desafiante, mentiroso, con tendencia a realizar chantaje verbal, con quejas continuadas y muy dependiente de las recompensas tangibles. No insulta, ni es violento con otros.

### Instrumentos

La evaluación del caso se realizó a través de una entrevista semiestructurada inicial, de cuestionarios de evaluación estandarizados propios de PCIT y del análisis topográfico y funcional de las conductas problemáticas de los padres y el niño.

En la entrevista semiestructurada se valoró los estilos de cuidado parentales, la historia personal de Raúl y su comportamiento en los contextos familiar, escolar y social.

En cuanto a los cuestionarios de evaluación, se administró el *Eyberg Child Behavioral Inventory* (ECBI; Eyberg y Pincus, 1999; Eyberg y Ross, 1978). Este cuestionario para padres mide conductas problemáticas en niños y adolescentes, desde los 2 a los 16 años. Consta de 36 ítems, a los que se responde a través de dos subescalas, una de *Intensidad* y otra de *Problemas*. Las puntuaciones directas en la subescala de *Intensidad* pueden variar de 36 a 252 y de 0 a 36 en la de *Problemas* y los puntos de corte y significación clínica son de 124 y de 10 en la subescala de *Intensidad* y de *Problemas*, respectivamente. Su fiabilidad, estabilidad y validez discriminante y convergente, así como su sensibilidad a los cambios en el comportamiento después del

tratamiento, se ha establecido en muchos estudios. También en diferentes culturas y países (Abrahamse et al., 2015). Presenta una elevada consistencia interna en sus dos escalas ( $\alpha > .90$ ) (Eyberg y Robinson, 1983; Robinson et al., 1980). Además, se utilizó la hoja resumen del *Dyadic Parent-Child Interaction Coding System-IV* (DPICS-IV; Eyberg et al., 2014). Este protocolo requiere codificar y/o grabar en vídeo 25 minutos distribuidos en las distintas situaciones estandarizadas de la terapia (CDI, PDI y situación de limpieza). El procedimiento comienza con diez minutos de CDI, donde es el niño quien juega libremente y se espera que el cuidador siga las directrices del niño. Se sigue con diez minutos de PDI, donde es el cuidador quien elige y dirige la situación de juego. En ambas situaciones, los primeros cinco minutos son de observación, mientras que posteriormente se codifican las verbalizaciones correspondientes. En los últimos cinco minutos tiene lugar la situación de limpieza, donde el cuidador informa al niño que es hora de recoger los juguetes. Por tanto, la codificación ocupa un total de 15 minutos. El DPICS-IV recoge las siguientes ocho categorías:

1. *Elogios*, o evaluación positiva etiquetada o no etiquetada de un atributo del niño o del resultado del comportamiento adecuado del niño (por ejemplo, “Gracias por hablarme con tanto respeto”, “Tienes mucho talento haciendo esa torre”, “¡Eso es!”).
2. *Descripciones*, o verbalizaciones del cuidador que destacan el adecuado comportamiento del niño en ese momento (por ejemplo, “Estás cogiendo la pieza azul y la estás colocando cerca de la pieza verde”).
3. *Reflejos*, paráfrasis o repeticiones que el cuidador realiza del habla adecuada del niño.
4. *Preguntas*, o descripciones y comentarios reflexivos que el cuidador verbaliza en forma de cuestión (por ejemplo, “¿Eso lo has hecho tú?”).
5. *Órdenes directas*, o peticiones específicas del cuidador hacia el niño (por ejemplo, “Dame la pieza roja, por favor”).
6. *Órdenes indirectas*, o peticiones veladas, emitidas de forma abierta o en forma de pregunta (por ejemplo, “Me gustaría que...”, “¿Quieres pasarme...”, “¿Puedes darme...?”).
7. *Habla negativa*, o críticas, comentarios negativos y correcciones que el cuidador hace hacia el comportamiento del niño, el resultado del mismo, hacia alguna actividad que esté llevando a cabo o algún atributo del niño. Además de modos rudos, sarcásticos y punitivos (por ejemplo, “Esa torre que has hecho es un desastre”).
8. *Habla neutra*, o descripciones e información del cuidador sobre objetivos, eventos o actividades que tienen lugar durante el juego (por ejemplo, “Aquí hay un coche muy bonito”).

Este sistema de codificación se basa en el registro de la frecuencia de la ocurrencia de cada una de las categorías en las tres fases.

Por último, el análisis topográfico y funcional permitió trabajar con las conductas clínicamente relevantes e hipotetizar que, en cuanto a los padres, si bien el estilo parental de la madre se caracterizaba por ser más permisivo (evitando el abuso de normas y límites) y el del padre más autoritario (fomentando el uso de castigo y control), ambos padres aplicaban consecuencias al buen y al mal comportamiento de Raúl de forma asistemática e inconsistente, haciendo un uso excesivo de estrategias basadas en un reforzamiento positivo muy artificial (por ejemplo, cromos), de reforzamiento negativo o evitación del malestar, y del castigo para

provocar cambios en el comportamiento del niño. En cuanto al niño, se concretaron las conductas problemáticas que presentaba en casa, y, en menor medida, en el colegio. Las conductas que presentaba definidas operacionalmente, fueron las siguientes:

1. *Desobedecer*: No seguir una primera o una segunda orden dada por un adulto o hacer una cosa diferente de lo que se le ha ordenado.
2. *Desafiar*: Aquellas conductas que expresan oposición al mandato por parte de otros. Dar 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).
3. *Amenazar o chantajear*: Comentarios de presión sobre lo que está dispuesto a hacer si no se hace lo que pide o para obtener beneficios a corto plazo de una situación determinada.
4. *Negar*: Decir *no* ante una orden, una pregunta o una descripción conductual.
5. *Rabieta*: Llanto intenso acompañado de quejas, pataleos, etc., durante al menos un minuto.
6. *Interrumpir*. No permitir a los demás interlocutores terminar una palabra o una frase y/o verbalizar antes de que el resto de interlocutores acabe una palabra o frase.
7. *Quejarse*: Expresar con palabras de resentimiento y sonidos las contrariedades, los disgustos, los desacuerdos y las inconformidades.
8. *Intranquilidad o agitación*: Comportamientos que conllevan a moverse de forma brusca, inquieta y repetida y que en este contexto se asocian a un estado de nerviosismo y de poca tolerancia a la frustración.

Se hipotetizó que estaban siendo mantenidas por (1) reforzamiento positivo, es decir, por atención social por parte de sus padres y de la hermana mayor, y también por la frecuencia y asistematicidad de las recompensas materiales, y (2) reforzamiento negativo, como conductas de evitación del malestar y escape de las demandas. Se pidió a los padres que, a partir de ese momento, registrarán las conductas objetivo en un registro de análisis funcional tipo A-B-C, en el que A representa los antecedentes de la conducta, B las conductas en sí mismas y C las consecuencias que se aplican. En cuanto a los padres, parecían presentar *evitación experiencial* (Hayes et al., 1996) ante estos problemas de conducta, con el fin de evitar ver a su hijo sufrir y de evitar sentir el sufrimiento propio. Tendían por tanto a posponer consecuencias con el fin de aliviar el malestar de ambos de forma inmediata y actuaban con inconsistencia y asistematicidad 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. Entre ellos, no presentaban conflictos de pareja ni discrepancias educativas con respecto a sus hijos.

### Procedimiento

A lo largo de todo el tratamiento, se aplicó conjuntamente las terapias de PCIT, ACT y FAP para reducir los problemas de conducta en el niño y fomentar una relación terapéutica intensa y significativa que facilitara el trabajo del sufrimiento y la reticencia de los padres a la hora de seguir el tratamiento y aplicar las técnicas, a través del reforzamiento natural de las mejoras que se dan en sesión y ayudándoles a explicar de qué dependen esas mejoras.

Las sesiones de entrevista y de evaluación inicial tuvieron lugar en el despacho de la terapeuta. Para las sesiones de entrenamiento en PCIT fue necesario, además, el uso de “la habitación de los juegos”, una sala adyacente compuesta por una mesa, varias sillas y juguetes. Otros materiales fueron necesarios, como un ordenador portátil, una cámara con conexión wifi y unos *walkie-talkies* para conectar ambas salas, de modo que, desde el despacho de la terapeuta, ésta y uno de los progenitores podía observar la ejecución del otro y la interacción con el niño durante las fases del tratamiento. El tratamiento se aplicó a lo largo de dos meses y medio, con un total de diez sesiones de una hora de duración cada una.

En la primera sesión se llevó a cabo una entrevista con los padres, se les dieron por escrito unas instrucciones generales (atender el buen comportamiento, ponerse de acuerdo antes de tomar una decisión, aplicar consecuencias sistemáticas, consistentes e inmediatas al buen y mal comportamiento del niño, hablar con respeto, no amenazar, etc.), y se les enseñó a hacer un análisis funcional de la conducta de su hijo.

En la segunda sesión se explicó la conveniencia de aplicar PCIT, en qué consistía la terapia y se aplicó por primera vez el ECBI. Además, se trabajó con el análisis funcional y se explicó cómo extinguir el mal comportamiento de Raúl, y el efecto que tiene al provocar un empeoramiento del comportamiento de forma natural a corto plazo con el uso de la metáfora de “*El mando a distancia*”. En esta metáfora se planteó a los padres el efecto que tiene el procedimiento de extinción sobre la conducta usando como ejemplo el hecho de querer cambiar de canal de televisión cuando el mando no responde y no podemos ver el canal que queremos: primero pulsamos otros botones, probamos a pulsarlos con mayor intensidad o con mayor frecuencia, después cambiamos la posición de las pilas e incluso golpeamos el mando y la televisión. Con esta metáfora se ejemplifica cómo el cambio en la topografía de la conducta tras una extinción es algo natural en el comportamiento humano y es el antecedente a la reducción o eliminación de dicha conducta. Se les instruyó a los padres para que, a partir de entonces, dedicaran cinco minutos de juego diario por separado con Raúl con el fin de mejorar el clima familiar, tal y como señala PCIT.

A partir de esta segunda sesión, se ahondó en el estudio del patrón de evitación experiencial de los padres, clarificando sus valores como padres y analizando funcionalmente las barreras que tienen para actuar conforme a ellos, a través del ejercicio de “*¿Cómo quieres ser recordado?*” de Coyne y Murrell (2009) y del uso de la metáfora de “*El tigre hambriento*” de Hayes (2005) para ilustrar cómo la evitación a corto plazo del sufrimiento y el malestar tratando de controlar nuestras emociones y pensamientos forma parte del problema de cara al cambio a medio y largo plazo.

En la sesión tercera se citó a los padres junto a su hijo y se observó y registró su interacción para establecer la línea base de la fase CDI. Se explicó a los padres las ventajas e inconvenientes de comenzar primero a jugar con Raúl y se les informó sobre la utilidad de alternar el turno a la hora de jugar con el niño en las siguientes sesiones. En esta tercera sesión también se aportaron algunas instrucciones sobre cómo proceder para dejar de mantener las mentiras y cómo aplicar consecuencias ante ellas. Después tuvo lugar la parte didáctica de la fase CDI, donde se explicó cuáles eran las habilidades que tendrían que aplicar durante el juego a partir de ese momento, junto con los criterios a alcanzar.

En la sesión cuarta se administró de nuevo el ECBI y se llevó a cabo la primera sesión de registro y entrenamiento en CDI. Una vez finalizado, la terapeuta presentó modelos de juego.

Se volvió a registrar y a entrenar en CDI en la quinta sesión y se resolvieron dudas acerca de cómo extinguir correctamente las rabietas de Raúl.

Se repitió lo anterior en la sexta sesión y fue entonces cuando ambos padres alcanzaron los criterios para pasar a la siguiente fase: realizar al menos diez descripciones del comportamiento adecuado del niño, diez reflejos del habla adecuada del niño y diez elogios etiquetados sobre el buen comportamiento del niño o de su buena ejecución durante el juego, y un total de menos de tres preguntas, órdenes y críticas. Fue aquí también cuando tuvo lugar el establecimiento de la línea base para la fase de PDI.

La sesión séptima comenzó con la parte didáctica de esta fase, junto con los criterios a alcanzar. Tuvo lugar la primera sesión de la fase PDI: cinco minutos aplicando las habilidades aprendidas anteriormente, más unos diez minutos entrenando directamente (sin registrar, para prevenir el fracaso) en las habilidades PDI para cada uno de los progenitores. Después la terapeuta presentó modelos de cómo aplicar estas habilidades.

En la octava sesión se administró de nuevo el ECBI y, mientras los padres lo cumplimentaban, la terapeuta aplicó las habilidades PRIDE con el niño en “la habitación de los juegos” con el fin de mantener una buena relación terapéutica. Tuvo lugar la primera sesión de registro y entrenamiento en PDI. En esta primera sesión ambos padres alcanzaron los criterios para dar por finalizada esta fase: realizar correctamente el 75% de las órdenes (ser directas, específicas, dadas en positivo y presentando modelos de cordialidad; por ejemplo, “Dame X, por favor”) y elogiar correctamente su seguimiento (aplicar el elogio etiquetado: *obediente*) además de realizar adecuadamente un TF, si procediera. Para finalizar la sesión, se dio *feedback* de la ejecución de cada uno.

En la novena sesión se volvió a registrar y entrenar en PDI para asegurar los avances y los criterios, se devolvieron los resultados del ECBI y se adaptó el resto de las sesiones a su situación con respecto

al tratamiento: los padres mostraban habilidades sólidas en CDI y PDI, pero las puntuaciones en el ECBI seguían siendo significativas en el caso del padre. Se moldeó para aplicar todo lo aprendido para las conductas disruptivas que seguían puntuándose como muy frecuentes y problemáticas (por ejemplo, es lento para arreglarse, tiene rabietas, lloriquea, miente, se distrae fácilmente, pone atención por poco tiempo, no termina sus tareas y es demasiado activo e inquieto), de forma que aquí se codificó y se entrenó en CDI y PDI para estas conductas objetivo (ser rápido, estar tranquilo y estar concentrado). En esta sesión, los padres señalaron a la terapeuta la poca generalización que se estaba obteniendo con respecto a la obediencia de Raúl en dos situaciones concretas: ir a la ducha y lavarse los dientes. Se destacó y recordó la importancia de aplicar consecuencias naturales durante el juego y de practicar el conjunto de habilidades en distintos contextos.

En la décima sesión se trabajó con este último aspecto, se valoró la correcta aplicación de un TF por parte de los padres, la frecuencia de las rabietas, se resolvieron dudas y se dio por finalizado el tratamiento al haber sido alcanzados todos los criterios y al ser diestros en manejar el comportamiento del niño tanto en casa como en lugares públicos.

Las evaluaciones de seguimiento con el ECBI se llevaron a cabo a través de correo electrónico al mes y, posteriormente, al año.

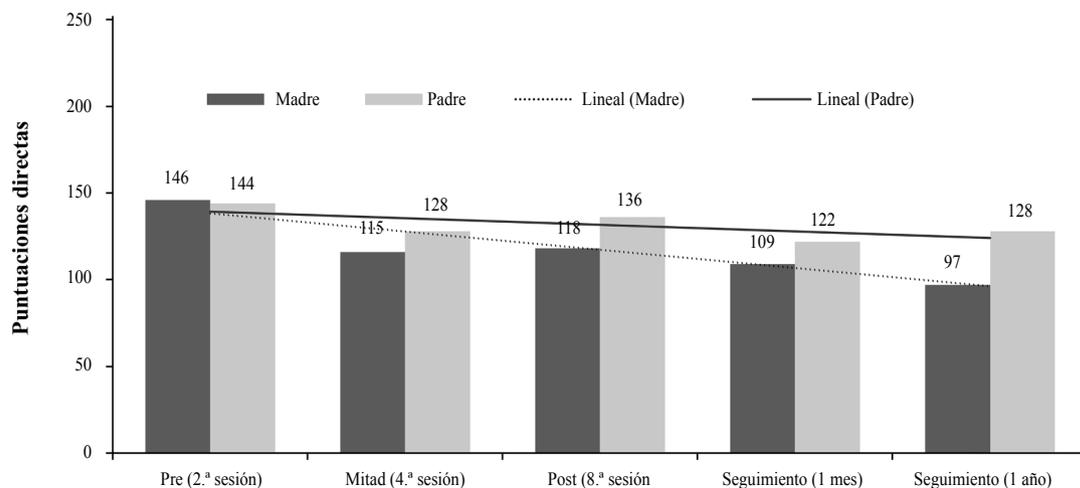
A lo largo de la intervención, en general se clasificaron las CCR tanto del niño como de los padres, siguiendo la propuesta de FAP. También, se reforzaron clases de respuesta en los padres como el aumento en su sistematicidad y consistencia, su exposición al malestar y actuar en dirección al tipo de padres que querían ser, así como conductas concretas: asistir a todas las sesiones y de forma puntual, atender de forma estratégica el buen comportamiento del niño, extinguir las rabietas, usar un reforzamiento más natural, etc., siguiendo las propuestas de ACT y FAP.

## Resultados

En la [figura 1](#) y en la [figura 2](#) se pueden observar los resultados del cuestionario ECBI, correspondientes a la subescala *Intensidad*

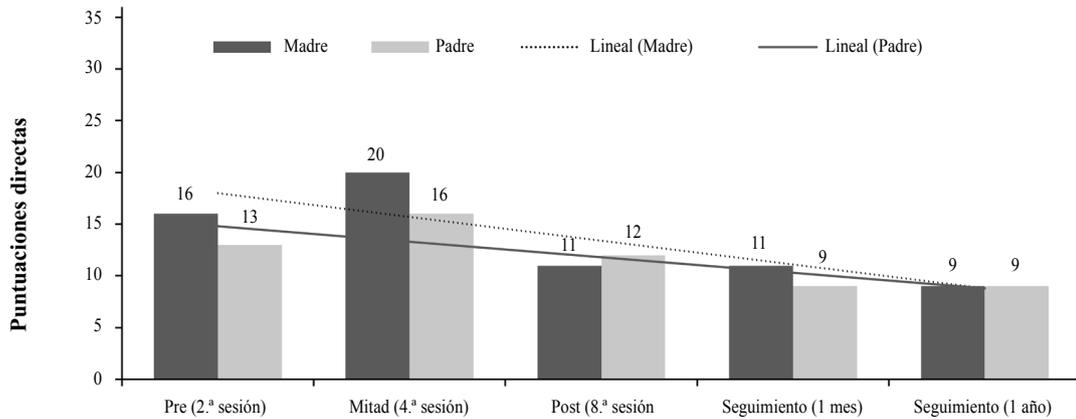
**Figura 1.**

Resultados de la Subescala Intensidad del Cuestionario ECBI a lo Largo de Todo el Proceso de Intervención. Se Señalan las Líneas de Tendencia de Ambos Progenitores y la Línea de Referencia en el Punto de Corte.



**Figura 2.**

Resultados de la Subescala Problemas del Cuestionario ECBI a lo largo de Todo el Proceso de Intervención. Se Señalan las Líneas de Tendencia de Ambos Progenitores y la Línea de Referencia en el Punto de Corte.



y *Problemas*, respectivamente y a lo largo de todo el proceso de intervención. Las puntuaciones directas por parte de la madre y del padre antes del comienzo de la intervención en la subescala de *Intensidad* fueron de 146 y de 144, respectivamente, ambas clínicamente significativas; mientras que las puntuaciones en la subescala de *Problemas* fueron de 16 y 13, ambas también clínicamente significativas. Las puntuaciones directas en el ecuador de la intervención en la subescala de *Intensidad* fueron de 116 y de 128, respectivamente, siendo clínicamente significativa la puntuación del padre, únicamente; mientras que las puntuaciones en la subescala de *Problemas* fueron de 20 y 16, respectivamente, ambas clínicamente significativas. Las puntuaciones directas al final de la intervención en la subescala de *Intensidad* fueron de 118 y de 136, respectivamente, siendo clínicamente significativa la puntuación del padre, únicamente; mientras que las puntuaciones en la subescala de *Problemas* fueron de 11 y 12, respectivamente, ambas también clínicamente significativas, aunque rozando ligeramente el punto de corte. Al mes de darse por finalizado el tratamiento, las puntuaciones directas obtenidas en la subescala de *Intensidad* fueron de 109 y de 122, respectivamente, ninguna de ellas clínicamente significativas, mientras que las puntuaciones en la subescala de *Problemas* fueron de 11 y 9, respectivamente, siendo clínicamente significativa la puntuación de la madre, únicamente, aunque rozando ligeramente el punto de corte. Al año de darse por finalizado el tratamiento, las puntuaciones directas obtenidas en la subescala de *Intensidad*

fueron de 97 y de 128, respectivamente, donde la puntuación correspondiente al padre fue clínicamente significativa, mientras que las puntuaciones en la subescala de *Problemas* fueron ambas de 9, ninguna clínicamente significativa.

En la [tabla 1](#) se pueden ver los resultados obtenidos por ambos padres a través del sistema de codificación a lo largo de la fase CDI. En la sesión de pre-evaluación el padre llevó a cabo un total de 0 descripciones, 2 reflejos y 0 elogios etiquetados, y un total de 11 preguntas, 10 órdenes y ninguna crítica o corrección hacia el juego del niño. En la primera sesión de evaluación, llevó a cabo un total de 2 descripciones, 4 reflejos y 7 elogios etiquetados, y un total de 3 preguntas y ninguna orden ni crítica. En la segunda sesión de evaluación, realizó un total de 8 descripciones, 5 reflejos y 11 elogios etiquetados, y un total de 3 preguntas, 1 orden y 3 correcciones. En la tercera sesión de evaluación, realizó un total de 3 descripciones, 11 reflejos y 9 elogios etiquetados, y un total de 1 pregunta, 1 orden y ninguna crítica. En la última sesión de evaluación consiguió realizar un total de 10 descripciones, 10 reflejos y 11 elogios etiquetados, y un total de 1 pregunta, 1 orden y ninguna crítica o comentario negativo hacia el juego del niño, alcanzando los criterios necesarios para continuar hacia la fase PDI.

En la sesión de pre-evaluación la madre llevó a cabo un total de 0 descripciones, 2 reflejos y 0 elogios etiquetados, y un total de 14 preguntas, 8 órdenes y 3 críticas hacia el juego del niño. En la

**Tabla 1.**

Resultados de Ambos Padres en el DPICS a lo Largo de la Fase CDI.

	Pre (3ª sesión)		Eval. 1 (4ª sesión)		Eval 2. (5ª sesión)		Eval 3. (6ª sesión)		Eval. 4 (8ª sesión)	
	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre
Descripciones	0	0	2	4	8	5	3	14	10	10
Reflejos	2	2	4	4	5	10	11	8	10	4
Elogios etiquetados	0	0	7	4	11	11	9	11	11	12
Preguntas	11	14	3	4	3	2	1	3	1	0
Órdenes	10	8	0	1	1	4	1	1	1	0
Críticas	0	3	0	0	3	0	0	0	0	0

primera sesión de evaluación, llevó a cabo un total de 4 descripciones, 4 reflejos y 4 elogios etiquetados, y un total de 4 preguntas y 4 órdenes y ninguna crítica. En la segunda sesión de evaluación, realizó un total de 5 descripciones, 10 reflejos y 11 elogios etiquetados, y un total de 2 preguntas, 4 órdenes y ninguna corrección. En la tercera sesión de evaluación, realizó un total de 14 descripciones, 8 reflejos y 11 elogios etiquetados, y un total de 3 preguntas, 1 orden y ninguna crítica. En la última sesión de evaluación consiguió realizar un total de 10 descripciones, 4 reflejos y 12 elogios etiquetados, y ninguna pregunta, orden ni crítica hacia el juego del niño. Cabe señalar que, para la categoría de *reflejos*, se dieron por conseguidos los criterios necesarios para continuar hacia la fase PDI ya en la sesión segunda de evaluación, pues en la tercera y última el niño no dio oportunidad para ello.

La fase PDI tuvo lugar en un total de tres sesiones. En la primera ambos padres alcanzaron los criterios necesarios para dar por finalizada esta fase. La madre emitió 4 órdenes directas, de las cuales el 100% fueron seguidas rápidamente por el niño (a los 3-5 segundos desde la primera emisión de la orden) y donde la obediencia de éste fue reforzada correctamente. El padre emitió un total de 6 órdenes directas, de las cuales el 83% fueron seguidas rápidamente por el niño y donde la obediencia de éste fue reforzada correctamente. La segunda sesión de entrenamiento en PDI se realizó para asegurar los avances y los criterios ya alcanzados. En ella, la madre emitió 3 órdenes directas, de las cuales el 100% fueron seguidas rápidamente por el niño y donde la obediencia de éste fue reforzada correctamente, mientras que el padre emitió un total de 4 órdenes directas, con los mismos resultados. La última sesión de entrenamiento se centró en trabajar conductas concretas que aún se percibían como menos frecuentes en el niño (ser rápido, estar tranquilo y estar concentrado). La madre emitió un total de 5 órdenes directas, de las cuales el 100% fueron seguidas rápidamente por el niño y donde la obediencia fue reforzada correctamente (con los elogios etiquetados *obediente* y *rápido*). El padre emitió un total de 3 órdenes directas, con los mismos resultados. En cuanto a las órdenes indirectas, éstas fueron emitidas en menor medida por ambos progenitores y algunas de ellas fueron reformuladas rápidamente a órdenes directas. En la primera sesión de PDI, la madre emitió 4 órdenes indirectas, de las cuales el 100% fueron seguidas rápidamente por el niño y donde la obediencia de éste fue reforzada correctamente (dando las *gracias*). En la segunda sesión, la madre emitió 1 orden indirecta, que fue seguida rápidamente por el niño y donde la obediencia de éste fue reforzada correctamente. En la última sesión de entrenamiento no se formularon órdenes indirectas. Durante la fase PDI, no fue necesario aplicar guía física ni TF.

### Discusión

La PCIT a través del meta-análisis de [Valero-Aguayo et al. \(2021\)](#) y de la revisión sistemática de [Ferro-García et al. \(2021\)](#), ha demostrado ser una terapia eficaz para problemas de conducta en la infancia, y también para el TND, TDAH y para el tratamiento y la prevención del maltrato infantil. Los resultados obtenidos en este estudio de caso permiten valorar a PCIT en combinación con terapias contextuales como una intervención efectiva para el tratamiento de las conductas disruptivas. La hipótesis planteada en este estudio a través del análisis funcional de las conductas problemáticas del niño y de sus variables mantenedoras, se podría

pensar que es correcta, así como que la intervención dirigida a corregir estos errores con PCIT fue efectiva. Además, parece que la falta de sistematicidad y de consistencia en los padres estaba mantenida, principalmente, por escape o evitación de emociones desagradables, por lo que podría concluirse que el trabajo con los padres en la evitación de esta experiencia pudo estar relacionado con la consecución de los resultados.

Combinar PCIT con las terapias contextuales ACT y FAP permitió que la adherencia de ambos progenitores al tratamiento fuese excelente y mostraran solidez en la ejecución y, más concretamente, en el mantenimiento de las herramientas y habilidades trabajadas. Si bien esto fue así, la valoración del padre a través del ECBI sobre algunas conductas disruptivas del niño seguía siendo significativa una vez finalizada la intervención. Concretamente, puntuaba con una frecuencia alta o muy alta aquellas conductas ligadas al ámbito académico (ser rápido, estar tranquilo y estar concentrado durante las tareas) y resultaban problemáticas. Parece que, con base en la información obtenida en los correos electrónicos durante el seguimiento, estas conductas eran en mayor medida que otras exigidas por el padre debido al valor otorgado a los conocimientos, si bien también destacó como muy importantes otros aspectos del niño como “ser la alegría de la casa”, “tener un corazón noble” y “ser cariñoso”, llegando a describir las consecuencias asociadas al manejo del mal comportamiento del niño en términos de aceptación, siguiendo la línea de ACT y enfocando el malestar surgido con apertura y sin renunciar a seguir otros valores también importantes, como ser un padre afectuoso y con capacidad para establecer límites, y aceptar el surgimiento natural de discrepancias.

En cuanto a los problemas de generalización de algunas conductas durante el tratamiento, se piensa que pudo ser debido a un elevado uso previo de un reforzamiento artificial con reforzadores tangibles, y socialmente poco natural, basado mayoritariamente en elogios no etiquetados y vagos sobre la conducta adecuada del niño.

La experiencia que se ha presentado hace pensar a sus autores que trabajar con terapias contextuales empíricamente validadas como FAP y ACT, con el medio y el fin de establecer una relación terapeuta-cliente o terapeuta-familia cálida y afectiva, trabajar con las CCR que tienen lugar en sesión, trabajar con los valores parentales y confrontar la evitación experiencial, pueden ayudar a obtener el éxito psicoterapéutico y mejorar los resultados de la PCIT. La conceptualización contextual del caso permitió, además, establecer una relación terapéutica de intimidad, que, a su vez, promovió la adherencia de los padres al tratamiento y mejoró y facilitó los resultados de la terapia. Con ello, se consiguió que la atención fuera redirigida a las conductas prosociales, agradables e incompatibles con el mal comportamiento del niño y que el buen comportamiento del niño se generalizara a otros contextos fuera del hogar utilizando un reforzamiento más natural. Además, se facilitó el moldeamiento de los padres para trabajar la inflexibilidad psicológica y la evitación experiencial a la hora de manejar el comportamiento disruptivo de su hijo, analizando funcionalmente cuáles fueron las barreras que tenían para actuar conforme a sus valores parentales y trabajando con ejercicios de metáforas y de clarificación de valores.

Por ello, desde este trabajo se considera que la combinación de las terapias contextuales con PCIT puede ser efectiva para el tratamiento de niños que presentan problemas graves de conducta y cuyos padres presentan conflictos de valores y patrones de conducta

de evitación experiencial, como se propone en Ferro-García y Ascanio-Velasco (2017). El enfoque de trabajo con PCIT desde esta filosofía contextual, el trabajo en valores y en evitación experiencial con los padres y el adecuado uso del análisis funcional ha dado como resultado una mejora significativa en el comportamiento disruptivo del niño y en las pautas de crianza y el estilo educativo de los padres. En ese sentido, podría decirse que la combinación de PCIT con FAP y ACT, ha permitido solventar uno de los mayores obstáculos de los programas de padres: la resistencia de los mismos a aplicar las normas de forma consistente y sistemática a lo largo del tiempo. Asimismo, se plantea, como línea para futuros desarrollos, la incorporación de un diseño de línea base múltiple a través de tratamientos que permita comparar el efecto de la incorporación de las mencionadas terapias contextuales a PCIT frente a PCIT tradicional con el fin de comprobar el verdadero efecto diferencial que aportan ACT y FAP al tratamiento usual.

El presente trabajo podría haber sido mejorado metodológicamente, calculando la fiabilidad con otro observador en el registro de las conductas durante las grabaciones y evaluando la evitación experiencial de los padres a través de algún cuestionario específico como el *Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ) de Barraca (2004) o el Cuestionario Breve de Evitación Experiencial (BEAQ) de Gámez et al. (2014). Además, este estudio cuenta únicamente con el análisis visual de los resultados. Se piensa que, si bien este análisis junto con el testimonio de los padres es suficiente para valorar el efecto del tratamiento sobre la interacción padre-hijo, un análisis de varianza como estadístico complementario enriquecería significativamente la interpretación de los resultados y permitiría la comparación con estudios previos y futuros.

Aun así, este trabajo presenta datos consistentes sobre la efectividad de PCIT combinada con otras terapias contextuales y, a pesar de que existen pocos estudios que apliquen esta integración, desde este trabajo se destaca la adecuación de esta combinación de terapias para mejorar los resultados con PCIT, respetando los elementos clave y los principios esenciales de cada una de las terapias.

### Conflicto de Intereses

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

### Referencias

- Abrahamse, M.E., Junger, M., Leijten, P.H., Lindeboom, R., Boer, F., & Lindauer, R. J. (2015). Psychometric properties of the dutch 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. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9482-1>
- American Psychological Association [APA] (2012). *Effective child therapy - by the Society of Clinical Child & adolescent psychology*. Effective Child Therapy. <https://effectivechildtherapy.org/>
- Ascanio-Velasco, L., & Ferro-García, R. (2018). Combinando la terapia de aceptación y compromiso con la terapia de interacción padres-hijos en un niño con graves problemas de conducta. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(1), 57-62. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2018.05.1.8>
- Axline, V.M. (1947). *Play Therapy*. Ballantine Books.
- Barlow, D.H., & Hersen, M. (1984). *Diseños experimentales de caso único*. Martínez Roca.
- Barraca, J. (2004). Spanish adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(3), 505-515.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 887-907. <https://doi.org/10.2307/1126611>
- Brestan, E.V., Jacobs, J.R., Rayfield, A.D., & Eyberg, S.M. (1999). A consumer satisfaction measure for parent-child treatments and its relation to measures of child behavior change. *Behavior Therapy*, 30(1), 17-30. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(99\)80043-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(99)80043-4)
- Centro de Información para el Bienestar Infantil Basado en Evidencia de California [CEBC] (2006). *The California evidence-based clearinghouse for child welfare*. Cebc4cw.org. <https://www.cebc4cw.org/>
- 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. <https://doi.org/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*. New Harbinger Publications.
- Cunningham, C.E., Bremner, R., & Secord-Gilbert, M. (1998). The Community Parent Education (COPE) Program: A school-based family systems-oriented course for parents of children with disruptive behavior disorders. *Unpublished manual*.
- Eyberg, S.M. (1999). *Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)*. Integrity Checklist and Session Materials.
- Eyberg, S.M., Chase, R.M., Fernández, M.A., & Nelson, M.M. (2014). *Dyadic Parent-Child Interaction Coding System (DPICS): Clinical Manual (4th Ed.)*. PCIT International.
- Eyberg, S.M., & Funderburk, B. (2011). *Parent-Child Interaction Therapy Protocol*. PCIT International.
- Eyberg, S.M., Funderburk, B.W., Hembree-Kigin, T.L., McNeil, C.B., Querido, J.G., & Hood, K.K. (2001). Parent-Child Interaction Therapy with behavior problem children: One- and two-year maintenance of treatment effects in the family. *Child & Family Behavior Therapy*, 23(4), 1-20. [https://doi.org/10.1300/J019v23n04\\_01](https://doi.org/10.1300/J019v23n04_01)
- Eyberg, S.M., & Pincus, D.B. (1999). *Eyberg Child Behavior Inventory and Sutter Eyberg Behavior Inventory-Revised: Professional Manual*. 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. <https://doi.org/10.1080/15374418309533155>
- Eyberg, S.M., & Ross, A.W. (1978). Assessment of child behavior problems: The validation of a new inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 7(2), 113-116. <https://doi.org/10.1080/15374417809532835>
- Ferro-García, R., & Ascanio-Velasco, L. (2014). Terapia de Interacción Padres-Hijos (PCIT). *Papeles del Psicólogo*, 35(3), 169-180.
- Ferro-García, R., & Ascanio-Velasco, L. (2017). *Terapia de Interacción Padres-Hijos*. 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. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2018.05.1.8>
- Ferro-García, R., Rodríguez-Bocanegra, M., & Ascanio-Velasco, L. (2021). Una revisión sistemática de la efectividad y eficacia de la terapia de interacción padres-hijos. *Papeles del Psicólogo*, 42(2), 119-134. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2943>

- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., Suzuki, N., & Watson, D. (2014). The brief experiential avoidance questionnaire: Development and initial validation. *Psychological Assessment, 26*(1), 35-45. <https://doi.org/10.1037/a0034473>
- Hanf, C. (1969). A two-stage program for modifying maternal controlling during mother-child (MC) interaction. Comunicación presentada al *Western Psychological Association Meeting, Vancouver, BC*.
- Hayes, S.C. (2005). *Get Out of Your Mind and Into Your Life: The new Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., & Strosahl, K.D. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1152-1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.64.6.1152>
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An Experiential Approach to Behavior Change*. The Guilford Press.
- Kohlenberg, R.J., & Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. Plenum Press. (Traducción: Psara Ediciones).
- Lozano-Rodríguez, I., & Valero-Aguayo, L. (2017). Una revisión sistemática de la eficacia de los programas de entrenamiento a padres. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 4*(2), 85-101.
- McNeil, C.B., & Hembree-Kigin, T.L. (2011). *Parent-Child Interaction Therapy (Second Edition)*. Springer.
- Molina Moreno, P., & Quevedo Blasco, R. (2019). Una revisión de la aplicación de la terapia de aceptación y compromiso con niños y adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 19*(2), 173-188.
- Patterson, G.R. (1982). *A social learning approach: Coercitive family process. Vol. 3*. Castalia.
- Rey, C.A. (2006). Entrenamiento de padres: una revisión de sus principales componentes y aplicaciones. *Revista Infancia, Adolescencia y Familia, 1*(1), 61-84.
- Robinson, E.A., Eyberg, S.M., & Ross, A.W. (1980). The standardization of an inventory of child conduct problem behaviors. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 9*(1), 22-28. <https://doi.org/10.1080/15374418009532938>
- Sanders, M.R., Markie-Dadds, C., Tully, L.A., & Bor, W. (2000). The triple P -Positive Parenting Program: A comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(4), 624. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.4.624>
- Valero-Aguayo, L., Rodríguez-Bocanegra, M., Ferro-García, R., & Ascanio-Velasco, L. (2021). Meta-analysis of the efficacy and effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) for child behavior problems. *Psicothema, 33*(4), 544-555. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.70>
- Webster-Stratton, C., & Herman, K.C. (2010). Disseminating incredible years series early-intervention programs: integrating and sustaining services between school and home. *Psychology in the Schools, 47*(1), 36-54. <https://doi.org/10.1002/pits.20450>