

INTERVENCIÓN EN FLEXIBILIDAD PARENTAL A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL EN FAMILIAS

Juan M. Fluja-Contreras¹, Azucena García-Palacios²
e Inmaculada Gómez¹

¹Universidad de Almería; ²Universidad Jaume I (España)

Resumen

El objetivo del presente estudio fue valorar la eficacia de una intervención en familias a través de estrategias de las terapias de tercera generación para el fomento de la flexibilidad psicológica en las madres. Participaron siete madres de entre 31 y 50 años de edad. Para valorar los efectos de la intervención se emplearon instrumentos de flexibilidad psicológica parental, evitación, regulación emocional, estrés parental y satisfacción con la vida, al finalizar la intervención y a los tres meses. Se evaluó el estado de ánimo y afrontamiento como medida de proceso. Se valoraron los efectos en los hijos con la escala de fortalezas y dificultades. La intervención tuvo una duración de cuatro sesiones de dos horas cada una. Los resultados muestran efectos positivos en flexibilidad psicológica y regulación emocional de las madres y en los hijos se observa una reducción de síntomas emocionales y de hiperactividad. Así se aportan pruebas sobre la eficacia de la intervención en familias a través de terapias de tercera generación.

PALABRAS CLAVE: *parentalidad, flexibilidad psicológica, terapias contextuales, regulación emocional, escuela de familias.*

Abstract

The aim of the present study is to evaluate the preliminary efficacy of a family intervention with third-wave therapy strategies to promote parental psychological flexibility. Seven mothers aged 31-50 years participated. To assess the effects of the intervention, parental psychological flexibility, avoidance, emotional regulation, parental stress, and satisfaction with life instruments were used at the end of the intervention and at 3 months follow-up. Mood and coping were assessed as the process measure. The effects on their children were assessed with the scale of strengths and difficulties. Intervention comprised four two-hour sessions. Results showed positive effects in the psychological flexibility and emotion regulation of mothers. In children, there was a reduction in emotional symptoms and hyperactivity. This study provides preliminary evidence of the efficacy of third-wave based family interventions.

KEY WORDS: *parenting, psychological flexibility, contextual therapies, emotion regulation, parents' school.*

Los autores quieren agradecer a las participantes la escuela de familias. El presente estudio se ha realizado gracias a un contrato predoctoral para investigadores en formación del Plan Propio de Investigación de la Universidad de Almería del que es beneficiario el primer autor.

Correspondencia: Juan Miguel Fluja Contreras, Universidad de Almería, Edificio departamental C, despacho 1,31, La Cañada de San Urbano, s/n, 04120 Almería (España). E-mail: jfc397@ual.es

Introducción

La intervención en familias y, más concretamente, el entrenamiento a padres ha resultado eficaz tanto en la mejora de las competencias parentales, los estilos de crianza y el funcionamiento psicosocial de los padres, como en los hijos en la reducción de los problemas de comportamiento, trastornos generalizados del desarrollo, problemas de la conducta alimentaria, etc. (Lozano-Rodríguez y Valero-Aguayo, 2017). Así, en la intervención en familias para la reducción de problemas de conducta, se encuentra eficacia no sólo al reducir tales problemas de conducta sino también al mejorar la dinámica familiar (Robles y Romero, 2011; Rodríguez Puentes y Cortés Arboleda, 2017). La intervención desde la perspectiva de modificación de conducta muestra efectos positivos en la mejora del comportamiento de los hijos y en el manejo de pautas educativas por parte de los padres; sin embargo, algunas fuentes (Barlow y Coren, 2018; Robles y Romero, 2011) indican que los efectos no siempre se mantienen a largo plazo. Es a partir de la investigación en el papel del lenguaje en la conducta cuando algunos autores proponen incorporar estrategias que lleven a potenciar la flexibilidad psicológica en los padres (Greco y Eifert, 2004). De manera que la intervención no se focalice en los problemas de conducta del hijo, sino en la mejora de habilidades de los padres (Whittingham, 2014). Así, analizar e intervenir considerando la función y la manera de interactuar con las emociones, los pensamientos y las sensaciones relacionadas con la crianza, especialmente las que lleven a reactividad emocional, y considerando la historia de aprendizaje de los padres, puede dar lugar a intervenciones más productivas (Coyne y Wilson, 2004; Murrell, Wilson, LaBorde, Drake y Rogers, 2008). En suma, si bien es necesario seguir dotando a los padres de estrategias de manejo de conducta y ayudarles a mejorar sus pautas y estilos educativos, parece que en algunas familias esto no es suficiente ya que necesitan un abordaje más integral y experiencial dirigido a fomentar la flexibilidad psicológica, algo que está siendo eje central de las terapias de tercera generación o terapias contextuales, entre otras.

La flexibilidad psicológica se define como la habilidad y disposición para estar en contacto con eventos privados con funciones aversivas de manera plena y consciente, mientras se actúa en dirección a valores (Hayes, Strosahl y Wilson, 2014). Así, entendemos que se da una parentalidad con flexibilidad psicológica cuando los padres son conscientes y toman contacto con sus emociones o pensamientos relacionados con su hijo, sin dejarse llevar por estos y actuando de manera consistente con sus valores en sus prácticas parentales (Burke y Moore, 2015). A partir de esta definición, en el modelo de flexibilidad psicológica encontramos seis habilidades interconectadas (Coyne y Wilson, 2004; Duncan, Coatsworth y Greenberg, 2009; Hayes *et al.*, 2014): 1) la *aceptación*, entendida como la disposición a estar en contacto con emociones, pensamientos o sensaciones (eventos privados), en lugar de intentar modificarlos o cambiarlos. Un ejemplo de inflexibilidad sería cuando un padre evita enseñar a su hijo un hábito por no ser capaz de afrontar sus reacciones emocionales; 2) los *valores*, que son direcciones de vida elegidas y construidas verbalmente, que no son alcanzables, pero que provocan que se dé y se mantenga una conducta con coherencia y flexibilidad. Por ejemplo, un padre con el valor "la familia debe basarse en el

respeto mutuo” pero se dirige a su hijo de manera violenta; 3) las *acciones comprometidas*, que son comportamientos que están al servicio de los valores personales. Un ejemplo de inflexibilidad sería que un padre deje que su hijo juegue sin control con el teléfono para estar más cómodo, aunque esta conducta va en contra de su valor como padre; 4) *estar presente*, entendido como la habilidad para prestar atención a los hijos y a las pautas parentales de manera intencionada, en el momento presente, sin juzgarlos. Por ejemplo, A la hora de jugar con su hijo el padre está atendiendo más a sus eventos privados (p. ej., planificación en el trabajo) que a los momentos o interacciones presentes con su hijo; 5) *yo como contexto*, referido al proceso por el que uno es consciente de sus eventos privados y es capaz de diferenciarlos de sí mismo. Así sería un ejemplo de poca flexibilidad cuando en las interacciones con los hijos, los padres se ven enredados en sus pensamientos o emociones, en lugar de manejar los problemas directos con los hijos; y 6) el *distanciamiento* (o *defusion*), entendido como la habilidad de alterar las formas de interactuar con los eventos privados, pasando de un repertorio rígido y literal a otros más amplios y flexibles. Quedarse fusionado al pensamiento “soy un mal padre” porque alguien ha criticado la forma que ha tenido de manejar el comportamiento de su hijo.

La flexibilidad psicológica ha sido relacionada con diversas formas de psicopatología, encontrándose como un factor de salud (Kashdan y Rottenberg, 2010). Así como, en padres se ha mostrado como un factor de influencia en las prácticas parentales y en el desarrollo de la flexibilidad psicológica en los hijos. A este respecto, Brassell *et al.* (2016) encuentran que la flexibilidad psicológica es predictor de prácticas parentales adaptativas en diferentes etapas del desarrollo. A su vez, esta flexibilidad parental se asocia con niveles menores de problemas interiorizados y exteriorizados de los hijos en la etapa infantil y adolescente. Estilos parentales basados en el control, intrusivos o autoritarios se han relacionado con una menor flexibilidad psicológica en los adolescentes (Williams, Ciarrochi y Heaven, 2012). Por el contrario, la falta de flexibilidad psicológica de los padres se asocia con un mayor grado de ansiedad y estrés (Moyer y Sandoz, 2015), de depresión y conflicto familiar (Biglan *et al.*, 2015) tanto en los padres como en los hijos.

Las prácticas parentales que fomentan el estar presente (*mindful parenting*) han encontrado mejoras en el estrés parental, la conciencia sobre las emociones que tienen los hijos y en la reducción de síntomas exteriorizados en los hijos (Townshend, Jordan, Stephenson y Tsey, 2016). A su vez, Bögels, Hellemans, van Deursen, Römer y van der Meulen (2014) señalan que las intervenciones en parentalidad con atención plena pueden mejorar el estrés parental, los pensamientos negativos repetitivos con mayor presencia emocional, reducir la reactividad de los padres, romper algunas creencias de prácticas parentales intergeneracionales y mejorar el funcionamiento familiar y de pareja en la crianza.

Por otro lado, la flexibilidad psicológica está relacionada con la regulación emocional, concretamente, se trata de una estrategia para interactuar con los eventos privados basada en la aceptación; por tanto, una estrategia de regulación adaptativa (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2010), en lugar de estrategias de control o supresión emocional que han resultado tener efectos paradójicos y adversos (Campbell-Sills, Barlow, Brown y Hofmann, 2006). Al respecto, cabe mencionar la

importancia de las respuestas de los padres ante las emociones de los hijos, de modo que el empleo de estrategias de supresión o inhibición emocional pueden dar lugar a efectos en la expresión emocional de los hijos (Eisenberg *et al.*, 2001) o en el desarrollo de síntomas asociados al malestar psicológico, la ansiedad o la depresión (Krause, Lynch y Mendelson, 2003; Yap, Allen y Ladouceur, 2008). Por tanto, el fomento de estrategias de regulación emocional adaptativas, basadas en la aceptación y la validación emocional, deben ser consideradas para mejorar la reactividad emocional de los hijos (Shenk y Fruzzetti, 2011).

El presente estudio tiene como objetivo valorar la eficacia preliminar de un protocolo de intervención para el fomento de la flexibilidad psicológica en padres, a través de una intervención grupal de entrenamiento de padres (escuela de familias) desde las terapias de tercera generación; especialmente, desde un protocolo o guía de terapia de aceptación y compromiso (*acceptance and commitment therapy*, ACT) que en sí incluye el componente de atención plena (*mindfulness*) y al que hemos añadido algún ejercicio puntual validado en la terapia dialéctico comportamental (*dialectical behavior therapy*, DBT). Situando el foco de intervención en las habilidades de los padres respecto a flexibilidad psicológica, aceptación, atención plena, regulación emocional y generando contextos relacionados con la crianza enmarcado en valores y no sólo los problemas emocionales o comportamentales de los hijos (Whittingham, 2014).

Método

Participantes

La muestra de carácter incidental está compuesta por siete madres con edades comprendidas entre 31 y 50 años ($M= 42,7$; $DT= 7,12$), casadas y de nacionalidad española. Las participantes tienen de media dos hijos de entre seis meses y 15 años ($M= 8,5$; $DT= 4,17$). Los criterios de inclusión para el estudio fueron ser padre o tutor de un niño con dificultades emocionales o comportamentales (evaluados por el 6-PAQ) o mostrar dificultades en el comportamiento de los hijos (evaluados por el SDQ). En la tabla 1 se recogen aspectos sociodemográficos de la muestra (edad de los padres, número de hijos, edad y sexo de los hijos), así como la constatación de los dos criterios de inclusión.

Tabla 1
Descripción de los casos y resultados en línea base

Nº de caso	Edad de la madre	Nº de hijos	Edad y sexo hijos	Evaluación de las madres (6-PAQ y DERS)	Evaluación de los hijos (SDQ)
1	31	2	5 (M); 3 (V)	Puntuaciones por encima de la media en todas las subescalas del 6-PAQ, esto es, en inflexibilidad psicológica parental. Presenta dificultades para regular las emociones en todas las subescalas del DERS.	No se obtienen puntuaciones límites o anormales en dificultades

Nº de caso	Edad de la madre	Nº de hijos	Edad y sexo hijos	Evaluación de las madres (6-PAQ y DERS)	Evaluación de los hijos (SDQ)
2	37	3	9 (V) ; 5 (V); 6 meses (V)	Presenta dificultades en valores, toma de perspectiva y yo como contexto. Dificultades para la aceptación de las emociones, funcionamiento y en estrategias de regulación.	El hijo presenta puntuación anormal para problemas de conducta, hiperactividad y problemas con compañeros
3	42	1	5 (M)	Presenta inflexibilidad psicológica parental. Presenta dificultades para prestar atención y comprender las emociones y su aceptación.	La hija presenta puntuación límites para problemas de hiperactividad y puntuación anormal para problemas emocionales
4	50	3	12 (V); 10 (V) ; 8 (V)	Presenta dificultades en valores, aceptación, yo como contexto, estar presente y acciones comprometidas. Dificultades para prestar atención a sus emociones y comprenderlas.	El hijo presenta puntuación límite para problemas de conducta
5	42	2	11 (V); 7 (M)	Presenta dificultades en aceptación, toma de perspectiva, estar presente y acciones comprometidas. Presenta dificultades para prestar atención y comprender las emociones y su aceptación.	La hija presenta puntuación anormal para problemas emocionales, conductuales, de hiperactividad, con sus compañeras y en conducta prosocial.
6	48	2	14 (M); 12 (V)	Presenta dificultades en valores, aceptación, toma de perspectiva, estar presente y acciones comprometidas. Presenta dificultades para comprender sus emociones.	El hijo presenta diagnóstico de TDAH, en las puntuaciones del SDQ obtiene puntuación límite para problemas de conducta y relación con los iguales. Obtiene puntuación anormal para problemas emocionales e hiperactividad.
7	50	2	15 (M); 11 (V)	Presenta inflexibilidad psicológica parental. Presenta dificultades para aceptar sus emociones.	El hijo presenta puntuación límite para conducta pro-social.

Notas: El hijo marcado en negrita es el que presenta dificultades. M= mujer; V= varón; 6-PAQ= Cuestionario de aceptación parental; DERS= Cuestionario de dificultades de regulación emocional; SDQ= Cuestionario de capacidades y dificultades.

Instrumentos

- a) "Cuestionario de aceptación parental" (*Parental Acceptance Questionnaire*, 6-PAQ; Greene, Field, Fargo y Twohig, 2015). Este cuestionario consta de 18 ítems que evalúan seis procesos psicológicos relacionados con la flexibilidad psicológica desde las terapias contextuales: 1) aceptación, 2) distanciamiento (*defusion*), 3) estar presente (atención plena), 4) yo como contexto, 5) valores y 6) acciones comprometidas en dirección a esos valores. Los ítems se contestan en una escala Likert de cuatro puntos (desde 1= *muy desacuerdo/nunca* hasta 4= *muy de acuerdo/siempre*). Una mayor puntuación se relaciona con una mayor dificultad o inflexibilidad psicológica. En este estudio el 6-PAQ fue considerado una medida de flexibilidad psicológica relacionada con la crianza de los hijos y se utilizó como un instrumento de cribado para la selección de la muestra con la puntuación media en población española (33,35). La escala original cuenta con una consistencia interna de 0,84. La versión española tiene un alfa de Cronbach de 0,81. La puntuación total media en población española es de 33,53.
- b) "Cuestionario de aceptación y acción-II" (*Acceptance and Action Questionnaire*, AAQ-II; Bond *et al.*, 2011) versión en español de Ruiz, Langer Herrera, Luciano, Cangas y Beltran (2013). Este cuestionario evalúa la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica, mediante siete ítems que reflejan la tendencia a evitar o escapar de pensamientos, sensaciones o emociones que producen malestar. El AAQ-II se contesta utilizando una escala Likert de siete puntos (desde 1= *nunca es verdad* hasta 7= *siempre es verdad*). El nivel de consistencia interna (alfa de Cronbach) es de 0,88. La puntuación total media del instrumento es de 21,22.
- c) "Cuestionario de dificultades de regulación emocional" (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*, DERS; Gratz y Roemer, 2004) versión en español de Hervás y Jódar (2008). La DERS evalúa aspectos relacionados con la desregulación emocional a través de 28 ítems que se puntúan con una escala Likert de cinco puntos (desde 1= *casi nunca* hasta 5= *casi siempre*). El instrumento está compuesto por cinco escalas: falta de conciencia emocional o desatención, falta de claridad emocional o confusión, interferencia en conductas orientadas a metas u objetivos, falta de estrategias de aceptación y acceso limitado a estrategias de regulación. La puntuación total media del instrumento es de 58,4. La escala cuenta con un alfa de Cronbach de 0,93 para la puntuación total y entre 0,73 y 0,91 para las subescalas.
- d) "Escala de estrés parental" (*Parental Stress Scale*, PSS; Berry y Jones, 1995) versión en español de Oronoz, Alonso-Arbiol y Balluerka (2007). Esta escala de 12 ítems evalúa el nivel de estrés relacionado con la crianza y está compuesta por dos subescalas: 1) *recompensas por el niño*, que hace referencia a la satisfacción con el rol parental se compone de cinco ítems y 2) *eventos estresantes*, que se refiere al nivel de estrés relacionado con la crianza y se compone de siete ítems. La PSS se responde en una escala Likert de cinco puntos (desde 1= *muy desacuerdo* hasta 5= *muy de acuerdo*). Una mayor puntuación, tanto en la puntuación total como en las subescalas, significa un

mayor nivel de estrés y la puntuación media para mujeres es 22,3. La escala tiene un alfa de Cronbach de 0,77 para la escala de recompensas y 0,76 para la escala de estrés.

- e) "Escala de satisfacción con la vida" (*Satisfaction with Life*, SWL; Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985) versión en español de Vazquez, Duque y Hervas (2013). Esta escala evalúa de forma global la satisfacción vital mediante cinco ítems que se contestan en una escala Likert de siete puntos (desde 1= *fuertemente desacuerdo* hasta 7= *fuertemente de acuerdo*). Una mayor puntuación en la escala significa una mayor satisfacción vital. La escala cuenta con un alfa de Cronbach de 0,88. La puntuación media del instrumento es de 24,16.
- f) "Cuestionario de capacidades y dificultades" (*Strengths and Difficulties Questionnaire*, SDQ; Goodman, 1997; Gómez-Beneyto *et al.*, 2013). Se trata de una escala de cribado (*screening*) empleada para detectar problemas psicológicos en la infancia y la adolescencia (entre 4 y 17 años) cuenta con escalas para padres, profesores y autoinformadas a partir de los 11 años. En este estudio se utilizó para seleccionar a padres con hijos que mostraran dificultades conductuales y para evaluar los efectos de la intervención en los hijos. El SDQ cuenta con su puntuación total y cinco subescalas que evalúan: síntomas emocionales, problemas de conducta, problemas de hiperactividad, problemas con iguales y conductas prosociales. La escala total cuenta con un alfa de Cronbach de 0,77 y las subescalas varían entre 0,64 y 0,85. Para este estudio se empleó la escala para padres. La puntuación total media de la escala para niñas es de 10,5 y de 12,2 para niños. Se considera límite una puntuación total por encima de 14 y anormal si es por encima de 17.
- g) Como medida de proceso se evaluó al inicio y al final de cada sesión el estado de ánimo mediante la pregunta "*¿Cómo te sientes en este momento?*" con una escala visual de caras de cinco puntos ya empleado y validado en un estudio anterior por García-Palacios *et al.* (2014) y la percepción de afrontamiento mediante la pregunta "*¿En qué medida te sientes capaz de afrontar tus preocupaciones respecto a tus hijos en este momento?*", con una escala Likert de cinco puntos (1= *nada capaz* a 5= *totalmente capaz*).

Procedimiento

Se siguió un diseño de serie de casos pre y postest con un seguimiento a los tres meses para una intervención grupal a través de una escuela de familias. La intervención se llevó a cabo en un centro educativo de enseñanza secundaria público, situado en el ámbito rural y de nivel socioeconómico medio en la provincia de Granada (España). La escuela de familias se ofertó a través de diferentes medios (cartelería, redes sociales, etc.) a los padres del centro educativo. Se trata, por tanto, de una muestra de carácter incidental. Aquellos padres que mostraron interés por participar en la escuela de familias fueron citados en horario de tarde, indicándoles el calendario de las sesiones.

La intervención fue grupal en cuatro sesiones semanales de dos horas de duración, lo que supone una duración total de ocho horas. En la primera sesión los

participantes firmaron el consentimiento informado y se aseguraba la protección de datos, siguiendo los cánones éticos; se realizó la toma de datos en línea base y se presentaron los objetivos y el formato de la intervención. Además, en esta sesión se inicia la intervención (véase en la tabla 2 los componentes y contenidos de la intervención) al introducir la metáfora de *“El Bosque de la Parentalidad”*, que servirá como marco para la presentación de diferentes actividades y ejercicios. Este protocolo de intervención ha sido desarrollado desde la aproximación de las terapias de tercera generación (p. ej., Coyne y Wilson, 2004; Gómez, Hódar, Barranco y Martínez, 2012; Whittingham, 2014) con el objetivo de fomentar la flexibilidad psicológica parental a partir de: (a) la toma de conciencia y la atención en el momento presente de las sensaciones corporales y emocionales, tanto en los padres como en las interacciones y experiencias con los hijos; (b) el fomento de estrategias de aceptación psicológica ante eventos privados que producen malestar en lugar de conductas de evitación o supresión (emocional y conductual); (c) mejorar la interacción y relación con los eventos privados, fomentando la toma de perspectiva de las emociones, pensamientos y sensaciones con respecto a uno mismo, esto es, de fusionarse; que den lugar a (d) estrategias de regulación y validación emocional que lleven a acciones en dirección a valores en diferentes áreas vitales y concretamente en la interacción con los hijos. El análisis funcional del comportamiento está presente a lo largo de las sesiones con los padres y sirve de esquema para el análisis de las interacciones y problemas de manejo de contingencias con los hijos que, junto a diferentes técnicas desde el análisis de conducta, pretende mejorar los problemas conductuales y/o emocionales de los hijos.

Tabla 2
Contenidos del protocolo de intervención

Sesión	Componentes	Contenidos de la sesión
1	Valores Aceptación Estar presente	<ul style="list-style-type: none"> • Se plantean los objetivos de intervención y los componentes que van a ser tratados a lo largo de la escuela de familias. La intervención se plantea dentro de una metáfora (<i>El bosque de la parentalidad</i>) que sirve de introducción de diferentes ejercicios y actividades. • Se presenta la <i>“Metáfora del bosque”</i>, que sirve de introducción al trabajo en valores dentro del ámbito familiar y de la crianza. • Se realiza un ejercicio de clarificación de valores y se plantean objetivos y metas a lograr a lo largo de la escuela de familias. • Se presentan contenidos relacionados con la regulación emocional. • Realizan una primera práctica de atención plena (<i>mindfulness</i>). Señalando la importancia de la atención plena en las relaciones progenitor-hijo.

Sesión	Componentes	Contenidos de la sesión
2	Valores Acciones Aceptación Estar presente Toma de perspectiva.	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: proporcionar a las familias habilidades de regulación emocional relacionadas con la aceptación, la atención plena y la toma de decisiones (solución de problemas). Se retoma el ejercicio de clarificación de valores a fin de valorar la consecución de metas y valorar qué barreras/dificultades han podido impedir el avance en dirección a valores. A partir de esta información, se analizan las reacciones emocionales a partir del ejercicio de la "Mente sabia". Se plantean alternativas de reacción, basadas en estrategias de aceptación y atención plena. Se plantea un ejercicio de toma de perspectiva, a fin de mejorar la reactividad ante pensamientos, emociones y sensaciones en aspectos relacionados con la crianza.
3	Valores Acciones Aceptación Estar presente Yo-contexto Toma de perspectiva	<ul style="list-style-type: none"> Centrada en estrategias de manejo de problemas emocionales o de conducta de los hijos. Se retoma el ejercicio de clarificación de valores y se valoran los aspectos conseguidos y a mejorar. Las estrategias de manejo de contingencias sirven de ejemplo para realizar actividades y ejercicios para el fomento de la flexibilidad psicológica; concretamente, se plantean ejercicios de toma de perspectiva, yo como contexto y atención plena.
4	Valores Acciones Aceptación	<ul style="list-style-type: none"> Se revisan las habilidades y componentes que se han trabajado a lo largo de la escuela de familias. Se repasan los ejercicios de regulación emocional y flexibilidad psicológica. Se revisa el ejercicio de clarificación de valores. Valorando la necesidad de seguir trabajando en dirección a esos valores.

El esquema del protocolo se organiza siguiendo los procesos de flexibilidad psicológica descritos anteriormente propios fundamentalmente de la ACT (Hayes, 2013), que ya incluye ejercicios de "estar presente" (*mindfulness*) al igual que otras terapias de tercera generación (Hayes *et al.*, 2014). A su vez, también se nutre de ejercicios concretos para el fomento de estrategias de validación y regulación emocional de la DBT (Linehan, 1993), como modelo de intervención enmarcado en las terapias contextuales y por tanto compatible con la guía de intervención y que viene a añadir ejercicios concretos que no se encuentran en ACT.

En primer lugar, se realiza un ejercicio de clarificación de valores; para ello se emplea la metáfora del *Jardín* que sirve para establecer una jerarquía de valores, las acciones que dirigen a conseguir las metas u objetivos relacionadas con las áreas valiosas personales y la identificación de las barreras que interfieren en estos. Este componente es revisado siempre al inicio de las sesiones, pues actuará de guía e incentivo motivacional para la intervención. Segundo, se presentan algunas estrategias de "estar presente" (*mindfulness*), a través de las cuales se plantean acciones que van dirigidas a la crianza, por ejemplo, el estar presente en las

interacciones con los hijos y de conciencia emocional de los padres. Entre los ejercicios que se practican, se encuentran: ejercicios de respiración consciente, escáner corporal (*body-scan*) o ejercicios de atención plena a las emociones. Tercero, y relacionado con el punto anterior, se realizan una serie de ejercicios para el fomento de la regulación emocional de los padres, concretamente, a través de estrategias de aceptación y validación de las emociones, es decir, el objetivo de estos ejercicios no está en cambiar la emoción, sino la relación funcional que se tienen con estas. Estos ejercicios se plantean dentro de la metáfora de "*El refugio*", en el que se presenta, entre otras, el "*ejercicio de la mente sabia*", incorporado desde las estrategias de DBT (véase detallado en García-Palacios y Navarro Haro, 2016; Linehan, 1993; McKay, Wood y Brantley, 2017), a partir del cual se analizan las estrategias empleadas para regular las emociones ante situaciones problemáticas o que producen malestar con los hijos. Cuarto, dentro del escenario metafórico de "*La cascada*" se realizan ejercicios con el objetivo de mejorar la toma de perspectiva (distanciamiento - *defusion* en inglés) y la distinción entre el yo-contexto y el yo-contenido, es decir, ser capaz de actuar con perspectiva en lugar de dejarse llevar por las emociones, los pensamientos o las sensaciones (véase ilustrado en Hayes *et al.*, 2014). A su vez, los ejercicios llevan a reflexionar sobre aspectos relacionados con la crianza y las prácticas parentales. Durante la tercera sesión se muestran estrategias de manejo de contingencias con los hijos, poniendo en práctica las habilidades de flexibilidad psicológica parental entrenadas a lo largo de la intervención. En la última sesión se repasan y se revisan las habilidades trabajadas a lo largo de la escuela de familias. Se revisan, igualmente, la consecución de metas relacionadas con los valores, lo cual sirve para el planteamiento de nuevos objetivos de crecimiento personal que promuevan la generalización. Finalmente, se realiza la evaluación postratamiento. Tres meses después de la evaluación postratamiento se realiza un seguimiento a través de internet con *Lime Survey* en el que se evalúan las mismas variables que el postest.

Análisis de datos

Para el análisis de los datos se empleó el paquete estadístico SPSS v. 21 (IBM Corp., 2012). En primer lugar, se realiza un análisis descriptivo de las variables evaluadas pre-posintervención, en el seguimiento y de proceso. Dado el tamaño muestral, con el fin de explorar los efectos de la intervención, se aplicó la prueba no paramétrica para dos muestras relacionadas *T* de Wilcoxon. Se valoró el tamaño del efecto con la prueba *r* de Rosenthal para pruebas no paramétricas considerándose un tamaño del efecto pequeño para puntuaciones de 0,1, efecto mediano para puntuaciones de 0,3 y efecto grande para puntuaciones de 0,5 o superiores (Rosenthal, 1994). Para estimar la eficacia clínica de la intervención se calculó el índice de cambio significativo (*reliable change index*; RCI) a través del método de Jacobson y Truax (1991) para todas las variables. Para calcular los puntos de corte se empleó el criterio de "*c*" propuesto por Jacobson y Truax (1991). Se clasificó a los participantes como "*recuperada*" si su puntuación en el postest supone un cambio de valor del RCI y si es menor de la puntuación de

corte, se clasificó como “mejorada” si supone un cambio en el valor de RCI pero no de la puntuación de corte. Se clasificó como “sin cambios” cuando este no alcanzó el criterio del valor RCI, y como “empeorada” si la puntuación supone un incremento del valor de RCI en una dirección disfuncional.

Resultados

Análisis descriptivo de las puntuaciones medias

En primer lugar, en un análisis descriptivo de las puntuaciones medias (tabla 3), encontramos que las participantes muestran puntuaciones por encima del promedio en el pretest; esto es, puntuaciones susceptibles de ser problemáticas. Concretamente, en la puntuación total del 6-PAQ y en sus subescalas de aceptación, valores, estar presente, yo como contexto y distanciamiento (*defusion*). En la puntuación total de la DERS y en las subescalas de atención, aceptación, funcionamiento y regulación. En la puntuación total de la PSS y en sus dos subescalas de refuerzos y eventos estresantes. Asimismo, encontramos en la SWL una puntuación clasificada como algo de insatisfacción con la vida.

En cuanto a las puntuaciones referidas a los hijos, medidas con el SDQ, encontramos que la puntuación total de la escala se sitúa como anormal. Además, encontramos puntuaciones clasificadas como límite para las escalas de síntomas emocionales y problemas de hiperactividad.

Por otro lado, todas las puntuaciones medias de los instrumentos referidos a los participantes mejoran en el postest (tabla 3). Encontramos que se sitúan en puntuaciones por debajo del promedio en la puntuación total del 6-PAQ y en sus subescalas de aceptación, acciones, valores, estar presente, yo como contexto y distanciamiento (*defusion*). Se encuentran puntuaciones en el postest por debajo del promedio en el AAQ-II. En las subescalas de claridad y funcionamiento de la DERS. Así como la puntuación de satisfacción con la vida se incrementa a satisfacción dentro de la media.

En el seguimiento, las puntuaciones siguen mejorando para todas las variables respecto a la puntuación del pretest. Sin embargo, se encuentra que la puntuación aumenta respecto al postest en las puntuaciones de aceptación y distanciamiento (*defusion*) del 6-PAQ, la puntuación del AAQ-II y la puntuación total y las subescalas de la PSS. La puntuación en la SWL disminuye respecto al postest (tabla 3).

En cuanto a las puntuaciones postest referidas a los hijos, medidas con el SDQ, encontramos que disminuyen las puntuaciones de síntomas emocionales y problemas de hiperactividad situándose en rangos normales. Mientras que las puntuaciones de problemas conductuales y problemas con los iguales se sitúan en un rango límite. En el seguimiento las puntuaciones del SDQ se reducen, excepto la puntuación en problemas de conducta que se mantiene (tabla 3).

Tabla 3
Puntuaciones medidas y desviación típica pre y posintervención ($n=7$) y seguimiento ($n=5$), estadístico de contraste para la prueba de Wilcoxon con dos muestras relacionadas y magnitud del efecto (r)

Variables	Pre <i>M (DT)</i>	Pos <i>M (DT)</i>	Seguimiento <i>M (DT)</i>	Wilcoxon y tamaño del efecto					
				Pre-Pos		Pre-Seguimiento		Pre-Seguimiento	
				Z	<i>p</i>	<i>r</i>	Z	<i>p</i>	<i>r</i>
6-PAQ	38,57 (6,05)	31,42 (7,06)	29,8 (10,87)	-1,99	0,046*	0,75	-2,032	0,042*	0,91
Aceptación	5,85 (1,34)	4 (1,15)	4,4 (1,51)	-1,98	0,047*	0,75	-1,89	0,059	0,85
Acciones	6,28 (1,25)	6 (1,29)	4 (1,41)	-5,5	0,581	0,21	-2,041	0,041*	0,91
Valores	5,71 (0,95)	4,85 (1,95)	4,6 (2,51)	-1,22	0,221	0,46	-1,786	0,074	0,80
Estar presente	7,57 (1,51)	5,71 (2,05)	5,6 (2,88)	-1,62	0,104	0,61	-1,841	0,066	0,82
Yo	7,42 (2,14)	6,14 (1,77)	5,8 (1,78)	-1,80	0,071	0,68	-0,962	0,336	0,43
Distanciamiento	5,71 (1,6)	4,71 (1,49)	5,4 (2,07)	-1,27	0,202	0,48	-1,069	0,285	0,48
AAQ-II	19,71 (7,78)	16,57 (9,25)	18,4 (11,17)	-1,57	0,115	0,59	-0,54	0,59	0,24
DEERS	67 (20,13)	59,85 (23,02)	52,4 (25,88)	-1,35	0,176	0,51	-2,03	0,04*	0,91
Atención	12 (4,47)	9,71 (3,4)	8,6 (3,64)	-1,7	0,089	0,64	-0,95	0,34	0,42
Claridad	7,85 (2,19)	6,42 (1,71)	5,8 (2,16)	-1,37	0,168	0,52	-1,08	0,28	0,48
Aceptación	19,14 (7,79)	16,71 (8,53)	14,2 (7,53)	-2,04	0,041*	0,77	-1,83	0,07	0,82
Funciona	10,42 (2,93)	8,28 (4,57)	8 (4,69)	-1,27	0,203	0,48	-1,84	0,07	0,82
Regulación	17,57 (8,05)	18,71 (8,67)	15,8 (10,47)	-0,63	0,528	0,24	-2,03	0,04*	0,91
PSS	27,49 (6,7)	22,9 (4,22)	25,6 (9,15)	-2,04	0,041*	0,77	-1,08	0,279	0,48
Refuerzos	10 (3)	7,42 (3,04)	9,6 (3,13)	-1,26	0,207	0,48	-0,67	0,49	0,30
Eventos estresantes	17,42 (6,29)	16 (4)	16,8 (6,9)	-0,33	0,734	0,12	-0,54	0,59	0,24
SWL	27,28 (4,57)	30,57 (5,34)	28,2 (6,97)	-1,26	0,207	0,48	-0,36	0,715	0,16
SDQ	23 (5,44)	22,42 (7,54)	18,2 (6,9)	-0,13	0,893	0,05	-1,10	0,27	0,49
Emocionales	4 (2,08)	3,14 (2,19)	2,6 (1,32)	-0,41	0,68	0,15	-1,08	0,28	0,48
Conducta	2,85 (1,34)	3 (2,7)	3 (2,55)	-0,21	0,832	0,08	-0,14	0,89	0,06
Hiperactividad	6 (2,30)	4,71 (1,49)	3 (2,55)	-1,16	0,246	0,44	-1,86	0,06	0,83
Igualdes	2,42 (2,37)	3,42 (3,73)	2,8 (3,84)	-1,08	0,279	0,41	-0,37	0,72	0,17
Prosociales	7 (2,16)	7,71 (1,79)	6 (2,55)	-1,08	0,276	0,41	-0,27	0,79	0,12

Notas: 6-PAQ= Cuestionario de aceptación parental; AAQ-II= Cuestionario de aceptación y acción-II; DEERS= Cuestionario de dificultades de regulación emocional; SWL= Satisfacción con la vida; SDQ= Cuestionario de capacidades y dificultades. * $p < 0,05$.

Valoración del efecto de la intervención

En primer lugar, para valorar los efectos estadísticamente significativos de la intervención se compararon las puntuaciones pre y postest de las variables a través de la prueba no paramétrica de Wilcoxon, en la que se encuentran cambios estadísticamente significativos en la puntuación total del 6-PAQ, con un tamaño de efecto grande; en la dimensión de aceptación del 6-PAQ, con un tamaño de efecto grande; en la escala de aceptación de la DERS con un tamaño de efecto grande; y en la puntuación total de estrés parental medida con la PSS, con un tamaño de efecto grande. Además, se encuentra un tamaño del efecto grande, aunque sin cambios estadísticamente significativos en la escala de estar presente, yo como contexto del 6-PAQ, en la puntuación total de la DERS y sus subescalas atención y claridad emocional, la puntuación total del AAQ-II y la subescala de refuerzos del PSS (tabla 3).

En los datos de seguimiento encontramos cambios estadísticamente significativos en la puntuación total del 6-PAQ y en acciones, ambas con un tamaño del efecto grande. En la puntuación total de la DERS, con tamaño del efecto grande y en la escala de regulación de la DERS con tamaño del efecto grande. Además, se encontró un tamaño del efecto grande para todas las escalas subescalas del 6-PAQ, excepto para el yo como contexto; para la escala de aceptación, funcionamiento y estrategias de regulación del DERS y para la puntuación total y de hiperactividad del SDQ (tabla 3).

Con el fin de valorar los efectos clínicamente significativos se realizó un análisis de los cambios en las puntuaciones de las variables siguiendo el método de Jacobson y Truax (1991) (tabla 4). Se observa que la mayoría de las participantes mostraron un cambio clínicamente significativo de recuperación y las dimensiones más relevantes fueron: en la escala de refuerzos de la PSS con un 71,14% ($n= 5$) casos de recuperación, en la satisfacción con la vida (medida por la SWL) y en la puntuación total del 6-PAQ en un 57,14% ($n= 4$) de los casos.

En cuanto a las subescalas de flexibilidad psicológica parental (6-PAQ) encontramos que el 42,86% de las participantes mejoran significativamente (recuperación) en acciones ($n= 3$), valores ($n= 3$) y estar presente ($n= 3$). En las puntuaciones de funcionamiento (DERS) se observan cambios significativos de recuperación en el 42,86% ($n= 3$) de las participantes. Se observan cambios significativos de recuperación en los eventos estresantes (PSS) en el 28,57% ($n= 2$) de las participantes.

En el seguimiento se observa que el 80% de los casos presentan mejoría o recuperación en la puntuación total del 6-PAQ y de la DERS. Se muestran recuperación en el 80% de los casos en la escala de distanciamiento (*defusion*) y en el 60% de los casos en aceptación y valores. En cuanto a regulación emocional, se observa recuperación en el 80% de los casos en funcionamiento, en el 60% en claridad y en el 40% en aceptación. Por otro lado, el 40% de los casos presentan recuperación en la puntuación total de la PSS y el 60% presentan recuperación en la escala de refuerzos de la PSS. En la SWL se observa que un 40% de los casos presentan recuperación. Todas estas puntuaciones suponen un incremento respecto a los cambios pre-postest (tabla 4).

Tabla 4

Puntuaciones directas obtenidas antes y después de la intervención (n= 7) y en el seguimiento (n= 5). Porcentaje de participantes recuperadas, mejoradas, sin cambios o empeoradas

Variables	Momento de medida	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	%	%	%	%
									Rec.	Mej.	No	Emp.
6-PAQ	pre	49	32	42	36	32	41	38				
	pos	40*	30	28**	27**	26**	21**	38	57,4	14,29	28,57	
	seg.	45	28*	-	-	22*	36*	18**	20	60	20	
Aceptación	pre	7	4	6	5	6	8	5				
	pos	4**	3	5	4	3**	3**	6	42,86		57,14	
	seg.	6	3	-	-	3**	5**	3**	60		40	
Acciones	pre	8	4	7	6	6	7	6				
	pos	6**	4	5**	8	6	6	7	28,57		57,14	14,29
	seg.	8	5	-	-	4**	7	3**	40		60	
Valores	pre	7	5	6	6	4	6	6				
	pos	8	3**	3**	6	5	3**	6	42,86		28,57	28,57
	seg.	6	4**	-	-	3**	6	3**	60		40	
Estar presente	pre	8	5	10	8	7	7	8				
	pos	7	6	4**	8	4**	3**	8	42,86		57,14	
	seg.	6**	6	-	-	6	8	3**	40		60	
Yo	pre	11	8	7	8	4	6	8				
	pos	8**	8	6	6	5	3**	7	28,57		71,43	
	seg.	10	6**	-	-	3	6	3**	40		60	
Distanciamiento	pre	8	6	6	3	5	7	5				
	pos	7	6	5	5	3**	3**	4	28,57		57,14	14,29
	seg.	9	4**	-	-	3**	4**	3**	80		20	
AAQ-II	pre	34	15	20	11	19	14	25				
	pos	36	17	16	11	13	7	16			100	
	seg.	33	27	-	-	10	15	7**	20		80	
DERS	pre	110	67	71	58	56	53	54				
	pos	98	80	62	57	50	30**	42	14,29		85,71	
	seg.	94*	61	-	-	39**	37**	31**	60	20	20	
PSS	pre	33	28	15	23	27	32	34				
	pos	25**	25	18	20	23	19**	30	28,57		71,4	
	seg.	35	31	-	-	21**	29	12**	40		60	
SWL	pre	28	34	31	28	20	26	24				
	pos	24	34	35**	22	32**	35**	32**	57,14		14,29	28,5
	seg.	28	17	-	-	33**	28	35**	40		40	20

Notas: seg. = seguimiento a los 3 meses; 6-PAQ= Cuestionario de aceptación parental; AAQ-II= Cuestionario de aceptación y acción-II; DERS= Cuestionario de dificultades de regulación emocional; SWL= Satisfacción con la vida; SDQ= Cuestionario de capacidades y dificultades; % Rec.= porcentaje de recuperadas; % Mej.= porcentaje de mejoradas; % No.= porcentaje sin cambios; % Emp.= porcentaje de empeoradas. *Cambio clínicamente significativo de mejora; **cambio clínicamente significativo de recuperado.

No se observan cambios clínicamente significativos en el AAQ-II para todos los casos en el postest. Aunque en el seguimiento si se encuentran cambios clínicamente significativos para 1 caso (P7).

Tabla 5
Puntuaciones directas pre y postratamiento (n= 7) y seguimiento (n= 5) con un cambio clínicamente significativo en los hijos

Variables	Momento de medida	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	% Rec.	Mej.	% No	% Emp.
		SDQ	pre	20	23	14	29	31	29	15	14,9	14,29
	pos	26	32	18	22*	31	15**	13	40			
	seg.	17	30			17**	12**	15	28,57		71,43	
Síntomas emocionales	pre	3	1	5	3	7	6					
	pos	4	2	2**	3	7	0**	4	40			
	seg.	2	4			4**	2**	1				
Problemas conducta	pre	2	4	1	3	5	3		28,57		42,86	28,57
	pos	4	7	1	2	6	1**	0**				
	seg.	5	6			3*	0**	1	20	20		
Hiperactividad	pre	3	7	6	5	7	10	4	28,57		71,43	
	pos	5	6	6	6	4**	4**	2				
	seg.	2	7			0**	3**	3	20			
Problemas con iguales	pre	2	5	0	1	6	3				85,71	14,29
	pos	2	9	1	4	8	0	0				
	seg.	1	9			4	0					
Conductas prosociales	pre	10	6	8	9	4	7	5	14,29		85,71	
	pos	10	7	8	7	5	10**	7				
	seg.	6	3			5	6	10**	20			

Notas: seg.= seguimiento a los 3 meses; SDQ= Cuestionario de capacidades y dificultades; % Rec.= porcentaje de recuperadas; % Mej.= porcentaje de mejoradas; % No.= porcentaje sin cambios; % Emp.= porcentaje de empeoradas. *Cambio clínicamente significativo de mejora; **cambio clínicamente significativo de recuperado.

En cuanto a los cambios clínicamente significativos en los hijos (tabla 5), se observa que aquellos casos que mostraban una puntuación clínica en la puntuación total del SDQ ($n= 5$), el 60% ($n= 3$) presenta recuperación en la puntuación postest o en el seguimiento. Asimismo, respecto a la puntuación de síntomas emocionales, todos los pacientes que mostraban puntuaciones por encima de la media presentaron recuperación en el postest o en el seguimiento ($n= 3$). En el caso de la hiperactividad, el 50% de los casos que mostraron puntuaciones problemáticas en el pretest mostraron un descenso de las puntuaciones a recuperación tanto en el pretest como en el seguimiento ($n= 2$). No se encontraron cambios en ninguna de las variables en dos casos (P1 y P2).

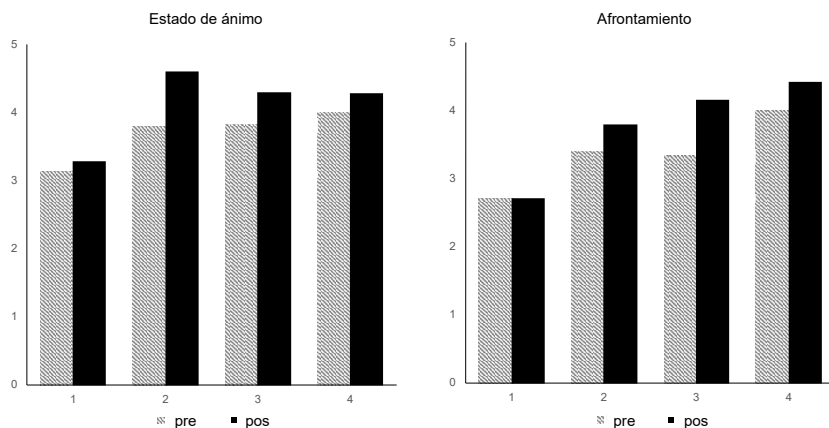
Análisis de las medidas de proceso

La figura 1 representa las puntuaciones medias en las evaluaciones del estado de ánimo y de la capacidad de afrontamiento antes y después de cada sesión. Se observa cómo las puntuaciones al finalizar la sesión son mayores que al comienzo de las mismas en ambas medidas. En las puntuaciones del estado de ánimo encontramos una tendencia ascendente tanto en las puntuaciones antes de la sesión, con puntuaciones medias desde 3,14 ($DT= 1,77$) hasta 4 ($DT= 0,0$), como después de la sesión con puntuaciones medias desde 3,28 ($DT= 1,6$) hasta 4,28 ($DT= 0,75$). En la sesión 2 se produce la mayor diferencia entre la puntuación antes ($M= 3,8$; $SD= 0,89$) y después ($M= 4,6$; $SD= 0,83$) de la sesión.

En la capacidad de afrontamiento encontramos una tendencia ascendente tanto en las puntuaciones antes de la sesión, con medias desde 2,71 ($DT= 1,49$) hasta 4 ($DT= 0,0$), como en las puntuaciones posteriores a la sesión, con medias desde 2,71 ($DT= 1,49$) hasta 4,42 ($DT= 0,53$). En la sesión 3 se produce la mayor diferencia entre la puntuación antes ($M= 3,33$; $SD= 0,81$) y después ($M= 4,16$; $SD= 0,4$) de la sesión.

Figura 1

Puntuaciones de procedimiento de estado de ánimo y capacidad de afrontamiento



Discusión

El objetivo del presente estudio era mostrar la eficacia preliminar de un protocolo de intervención para el fomento de la flexibilidad psicológica parental a través de estrategias de intervención de las terapias de tercera generación en una escuela de familias (grupal). Los datos del estudio sugieren que la intervención es eficaz para el fomento de la aceptación parental, tanto con relación a la crianza como con las habilidades de regulación emocional, encontrándose cambios estadísticamente significativos en la comparación de las medidas pre-intervención, y especialmente en un análisis descriptivo e idiográfico que es más propio de estudios de series de caso como el presente, donde lo relevante es el cambio clínico aunque sea bajo condiciones de variabilidad o diferencia entre los distintos casos.

Asimismo, se encuentran cambios estadísticamente significativos en la flexibilidad psicológica parental por lo que, en términos generales, la intervención ha potenciado en las madres habilidades para interaccionar de manera flexible con los pensamientos, sentimientos o emocionales (eventos privados) derivados de la crianza y la relación con sus hijos. Resultados similares se encuentran en ACT (Hayes *et al.*, 2014) en intervenciones con padres con hijos con dolor crónico, en las que aumentan el nivel de aceptación relacionado con el dolor de los hijos (Martin *et al.*, 2016) y la flexibilidad psicológica parental (Wallace, Woodford y Connelly, 2016). En padres de niños con diagnóstico de autismo se reducen las conductas de evitación experiencial, que está relacionado con la aceptación (Gould, Tarbox y Coyne, 2018; Hahs, Dixon y Paliliunas, 2019).

Encontramos un incremento de la satisfacción vital con cambios clínicamente significativos, aunque sin significación estadística. Se han encontrado cambios similares en intervenciones basadas en la atención plena (*mindfulness*) para padres con hijos diagnosticados de trastornos generalizado del desarrollo o de autismo (Dykens, Fisher, Taylor, Lambert y Miodrag, 2014; Neece, 2014; Singh *et al.*, 2007; Singh *et al.*, 2010).

Por otro lado, en un análisis idiográfico de las puntuaciones clínicamente significativas encontramos que la mayoría de las participantes, además de mejorar en flexibilidad psicológica parental y aceptación, muestran mejoras en habilidades de estar presente y en su clarificación de valores. Al incluir entrenamiento en atención plena (*mindfulness*), se esperaba el aumento en estas habilidades, así como el incremento de habilidades de atención plena (*mindfulness*) se encuentra en estudio anteriores con padres con hijos diagnosticados de autismo (Hwang, Kearney, Klieve, Lang y Roberts, 2015; Lunsy *et al.*, 2017), trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (Haydicky, Wiener y Shecter, 2017; Zhang *et al.*, 2017) y retraso en el desarrollo (Bazzano *et al.*, 2015; Heifetz y Dyson, 2017).

En lo que respecta a las habilidades de regulación emocional encontramos que la mayoría de las participantes se han recuperado y mejorado en su claridad emocional y se han recuperado clínicamente en su funcionamiento en conductas dirigida a metas. Estos resultados son consistentes con estudios anteriores que encuentran mejoras en la regulación emocional en intervenciones aplicadas con DBT (Gershy, Meehan, Omer, Papouchis y Schorr Sapir, 2017; Martin, Roos,

Zalewski y Cummins, 2017) y a través de atención plena (*mindfulness*) (Haydicky *et al.*, 2017).

Diversos estudios encuentran reducciones de los niveles de estrés parental tanto para las intervenciones basadas en atención plena (*mindfulness*) (Dykens *et al.*, 2014; Hwang *et al.*, 2015; Neece, 2014), con ACT (Burke *et al.*, 2014; Whittingham, Sanders, McKinlay y Boyd, 2014) y con DBT (Martin *et al.*, 2017), en nuestro estudio las puntuaciones de estrés se reducen encontrando cambios significativos a nivel estadístico y clínico, estos cambios se encierran el estrés parental general y en los refuerzos de la crianza.

En cuanto a los cambios observados en los hijos se encuentra que, de los tres que presentan síntomas emocionales se encuentra recuperación clínicamente significativa en el postest en dos de ellos (P3 y P6) y uno en el seguimiento (P5). Además, se encuentra que de tres de los participantes que reportaron problemas de hiperactividad, dos muestran recuperación clínicamente significativa (P5 y P6). En cuanto a los problemas de conducta, el caso que los presentaba mejora en el seguimiento. No obstante, no se observan cambios significativos en los participantes que mostraron problemas con iguales y falta de conductas prosociales. A este respecto, las intervenciones para padres a través de ACT encuentran mejoras en los síntomas emocionales en niños con parálisis cerebral (Whittingham *et al.*, 2014). Igualmente, intervenciones de atención plena (*mindfulness*) han mejorado síntomas emocionales y de atención en niños con retraso en el desarrollo (Neece, 2014) y autismo (Hwang *et al.*, 2015). La intervención en padres a través de DBT muestra reducciones en síntomas exteriorizados en niños con TDAH (Gershy *et al.*, 2017).

Finalmente, en cuanto a las medidas de proceso se observa una tendencia creciente desde el comienzo de la intervención hasta la finalización. Además, en todas las sesiones se encuentra que las puntuaciones al finalizar la sesión son superiores a las de inicio, tanto en estado de ánimo como en capacidad de afrontamiento. Por otro lado, cabe mencionar que, en la segunda sesión, cuando se introducen habilidades para la regulación emocional, se produce el mayor incremento de la puntuación en estado de ánimo después de la sesión. En la tercera sesión, que corresponde con el trabajo en manejo de contingencias con los hijos, se encuentra que la puntuación en capacidad de afrontamiento aumenta en mayor medida respecto al resto de las sesiones.

En el seguimiento a medio plazo (tres meses) se siguen observando cambios significativos, a nivel estadístico, en la flexibilidad psicológica de los padres y en sus acciones dirigidas a valores. También se encuentran cambios significativos en la puntuación global de la DERS y en la escala de regulación de las emociones. Por otro lado, a niveles clínicos, se encuentran puntuaciones significativas de recuperación en la mayoría de los casos en flexibilidad psicológica de los padres, concretamente, en la aceptación, valores y toma de perspectiva. Así como, mejoran las dificultades para la regulación emocional, así como en la aceptación, la claridad emocional y el uso de estrategias de regulación para orientar la conducta a metas. En cuanto al estrés parental y los refuerzos de la crianza, también encontramos puntuaciones significativas de recuperación. Igualmente, encontramos un aumento en el porcentaje de participantes que mejoran la

puntuación en problemas emocionales de los hijos y la puntuación total de la SDQ. Estos resultados muestran una tendencia favorable del entrenamiento a padres en el seguimiento, mientras que revisiones anteriores mostraban un descenso de los efectos en escuelas de familias basadas solo en modificación de conducta y la necesidad de enfatizar más este aspecto de la investigación (Barlow y Coren, 2018; Robles y Romero, 2011).

No obstante, este estudio cuenta con las siguientes limitaciones. Primero, las propias del diseño de serie de casos y del tamaño de la muestra respecto a la validez externa y de generalización de los resultados; de tal manera, que llegar a conclusiones con mayores tamaños del efecto a niveles estadístico requiere de diseños entregupo. Segundo, y con relación al diseño, al no tener un grupo control no se puede asegurar que todos los efectos sean derivados de la intervención. Tercero, los instrumentos empleados para valorar la eficacia de la intervención se basan en escalas de autoinforme que pueden sesgar la información obtenida. Cuarto, la muestra del estudio, aunque presenta dificultades en sus prácticas parentales o en sus hijos, no es puramente clínica al no tener sus hijos un diagnóstico formal, mientras que el resto de los estudios en los que se han analizado los efectos de la intervención en familias con terapias de tercera generación son familias con hijos con algún tipo de diagnóstico, lo que dificulta la comparación con resultados anteriores.

A modo de conclusión, con base en los resultados obtenidos en el presente trabajo, la intervención en familias a través de terapias de tercera generación, muestra efectos positivos en el fomento de la flexibilidad psicológica parental; es decir, la intervención ha promovido estrategias para tomar conciencia sobre sus eventos privados cuando interactúan con sus hijos, actuando con aceptación y de manera consecuente con sus valores. Asimismo, se encuentran efectos positivos en el fomento de estrategias de regulación emocional de los padres; concretamente, mejoran las estrategias para la aceptación y la gestión de las emociones incrementando la comprensión de las mismas y estrategias para orientar su comportamiento a metas y objetivos. Estos cambios pueden verse conectados entre sí, de tal manera que el fomento de la flexibilidad psicológica puede verse estrechamente relacionado con la promoción de estrategias de regulación emocional, dado que la aceptación, la toma de consciencia y de perspectiva respecto a los eventos privados pueden favorecer que se regule la conducta con cierta distancia (Coyne y Wilson, 2004; Seligowski y Orcutt, 2015). Así como esta capacidad para distanciarse puede facilitar la comprensión de las emociones. La regulación emocional a través de estrategias de aceptación ha resultado un factor de protector para la psicopatología (Kashdan y Rottenberg, 2010), además de ser una respuesta más adaptativa (Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010). La intervención ha mostrado efectos positivos en el fomento de acciones en dirección a valores, tanto a niveles de flexibilidad psicológica, como de regulación emocional fomentando estrategias funcionales orientadas a metas. En cuanto a los efectos observados en los hijos, se encuentra que la intervención ha favorecido la reducción de problemas, principalmente en síntomas emocionales y problemas de hiperactividad.

Estos resultados señalan que las estrategias incluidas en la intervención pueden resultar útiles para la mejora de la salud mental y el bienestar de los padres; así como los estudios clínicos de series de casos ofrecen una dirección clínica y nos animan a seguir explorando la inclusión y validación de estas estrategias terapéuticas en estudios con mayor rigor experimental como ensayos clínicos controlados.

Referencias

- Aldao, A. y Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: a transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 974-983
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237
- Barlow, J. y Coren, E. (2018). The effectiveness of parenting programs. *Research on Social Work Practice*, 28, 99-102
- Bazzano, A., Wolfe, C., Zylowska, L., Wang, S., Schuster, E., Barrett, C. y Lehrer, D. (2015). Mindfulness based stress reduction (MBSR) for parents and caregivers of individuals with developmental disabilities: a community-based approach. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 298-308.
- Berry, J. O., y Jones, W. H. (1995). The Parental Stress Scale: initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12, 463-472.
- Biglan, A., Gau, J. M., Jones, L. B., Hinds, E., Rusby, J. C., Cody, C. y Sprague, J. (2015). The role of experiential avoidance in the relationship between family conflict and depression among early adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4, 30-36.
- Bögels, S. M., Helleman, J., van Deursen, S., Römer, M. y van der Meulen, R. (2014). Mindful parenting in mental health care. *Mindfulness*, 5, 536-551.
- Brassell, A. A., Rosenberg, E., Parent, J., Rough, J. N., Fondacaro, K. y Seehuus, M. (2016). Parent's psychological flexibility: associations with parenting and child psychosocial well-being. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5, 111-120.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T. y Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- Burke, K. y Moore, S. (2015). Development of the Parental Psychological Flexibility Questionnaire. *Child Psychiatry & Human Development*, 46, 548-557.
- Burke, K., Muscar, F., McCarthy, M., Dimovski, A., Hearps, S., Anderson, V. y Walsler, R. (2014). Adapting acceptance and commitment therapy for parents of children with life-threatening illness: pilot study. *Families, Systems and Health*, 32, 122-127.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A. y Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1251-1263.
- Coyne, L. W. y 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.
- Diener E., Emmons R., Larsen R. J. y Griffin S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.

- Duncan, L. G., Coatsworth, J. D. y Greenberg, M. T. (2009). A model of mindful parenting: implications for parent-child relationships and prevention research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12, 255-70.
- Dykens, E. M., Fisher, M. H., Taylor, J. L., Lambert, W. y Miodrag, N. (2014). Reducing distress in mothers of children with autism and other disabilities: a randomized trial. *Pediatrics*, 134, e454-e463.
- Eisenberg, N., Losoya, S., Fabes, R. A., Guthrie, I. K., Reiser, M., Murphy, B., Shepard, S. A., Poulin, R. y Padgett, S. J. (2001). Parental socialization of children's dysregulated expression of emotion and externalizing problems. *Journal of Family Psychology*, 15, 183-205.
- García-Palacios, A., Herrero, R., Belmonte, M. A., Castilla, D., Guixeres, J., Molinari, G., Baños, R.M. y Botella, C. (2014). Ecological momentary assessment for chronic pain in fibromyalgia using a smartphone: a randomized crossover study. *European Journal of Pain*, 18, 862-872.
- García-Palacios, A. y Navarro Haro, M. (2016). *Terapia dialéctica comportamental*. Madrid: Síntesis.
- Gershly, N., Meehan, K. B., Omer, H., Papouchis, N. y Schorr Sapir, I. (2017). Randomized clinical trial of mindfulness skills augmentation in parent training. *Child and Youth Care Forum*, 46, 783-803.
- Gómez, I., Hódar, J. C., Barranco, M. R. G. y Martínez, M. (2012). Intervención en valores con familias de riesgo social desde la terapia de aceptación y compromiso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 38, 39-58.
- Gómez-Beneyto, M., Nolasco, A., Moncho, J., Pereyra-Zamora, P., Tamayo-Fonseca, N., Munariz, Salazar, J., Tabarés-Seisdedos, R. y Girón, M. (2013). Psychometric behaviour of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in the Spanish national health survey 2006. *BMC Psychiatry*, 13, 95.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Gould, E. R., Tarbox, J. y Coyne, L. (2018). Evaluating the effects of acceptance and commitment training on the overt behavior of parents of children with autism. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 7, 81-88.
- Gratz, K. L. y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Greco, L. A. y Eifert, G. H. (2004). Treating parent-adolescent conflict: is acceptance the missing link for an integrative family therapy? *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 305-314.
- Greene, R. L., Field, C. E., Fargo, J. D. y Twohig, M. P. (2015). Development and validation of the Parental Acceptance Questionnaire (6-PAQ). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4, 170-175.
- Hahs, A. D., Dixon, M. R. y Paliliunas, D. (2019). Randomized controlled trial of a brief acceptance and commitment training for parents of individuals diagnosed with autism spectrum disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 154-159.
- Haydicky, J., Wiener, J. y Shecter, C. (2017). Mechanisms of action in concurrent parent-child mindfulness training: a qualitative exploration. *Mindfulness*, 8, 1018-1035.
- Hayes, S. (2013). *Sal de tu mente, entra en tu vida: La nueva Terapia de aceptación y compromiso*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Hayes, S., Strosahl, K. y Wilson, K. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness)*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

- Heifetz, M. y Dyson, A. (2017). Mindfulness-based group for teens with developmental disabilities and their parents: a pilot study. *Mindfulness*, 8, 444-453.
- Hervás, G. y Jódar, R. (2008). The Spanish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Clinica y Salud*, 19, 139-156.
- Hwang, Y. S., Kearney, P., Klieve, H., Lang, W. y Roberts, J. (2015). Cultivating mind: mindfulness interventions for children with autism spectrum disorder and problem behaviours, and their mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 3093-3106.
- IBM Corp. (2012). IBM SPSS Statistics for Windows (version 21.0) [programa de ordenador]. Armonk, NY: Autor.
- Jacobson, N. y Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Kashdan, T. B. y Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30, 865-878.
- Krause, T., Lynch, T. R. y Mendelson, E. D. (2003). Relation of childhood emotional invalidation and adult psychological distress: the mediating role of experiential avoidance. *Child Abuse and Neglect*, 27, 199-213.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York, NY: Guilford.
- Lozano-Rodríguez, I. y 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, 85-91.
- Lunsky, Y., Hastings, R. P., Weiss, J. A., Palucka, A. M., Hutton, S. y White, K. (2017). Comparative effects of mindfulness and support and information group interventions for parents of adults with autism spectrum disorder and other developmental disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47, 1769-1779.
- Mckay, M., Wood, J. C. y Brantley, J. (2017). *Manual práctico de terapia dialéctica conductual*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Martin, C. G., Roos, L. E., Zalewski, M. y Cummins, N. (2017). A dialectical behavior therapy skills group case study on mothers with severe emotion dysregulation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24, 405-415.
- Martin, S., Wolters, P., Toledo-Tamula, M., Schmitt, S., Baldwin, A., Starosta, A. y Gillespie, A. (2016). Acceptance and commitment therapy in youth with neurofibromatosis type 1 (NF1) and chronic pain and their parents: a pilot study of feasibility and preliminary efficacy. *American Journal of Medical Genetics*, 170, 1462-1470.
- Moyer, D. N. y Sandoz, E. K. (2015). The role of psychological flexibility in the relationship between parent and adolescent distress. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 1406-1418.
- Murrell, A. R., Wilson, K. G., LaBorde, C. T., Drake, C. E. y Rogers, L. J. (2008). Relational responding in parents. *The Behavior Analyst Today*, 9, 196-214.
- Neece, C. L. (2014). Mindfulness-based stress reduction for parents of young children with developmental delays: Implications for parental mental health and child behavior problems. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27, 174-186.
- Ornoz, B., Alonso-Arbiol, I. y Balluerka, N. (2007). A Spanish adaptation of the Parental Stress Scale. *Psicothema*, 19, 687-92.
- Robles, Z. y Romero, E. (2011). Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: una revisión de su eficacia. *Anales de Psicología*, 27, 86-101.
- Rodríguez Puentes, A. P. y Cortés Arboleda, M. R. (2017). Prácticas de crianza y trastornos psicológicos en adolescentes colombianos. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 25, 599-621.

- Rosenthal, R. (1994). Parametric measures of effect size. En H. Cooper y L. V. Hedges (dirs.), *The handbook of research synthesis* (pp. 231-244). Nueva York, NY: Russell Sage Foundation.
- Ruiz, F. J., Langer Herrera, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J. y Beltran, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: the Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*, 25, 123-129.
- Seligowski, A. V. y Orcutt, H. K. (2015). Examining the structure of emotion regulation: a factor-analytic approach. *Journal of Clinical Psychology*, 71, 1004-1022.
- Shenk, C. E. y Fruzzetti, A. E. (2011). The impact of validating and invalidating responses on emotional reactivity. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30, 163-183.
- Singh, N., Lancioni, G., Winton, A., Singh, J., Curtis, J., Wahler, R. y McAleavy, K. (2007). Mindful parenting decreases aggression and increases social behavior in children with developmental disabilities. *Behavior Modification*, 31, 749-771.
- Singh, N. N., Singh, A. N., Lancioni, G. E., Singh, J., Winton, A. S. W. y Adkins, A. D. (2010). Mindfulness training for parents and their children with ADHD increases the children's compliance. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 157-166.
- Townshend, K., Jordan, Z., Stephenson, M. y Tsey, K. (2016). The effectiveness of mindful parenting programs in promoting parents' and children's wellbeing: a systematic review. *JB I Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14, 139-180.
- Vázquez, C., Duque, A. y Hervás, G. (2013). Satisfaction with life scale in a representative sample of Spanish adults: validation and normative data. *Spanish Journal of Psychology*, 16, 1-15.
- Wallace, D. P., Woodford, B. y Connelly, M. (2016). Promoting psychological flexibility in parents of adolescents with chronic pain: pilot study of an 8-week group intervention. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 4, 405-416.
- Whittingham, K. (2014). Parenting in context. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3, 212-215.
- Whittingham, K., Sanders, M., McKinlay, L. y Boyd, R. N. (2014). Interventions to reduce behavioral problems in children with cerebral palsy: an RCT. *Pediatrics*, 133, e1249-e1257.
- Williams, K. E., Ciarrochi, J. y 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.
- Yap, M. B. H., Allen, N. B. y Ladouceur, C. D. (2008). Maternal socialization of positive affect: the impact of invalidation on adolescent emotion regulation and depressive symptomatology. *Child Development*, 79, 1415-1431.
- Zhang, D., Chan, S. K. C., Lo, H. H. M., Chan, C. Y. H., Chan, J. C. Y., Ting, K. T., Gao, T. T., Lai, K. Y. C., Bögels, S. M. y Wong, S. Y. S. (2017). Mindfulness-based intervention for Chinese children with ADHD and their parents: a pilot mixed-method study. *Mindfulness*, 8, 859-872.

RECIBIDO: 26 de abril de 2019

ACEPTADO: 2 de septiembre de 2019