

## **APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE INTERACCIÓN PADRES-HIJOS (PCIT) EN DOS NIÑAS CON PROBLEMAS DE CONDUCTA**

Ariadna Castro Prados<sup>1</sup> y Luis Valero Aguayo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Psicología IPSE, Motril, Granada; <sup>2</sup>Universidad de Málaga (España)

### **Resumen**

La terapia de interacción padres-hijos (PCIT) es una forma de terapia conductual para intervenir sobre diversos problemas que aparecen en la población infantil. Trabaja directamente con los padres y la interacción en casa con sus hijos. Este artículo describe la aplicación de la PCIT en una niña de 7 años con trastorno negativista desafiante (TND) y su hermana de 3 años con problemas de comportamiento. Se ha utilizado un diseño de caso único A-B con líneas base concurrentes. Se han evaluado las conductas problemáticas y positivas de ambas niñas a través de autorregistros, observaciones del juego y observaciones naturales en casa grabadas en vídeo. También se han registrado las conductas de interacción positivas y negativas de los padres en vídeo. El tratamiento duró tres meses (12 sesiones). Se observó una evolución progresiva en las líneas base y en las medidas pre y postratamiento de las conductas problema de ambas niñas. Además, se produjo la reducción del estrés y el aumento de la satisfacción y autoeficacia de los padres con relación a sus propias habilidades.

**PALABRAS CLAVE:** *terapia de interacción padres-hijos, PCIT, trastorno negativista desafiante, TND, problemas de conducta.*

### **Abstract**

Parent-child interaction therapy (PCIT) is a form of behavioral therapy to deal with various behavioral problems in children. It works directly with parents and their home interactions with their children. In this paper the application of PCIT to a seven-year-old girl with oppositional defiant disorder (ODD) and her three year old sister with behavioral problems is described. A single-case A-B design with concurrent baseline was used. The positive behaviors and problems were assessed for both young girls using self-monitoring and parent video recordings during playtime and home interactions. The treatment was developed in 12 sessions during three months. A progressive evolution was observed in both girls' baseline and in pre- and post-treatment measures of the problem behaviors. Finally there was a reduction of stress and an increase in the self-efficacy of the parents' abilities.

**KEY WORDS:** *parent-child interaction therapy, PCIT, oppositional-defiant disorder, ODD, behavior problems.*

## Introducción

Actualmente los problemas de conducta infantil parecen ir en aumento presentándose cada día más casos en el entorno familiar, social y escolar. Estos comportamientos perturbadores son el motivo principal por el que los padres deciden pedir ayuda a un profesional ya que, especialmente entre los 3 y 7 años, los comportamientos propios del trastorno negativista desafiante (TND) se vuelven tan problemáticos que llegan a interferir en su funcionamiento diario (Connor, 2002; Turner *et al.*, 2018). Aunque las conductas oposicionistas y desafiantes ocasionales son bastante comunes en la infancia, con el tiempo suelen desaparecer. A pesar de este hecho, serán consideradas problemáticas y por tanto objeto de intervención en función de sus parámetros: frecuencia, variedad de contextos, gravedad y duración, especialmente si no remiten espontáneamente, ya que un patrón estable presenta una fuerte asociación con graves conductas delictivas y conductas agresivas en la adolescencia y la edad adulta (Broidy *et al.*, 2003; Martel, 2016; Pereyra *et al.*, 2019).

Según el DSM-5 (APA, 2014), el TND se caracteriza por presentar al menos cuatro de las siguientes conductas durante un mínimo de 6 meses: A menudo pierde la calma, está susceptible o se molesta con facilidad, está enfadado y resentido, discute con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes, desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas, molesta a los demás deliberadamente, culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento, o ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses, pero no realiza importantes violaciones a las reglas sociales o de los derechos de los demás. El trastorno provoca malestar en el niño o en las personas de su entorno, pudiendo implicar un deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral. El TND aparece casi invariablemente en el ambiente familiar (Larroy, 2010), pudiendo no aparecer en otros contextos, aunque tienden a generalizarse.

Se estima que el TND afecta entre el 1% y el 11% de la población infantil, con una mayor prevalencia de chicos antes de la adolescencia (APA, 2014). Esta variabilidad en los datos depende de los criterios diagnósticos, los métodos de evaluación, la fuente de información y la muestra. Para Barkley *et al.* (1999) la aparición de la conducta negativista desafiante en niños y adolescentes sería debido a cuatro factores: las prácticas de crianza, las características del niño o adolescente, las características de los padres y algunos factores contextuales. Con relación a las prácticas de crianza, el que los padres no presten atención a las conductas prosociales y de autonomía del niño, presten atención a las perturbadoras, así como que los niños a través de conductas perturbadoras experimenten éxito periódico en evitar las demandas (refuerzo negativo intermitente) hace que se instaure y mantengan dichos comportamientos (Miltenberger, 2013).

Los problemas de comportamiento infantil se han abordado desde enfoques centrados sólo en el niño (p.ej., terapia de juego, terapia individual), pero desde los años 70 surgió una fuerte tendencia a favor de tratar estos problemas a través de intervenciones que incorporen a los padres (Weisz y Kazdin, 2010), quedando este

nuevo enfoque refrendado en revisiones y metaanálisis de intervenciones con los padres (Kaminski *et al.*, 2008; Sánchez-Meca *et al.*, 2002; Thomas *et al.*, 2017).

Una de estas intervenciones, que se centra en enseñar y entrenar a los padres directamente *in situ* en el contexto familiar es la terapia de interacción padres-hijos (*parent-child interaction therapy*, PCIT) (Eyberg, 1988; Ferro y Ascanio, 2017; McNeil y Hembreee-Kigin, 2011; Niec, 2018). Sería una forma breve de abordar problemas de conducta perturbadora diseñada en los años 80, especialmente para la intervención con niños entre los 2 y 7 años, que fusiona la terapia de juego tradicional y los métodos operantes, junto a teorías sobre el aprendizaje social y el apego emocional. La PCIT es similar a otros programas que promueven la idea de que deben ser los padres los agentes del cambio para reducir los problemas de conducta de sus hijos. Este enfoque mantiene que los problemas que presentan los niños se establecen en las interacciones tempranas con sus padres. Pero, de la misma forma que estos influyen negativamente, también pueden pasar a influir de forma positiva. Sin embargo, a diferencia de otras intervenciones, la PCIT incorpora a padres e hijos en las sesiones de tratamiento, empleando asesoramiento terapéutico individualizado y en directo (entrenamiento en vivo), corrigiendo los errores de los padres y adoptando un enfoque idiográfico (basado en las características específicas del caso y según el nivel de desarrollo del niño). Se presentan modelos de actuación y se moldea a los padres en directo, todo ello a través del juego, que es el contexto más natural del niño, para modificar las relaciones padres-hijos disfuncionales.

La intervención con PCIT tiene una duración entre 8 y 12 sesiones, pudiendo añadir sesiones extras en caso de necesitarlas. Después de la intervención, se realiza un seguimiento a los 3, 6 y 12 meses. Dentro de PCIT existen dos fases: interacción dirigida por el niño (*child-directed interaction*, CDI) e interacción dirigida por los padres (*parent-directed interaction*, PDI). Ambas fases se inicián con una hora de enseñanza didáctica, seguida de sesiones en las que el terapeuta asesora en tiempo real a los padres durante el juego con los hijos. Esto es posible gracias a un espejo unidireccional por el que el terapeuta puede observar la interacción padre-hijo y también un receptor de radio oculto en el oído del parent, que permite así proporcionar retroalimentación inmediata a los padres sobre el uso de las habilidades enseñadas previamente. Además de la práctica dentro de las sesiones clínicas, se insta a que practiquen con sus hijos en el hogar durante cinco minutos todos los días.

La primera fase de interacción dirigida por los niños (CDI) tiene como objetivo fomentar una relación positiva entre padres e hijos. En ella se enseña a los padres el poder de la atención selectiva para aumentar las conductas prosociales y de autonomía, mientras se les enseña a ignorar aquellas conductas indeseables para que éstas disminuyan o se eliminen. Se les enseña a seguir la conducta de sus hijos en el juego, mostrándoles habilidades tales como: describir el comportamiento adecuado, imitar, parafrasear (reflejo de verbalizaciones apropiadas), elogiar los comportamientos adecuados e ignorar los inadecuados tolerables (no agresivos). Además, se les instruye en que omitan tanto preguntas, como órdenes y críticas. Cuando los padres dominen estas habilidades durante el juego con sus hijos, entonces se procede a pasar a la siguiente fase. La interacción dirigida por los

padres (PDI) tiene como objetivo enseñar estrategias de disciplina a los padres. En esta fase se les enseña a los padres a emitir órdenes de forma eficaz para maximizar la probabilidad de que se cumplan. También se les enseña a aplicar consecuencias para manejar la conducta inapropiada, aprendiendo habitualmente a emplear el tiempo fuera para corregir el incumplimiento, así como la retirada de privilegios. El dominio de la fase PDI se alcanza cuando el terapeuta observa que los cuidadores (padres o madres) son capaces de llevar a cabo las estrategias aprendidas sobre el manejo de conducta, sin necesidad de ser asesorados y cuando los padres informan de la eficacia de estas estrategias.

La PCIT consta de siete pasos, los tres primeros corresponden a la fase CDI y los cuatro restantes a la fase PDI. En el paso 1 se lleva a cabo una evaluación del funcionamiento familiar. El paso 2 consiste en enseñar habilidades de terapia de juego conductual a través de modelos de los terapeutas. Durante el paso 3 se entrena a la propia familia en las habilidades de terapia de juego conductual, aplicándolas durante las sesiones. En el paso 4 se enseñan técnicas de disciplina, donde el terapeuta de nuevo presenta modelos. Durante el paso 5 se realiza el entrenamiento de las técnicas de disciplina con la familia. El paso 6 consiste en realizar una evaluación postratamiento del funcionamiento de la familia. Finalmente, el paso 7 consiste en realizar, si fuera necesario, sesiones extraordinarias (Ferro y Ascanio, 2017; Ferro *et al.*, 2010). Es muy importante que el orden de las fases y los pasos se adapten al caso de cada familia en particular.

La bibliografía refleja numerosos estudios que ponen de manifiesto que este tipo de intervención es útil para tratar gran variedad de problemas (McNeil *et al.*, 2019; McNeil y Hembree-Kigin, 2011; Niec, 2018). Entre estos estudios se encuentran intervenciones en casos de TND (Ferro *et al.*, 2010, 2017; McNeil *et al.*, 1999), déficit de atención e hiperactividad con comorbilidad con TND (Matos *et al.*, 2009; Wagner y McNeil, 2008), depresión infantil (Luby *et al.*, 2012), ansiedad por separación (Choate *et al.*, 2005), niños maltratados y también la prevención del maltrato (Thomas y Zimmer-Gembeck, 2011), entre otros. Además de obtenerse resultados positivos con relación a las conductas problemáticas que presentaban los niños, los beneficios de la intervención se han visto también reflejados en la calidad de vida de los padres, con un descenso significativo en el grado de estrés percibido por los padres, como mostraron los metaanálisis de Cooley *et al.* (2014) y de Thomas *et al.* (2017).

Como se puede apreciar, la PCIT cuenta con gran apoyo empírico, habiéndose desarrollado numerosos estudios acerca de su eficacia, en los que se han demostrado mejoras clínicas y estadísticamente significativas en niños con conductas problema, así como la generalización de los resultados en la casa (Herschell *et al.*, 2002; McNeil y Hembree-Kigin, 2011) frente a listas de espera o grupos de control (McNeil *et al.*, 1999) y manteniendo los resultados obtenidos durante varios años en el seguimiento (Eyberg *et al.*, 2001; Hood y Eyberg, 2003; Pade *et al.*, 2006). Además, otros estudios que comparaban un grupo con una intervención completa de PCIT frente a otro que la abandonaba sin terminar, los mejores resultados eran quienes completaban toda la intervención (Boggs *et al.*, 2004; Galanter *et al.*, 2012). También se han publicado versiones de este programa condensado en dos semanas de tratamiento intensivo (Graziano *et al.*, 2020),

aplicándolo en niños con retraso y autismo (McNeil *et al.*, 2019), con niños muy pequeños y con problemas emocionales (Girard *et al.*, 2019) o depresivos (Steward y Emslie, 2020). El metaanálisis publicado por Ward *et al.* (2016), donde seleccionaron estudios con niños con problemas exteriorizados de comportamiento importantes, el programa PCIT tenía un gran efecto positivo en estos problemas, tanto al comparar el pre y postratamiento como al comparar grupo control frente al experimental. No se encontraron, además, que los factores de sexo y diagnóstico redujeran la eficacia de la intervención. Una revisión sistemática de la eficacia de PCIT puede encontrarse en Ferro *et al.* (2021).

Asimismo, se ha considerado como un tratamiento basado en la evidencia en 2009 por *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*, entre otras agencias (Shinn, 2013) y también se considera como un tratamiento bien establecido para tratar conductas problema y TND en niños al seguir los criterios mantenidos en el informe de la División 12 de la APA (Fernández-Hermida y Pérez-Álvarez, 2001). Además, esta forma de terapia infantil tiene varios manuales con las innovaciones y aplicaciones en varios tipos de problemas infantiles (Ferro y Ascanio, 2017; Girad *et al.*, 2019; McNeil *et al.*, 2019; McNeil y Hembree-Kigin, 2011; Niec, 2018; Ward *et al.*, 2016).

Dado este contexto, se propuso aplicar el tratamiento PCIT en dos niñas con problemas de conducta en un formato de intervención en casa junto con los padres. Los objetivos que se plantearon con este trabajo fueron: 1) evaluar los problemas de comportamiento de las niñas con un procedimiento riguroso y que no se basase solo en cuestionarios, 2) averiguar qué variables funcionales mantenían los problemas de conducta, 3) intentar cambiar esas variables mediante un tratamiento PCIT que modificase las relaciones familiares y el contexto del hogar donde aparecían esos problemas y, por último, 4) evaluar la eficacia de la intervención con la PCIT no solo con los datos de resultados finales, sino también por la evolución progresiva que iba teniendo lugar en las líneas base.

## Método

### Participantes

María (mujer, 34 años) y Pedro (hombre, 37 años) naturales de Málaga, eran un matrimonio ambos con un nivel educativo y socioeconómico medio. Acudieron a consulta por los múltiples problemas con sus dos hijas: Claudia (7 años, educación primaria) y Daniela, de 3 años (educación infantil). Los nombres de todos ellos son figurados.

A partir de la evaluación inicial, con la información de los padres, los cuestionarios y las observaciones en directo de las conductas de las niñas, se consideró que las conductas de Claudia eran compatibles con el diagnóstico de TND (a menudo estaba resentida y enfada, respondía a la autoridad, protestaba, rehusaba cumplir las órdenes o peticiones de los padres, molestaba deliberadamente, arrojaba o rompía objetos y tenían una persistencia de más de 6 meses), aunque era de gravedad media y circunscritas al contexto del hogar. Mientras que las conductas de Daniela, de menor edad, se consideraron como

problemas de conducta en general (desobedecer, peticiones inoportunas, tirar objetos).

### Instrumentos

- a) Entrevista semiestructurada *ad hoc*. Al comienzo de la evaluación se realizó una entrevista semiestructurada para explorar el motivo de consulta, el origen y evolución del problema, estado actual del problema, actitud de los padres, consecuencias derivadas del problema, estilos educativos de los padres, estrategias de afrontamiento llevadas a cabo hasta el momento, resultados obtenidos y expectativas respecto a la intervención.
- b) "Índice de estrés parental-versión breve" (*Parenting Stress Index-Short Form; PSI-SF*; Abidin, 1995), versión española de Barroso *et al.* (2016). El PSI-SF evalúa con 36 ítems, el grado de estrés que sienten los progenitores con relación a su rol de padres. Los padres responden en cada ítem si están de acuerdo o no con lo que se describe en ellos, con una escala Likert (1= "muy de acuerdo" hasta 5= "muy en desacuerdo"). Su fiabilidad es de 0,89.
- c) "Escala de evaluación parental" (EEP) (*Parental Evaluation Scale*; Farkas, 2009). La EEP mide los sentimientos de autoeficacia y satisfacción de los padres respecto a su rol. Tiene 10 afirmaciones, con dos factores (tres ítems positivos y siete negativos). Los padres responden con una escala Likert (0= "totalmente de acuerdo" hasta 10= "totalmente en desacuerdo") con lo que se describe en cada ítem. La suma total de las puntuaciones indica el grado de satisfacción y autoeficacia de los padres. Presenta un alfa de Cronbach de 0,85.
- d) "Inventario de Eyberg de comportamiento infantil" (*Eyberg Child Behavior Inventory, ECBI*; Eyberg y Ross, 1978), versión española de García-Tornel *et al.* (1998). El ECBI mide problemas de conducta en niños y adolescentes entre los 2 y 16 años. Los ítems son 36 frases que describen problemas de comportamiento generales, no específicos para una edad concreta, seleccionados de las quejas más frecuentes que exponen los padres en las consultas. Tiene dos escalas: a) la escala de intensidad, que explora la frecuencia de cada comportamiento y b) la escala de problemas, donde los padres indican los comportamientos problemáticos. La primera se responde con una escala Likert (1= "nunca ocurre" hasta 7= "siempre ocurre") y la segunda indicando si es o no un problema para los padres. La consistencia interna fue de 0,73, y la fiabilidad test-retest fue de 0,89 para la escala de intensidad y de 0,93 para la escala de problemas. La fiabilidad interobservadores fue de 0,58 en la escala de intensidad y de 0,32 en la escala de problemas.
- e) "Escala de Conners para padres-revisada" (*Conner's Parent Rating Scale-Revised; CPRS-R*; Conners, 1997). Esta escala de 80 ítems mide los comportamientos problemáticos de los niños, así como su frecuencia. La valoración la realizan los padres utilizando una escala Likert de 4 puntos (de 0= "nunca ocurre" a 3 "muy frecuentemente"). La versión española tiene un alfa de Cronbach de 0,94 y una fiabilidad test-retest de 0,92.
- f) Observación directa. Se llevó a cabo la observación natural durante el tránscurso

de las sesiones en el domicilio, que aportó información cualitativa adicional con relación a cómo respondía la madre ante los comportamientos inapropiados y, posteriormente, cómo ponía en práctica las nuevas estrategias aprendidas y los avances que eran reforzados.

- g) Autorregistro diario de conductas. El autorregistro servía para hacer seguimiento a la frecuencia de las conductas inadecuadas y las adecuadas que realizaban las niñas cada día. El diseño era una tabla con tres columnas donde la madre registraba la hora y el comportamiento de Claudia y de Daniela. Las conductas eran: desobedecer, responder mal, tirar cosas, interrumpir y comportamiento positivo. Al final de la intervención se obtuvieron un total de 84 registros diarios (7 registros diarios durante 12 semanas).
- h) Vídeos de 5 minutos. Por otro lado, a partir de la 2<sup>a</sup> sesión se le dieron instrucciones a la madre para que se grabase ella misma en vídeo jugando con cada una de las niñas. Esos vídeos luego serían codificados y registrados por la terapeuta, su objetivo era ver la evolución de las habilidades CDI y darle retroalimentación a la madre durante las sesiones. Ambos padres realizaban el entrenamiento en habilidades CDI durante las sesiones a domicilio, pero solo la madre realizó las grabaciones. Las categorías de respuesta registradas en esos vídeos eran: descripciones, imitaciones, reflejos/parafraseos, elogios (generales o específicos) y conductas a evitar (preguntas, críticas y órdenes).
- i) Vídeos de 30 minutos en su contexto natural. Además, para tener una observación directa de las interacciones diarias sin que estuviese presente la terapeuta, se les planteó también a los padres que hicieran grabaciones en vídeo en su vida diaria con las niñas. Se seleccionó el momento de ir a la ducha, ponerse el pijama o vestirse, pues estas eran las situaciones que los padres informaban que tenían especial dificultad para manejar. La cámara estaba fija en el salón, de forma que no fuese intrusa y pasase desapercibida, y allí era donde las niñas comenzaban el proceso para ir a la ducha y luego también vestirse.
- j) Teléfonos móviles con la aplicación *Skype*, un dispositivo manos libres *bluetooth* y auriculares con micrófono. Para la realización *in situ* de las sesiones de PCIT se utilizaron dos teléfonos móviles con la aplicación *Skype*, un dispositivo manos libres *bluetooth* (conectado al móvil de la madre), auriculares con micrófono (conectado al móvil de la terapeuta) y un brazo articulado con pinza para sujetar el móvil de la madre desde una estantería de forma que permitiese la visión de toda la escena. Mientras se desarrollaban las sesiones, la terapeuta conectada con *Skype* recibía las imágenes y el sonido, al tiempo que la madre recibía las instrucciones y la retroalimentación a través del auricular inalámbrico.

#### *Procedimiento*

Se realizó un diseño de caso único A-B, con varias líneas-base concurrentes con los datos de las diversas formas de registro (las diferentes observaciones en vídeo y los autorregistros de la madre), obtenidas en cada una de las conductas perturbadoras independientemente. El mismo diseño se ha repetido en paralelo

con las dos niñas a modo de replicación. Además, se ha realizado la evaluación pre y postratamiento con los cuestionarios y escalas mencionados con anterioridad. La primera sesión corresponde a la evaluación. En las líneas-base la primera sesión corresponde a la evaluación inicial. A partir de la segunda sesión ya se introdujo el tratamiento (como se describe más adelante), registrando todos los datos semana tras semana. Hasta dar por terminado el tratamiento en la semana 12.

#### PRESENTACIÓN DEL CASO

Durante la primera consulta María explicó que estaba muy preocupada por algunos comportamientos que presentaban sus hijas: Claudia respondía de forma inadecuada (con insultos o frases hirientes) y desobedecía, mientras que Daniela presentaba rabietas (tanto en casa como en lugares públicos), también hacía peticiones acompañadas de sollozos, además de desobedecer ante las órdenes. Ambas niñas interrumpían siempre cuando dos adultos estaban manteniendo una conversación y tiraban objetos intencionadamente (Daniela en mayor medida). El padre, por su parte, coincidía en que estos comportamientos eran un problema, a pesar de restarles importancia, apoyaba la intervención ya que consideraba que podía ser positivo para la familia, en especial para María, que tendría menos problemas y estrés en las interacciones con sus hijas. Ninguna de las niñas presentaba problemas de sueño, de alimentación, aprendizaje o escolares. Todas las conductas se registraban por separado para cada niña y para la madre utilizando el parámetro de frecuencia y en el juego también la duración.

Las definiciones operacionales de las conductas problemáticas registradas eran las siguientes:

- *Desobedecer* (Claudia y Daniela): Tras la orden o instrucción dada por el padre (o la madre) la niña no sigue la orden, no hace nada, se niega verbalmente o hace un comportamiento completamente distinto.
- *Responder de forma inadecuada* (Claudia): Dar una respuesta verbal con insultos, tacos, o frases que puedan resultar hirientes.
- *Tirar objetos* (Claudia y Daniela): Coger y arrojar cualquier objeto que tenga en ese momento en la mano, en otros casos empujarlo desde la mesa o sofá para que caiga al suelo.
- *Interrumpir* (Claudia y Daniela): En una situación de la conversación de dos o más personas adultas, la niña llama al padre (o a la madre), haciendo directamente una petición o dando alguna información de forma insistente.
- *Pedir las cosas llorando* (Daniela): Hacer una petición verbal al padre (o la madre), acompañada al tiempo de sollozos o lloros de baja intensidad.
- *Rabietas* (Daniela): Comportamientos tales como gritar, llorar y/o tirarse al suelo, habitualmente ante una negativa por parte del padre (o la madre).
- *Comportamiento positivo* (Claudia y Daniela): Cualquier conducta prosocial y de autonomía llevada a cabo por la niña, bien tras recibir una orden por primera vez (p. ej., obedecer a una orden, esperar cuando dos adultos están hablando, ponerse el pijama sin ayuda, etc.), o bien espontáneamente sin que los padres le digan nada.

- *Refuerzo positivo de conductas inadecuadas* (padres): La aplicación por parte del padre (o la madre) de reforzadores sociales y verbales (darle algún objeto o juguete, prestarle atención mediante contacto ocular, escucha, comentarios desaprobatorios y/o explicaciones extensas) inmediatamente después de que cualquiera de las niñas lleve a cabo un comportamiento de los anteriormente definidos como inadecuados.
- *Refuerzo positivo de conductas adecuadas* (padres): La aplicación por parte del padre (o la madre) de reforzadores sociales y verbales (darle algún objeto o juguete, prestarle atención mediante contacto ocular, escucha, sonrisas, elogios, alabanzas y explicaciones extensas, actividad de juego) inmediatamente después de que cualquiera de las niñas lleve a cabo un comportamiento de los anteriormente definidos como positivos, prosociales y adecuados.
- *Órdenes* (padres): Conducta verbal en la que el padre (o la madre) da ciertas instrucciones a una o a las dos niñas, para que las lleven a cabo a continuación.
- *Conducta de juego* (padres): Actividad realizada por el padre (o la madre) y dirigida hacia las niñas con el objetivo de divertirse.
- *Castigo verbal* (padres): Conducta verbal dada por el padre (o la madre) que expresa una valoración negativa hacia el comportamiento de cualquiera de las niñas; y anticipación verbal de las consecuencias negativas que podría seguir si no cumplen la instrucción dada o si continúan realizando algunas de las conductas definidas como inadecuadas. Esas consecuencias eran solo verbales, breves e intensas.

#### ANÁLISIS FUNCIONAL

A partir de las observaciones de las interacciones diarias entre padres e hijas, se propuso un análisis funcional similar para ambas niñas, puesto que se observó que las variables consecuentes eran similares en ambos casos y los padres siempre actuaban de una forma similar. Como hipótesis de mantenimiento se consideró que todas las conductas perturbadoras estaban siendo mantenidas por refuerzo positivo de tipo social (atención de los padres). Ambos siempre regañaban, amenazaban, sermoneaban, intentaban persuadir, etc., es decir, siempre presentaban "atención social" inmediatamente después de una de esas conductas. Aunque el propósito de los padres fuese "castigar" esas conductas, el efecto real obtenido es de refuerzo positivo, se presenta una contingencia inmediatamente después y la conducta se mantiene con alta probabilidad. Además, se observó que las conductas positivas, prosociales y de autonomía no eran reforzadas por los padres cuando ocurrían, suponían que era lo que debían hacer y no presentaban ningún comentario, ni consecuencia natural alguna, por lo que se supone que estaban bajo extinción y de ahí su baja frecuencia.

En el caso de algunas conductas, como responder de forma inadecuada, desobedecer, o no hacer las tareas, se observó que también se mantenían por refuerzo negativo, al lograr escapar o evitar algunas tareas poco motivadoras. En

este caso, se añadía una doble contingencia de refuerzo (positivo y negativo) que mantenía con más fuerza esas conductas. A ello, se añadía un componente de programa de refuerzo intermitente, puesto que los padres reconocieron emplear distintas consecuencias tales como regañarles, amenazarles, castigarles, persuadirles, etc., de forma irregular dependiendo de su tiempo, su estado de ánimo, etc. Esta inconsistencia en la forma de comportarse de los padres y hacerlo de manera intermitente, añadiría un factor mayor en el mantenimiento de los problemas.

Por último, podría incluirse en el análisis funcional las reglas verbales o creencias de la madre, por un lado, al considerar que las niñas deberían obedecer en todo, debían hacer sus tareas y ayudar en su autonomía personal y deberían hacerlo por obediencia a la autoridad. Y, por otro lado, las creencias del padre que no daba tanta importancia a esas conductas perturbadoras y solo las consideraba importantes por cuanto exasperaban y estresaban a la madre. A este respecto, también se podría incluir variables contextuales más amplias, de tipo social, a las reglas sobre el papel de la mujer en la familia, como cuidadora del hogar y los hijos, lo que centraría la mayor labor educativa en la madre, que asumía mayor responsabilidad y por tanto mayor estrés al no conseguirlo.

#### TRATAMIENTO

La propuesta de tratamiento basada en PCIT tendría como elementos fundamentales cambiar ese análisis funcional, invirtiendo las contingencias de interacción habituales entre los padres y las hijas. Se trataba de potenciar las conductas positivas y de autonomía, aplicando contingentemente tanta cantidad y variedad de refuerzo como fuese posible, utilizando para ello el juego como reforzador fundamental. Y, por otro lado, disminuir las conductas perturbadoras y negativistas-desafiantes eliminando esa atención, es decir, básicamente mediante extinción y utilizando las contingencias de los padres de una manera consistente mediante refuerzo diferencial. Puesto que la niña mayor tenía edad suficiente, se combinaría también con instrucciones expresas sobre las normas y contingencias que aplicarían los padres según el comportamiento que tuviesen sus hijas. Aunque las normas eran escuchadas por las dos niñas, se dirigían fundamentalmente a Claudia con objeto de aprovechar el seguimiento de reglas y la imitación por parte de la hermana más pequeña.

La estrategia básica, que utiliza PCIT en una primera fase es aumentar la cantidad y contingencias de refuerzo positivo en un contexto natural, combinando con extinción de las conductas perturbadoras invirtiendo las interacciones habituales de los padres. Se asume que al cambiar la proporción de refuerzo mediante el juego las conductas perturbadoras irían disminuyendo. En caso necesario, en una segunda fase de PCIT se aplicarían técnicas de castigo verbal o sanción como el tiempo fuera, si esas perturbadoras fuesen muy agresivas o no disminuyesen. En este caso, las interacciones de la familia cambiaron rápidamente y no fue necesario introducir estas técnicas.

La evaluación y la intervención completa tuvo una duración de 12 sesiones de carácter semanal, entre 2 horas a 2½ de duración. Todas estas sesiones se llevaron

a cabo en el domicilio familiar junto a María. Para facilitarle la transmisión del contenido de las sesiones a Pedro, se les facilitó material escrito con las instrucciones y recomendaciones de PCIT.

En la primera sesión se llevó a cabo la entrevista de evaluación, la administración de los cuestionarios PSI-SF y EEP y la entrevista evolutiva de las menores. Se les dejó el inventario ECBI y la CPRS, debiendo rellenarlas de forma individual dos veces cada una, una para cada niña. Finalmente, se planteó a los padres las actividades del registro diario, grabaciones de vídeos de 30 minutos diarios e instalar la aplicación *Skype* en el móvil para posteriores sesiones. Tanto la madre como el padre firmaron el consentimiento informado para el registro y las grabaciones, manteniendo siempre el anonimato, la imposibilidad de identificación y el uso de esas imágenes exclusivamente para investigación. A partir de esa sesión la madre comenzó a registrar y grabar los vídeos, que se irían recogiendo en las siguientes sesiones.

En la segunda sesión se le explicaron las consecuencias positivas del juego y las habilidades CDI (Ferro y Ascanio, 2014; Ferro *et al.*, 2020). Conforme se van describiendo, la terapeuta ejerce de modelo con la ayuda de distintas imágenes en la que aparecen niños jugando, todo ello para exemplificar cada una de las habilidades (elogiar, parafrasear, imitar, describir, disfrutar, ignorar y no dar órdenes ni criticar). Se le presentaron a María otras imágenes para que practicase, y se daba retroalimentación y refuerzo sobre su ejecución y actitud. A partir de la tercera sesión, se le daba también retroalimentación sobre las grabaciones realizadas el día anterior. Desde esta sesión ya se realizaban las tareas directamente con las niñas y la terapeuta en otra habitación dando instrucciones y retroalimentación a la madre. Se le recomendó dedicar 5 minutos de juego a cada niña, concentrándose en ella y premiándola con mayor intensidad (elogios, caricias, alegrías), e intentando utilizar refuerzo natural al juego; además de que intentara no dar órdenes, ni criticar, ni realizar preguntas que cuestionasen o dirigiesen el juego. Eran las niñas quienes tenían que dirigir las actividades.

En la 4<sup>a</sup> sesión se les proporcionó un listado de juegos recomendados y desaconsejados para practicar las habilidades CDI (Urquiza *et al.*, 2013). Se recomiendan juguetes creativos y constructivos, mientras que se desaconsejan juguetes que pueden ser violentos o que pudieran requerir supervisión, juegos con reglas fijas o libros. En esta sesión se le explicó a María que debía reforzar positivamente todas las conductas prosociales y de autonomía que se realizaban bien espontáneamente o tras la primera orden, prestando especial atención a las conductas incompatibles de las conductas problema y extinguiendo las inadecuadas anteriormente descritas (Díaz-Sibaja *et al.*, 2016; Miltenberger, 2013; Carroblés y Pérez-Pareja, 2009).

De manera específica, para abordar la conducta de desobediencia que se daba a la hora de ducharse y ponerse los pijamas en ambas niñas, se les propuso a los padres dar la orden solo una vez y que premiaran la obediencia de forma especial. La conducta de Daniela de pedir las cosas sollozando se le ignoraría hasta que se calmara y, pasados unos 10 segundos calmada, se le preguntaría qué quería; si volvía a pedirlo sollozando se volvería a ignorar; si hiciera la petición calmada se reforzaba bien dándole lo solicitado si fuera pertinente o con refuerzo

social.

La 5<sup>a</sup> sesión se basó en proporcionar pautas específicas para que ambos padres fueran capaces de emitir órdenes eficaces (Díaz-Sibaja *et al.*, 2016; Larroy, 2010; Urquiza *et al.*, 2013). Las pautas que se proporcionaron fueron las siguientes: ser directos, claros y específicos, empezar emitiendo una sola orden, dar las órdenes de forma respetuosa y amable, dar órdenes de acuerdo con la edad y desarrollo, manifestar qué queréis que hagan en vez de lo que no queréis que hagan, escoger órdenes necesarias, tono adecuado, explicaciones cuando sea posible y apropiado, asegurarse de que han escuchado la orden, no emitir órdenes que se contradigan, tener claras las consecuencias del cumplimiento y no cumplimiento y aplicarlas de forma constante y, por último, ponerse de acuerdo ambos padres respecto a todo lo anterior. Como tarea se les animó a poner en práctica lo aprendido en la sesión a sus interacciones naturales en el día a día. Dado que los autorregistros en las siguientes semanas reflejaron un descenso en la conducta “desobedecer”, no fue necesario enseñar a los padres por moldeamiento en emitir órdenes eficaces durante la conducta de juego.

Desde la 6<sup>a</sup> a la 12<sup>a</sup> sesión se siguió incidiendo en las mismas pautas e interacciones de las anteriores sesiones, dando retroalimentación a María sobre sus actuaciones tras visualizar los entrenamientos de las habilidades CDI y los vídeos de 30 minutos diarios. Al final de las sesiones se seguían haciendo los entrenamientos por moldeamiento de las habilidades CDI. Conforme iba avanzando el entrenamiento, la terapeuta iba reduciendo las instrucciones hasta eliminarlas por completo, dando únicamente retroalimentación inmediata y también al terminar la sesión. A lo largo de las sesiones se fue desvaneciendo progresivamente el papel de la terapeuta.

### Análisis de datos

Se ha realizado un análisis visual de datos de las distintas líneas-base de cada conducta y cada niña, con objeto de observar los cambios desde el primer dato de la sesión de evaluación a los siguientes de tratamiento. Para contrastar la tendencia de las líneas-base en los comportamientos positivos y negativos en cada niña, se ha realizado una correlación de Pearson, de forma que una correlación negativa indicaría una tendencia opuesta entre ellas.

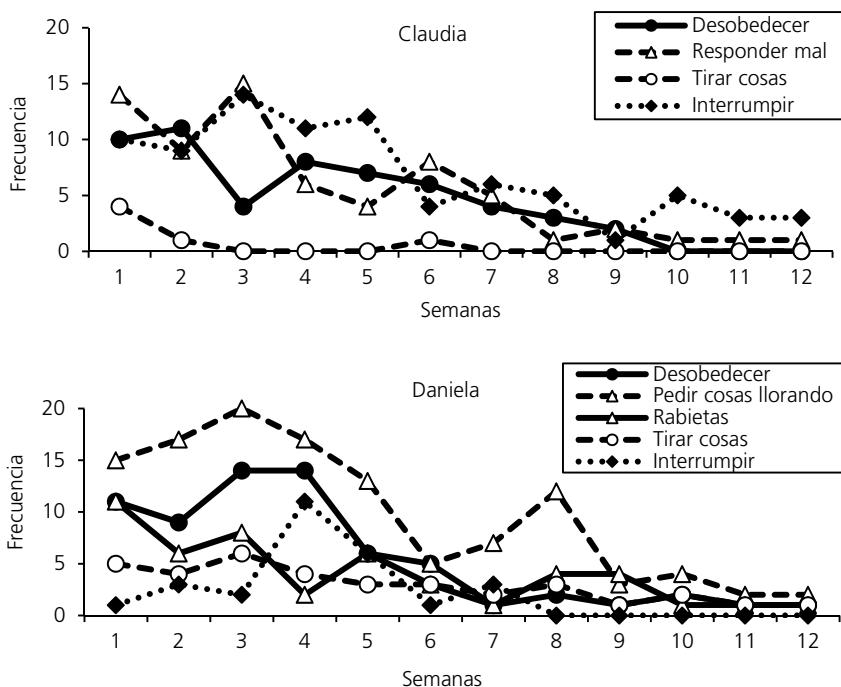
Por otro lado, para comparar la eficacia global del tratamiento se ha realizado una comparación no paramétrica de Wilcoxon con los datos de los distintos cuestionarios aplicados en ambas niñas antes y después del tratamiento. Ambos análisis de se han realizado con el programa IBM SPSS Statistics v. 21.0.

### Resultados

Se describen a continuación los resultados que se han obtenido en las distintas líneas base y en los resultados finales de una y otra niña. En la figura 1 pueden observarse los resultados de las conductas problemáticas de las dos niñas registradas por la madre, y cómo van descendiendo progresivamente hasta estar en cero muchas de ellas al final.

**Figura 1**

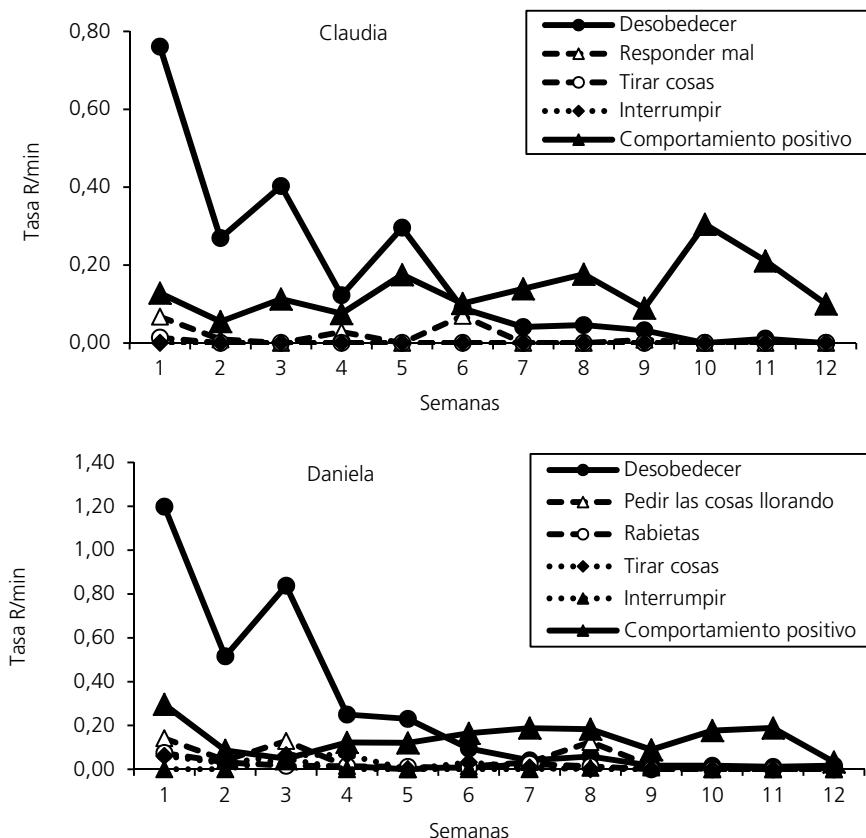
Líneas base de los autorregistros de la madre (media de cada semana) sobre las distintas conductas problemáticas de las niñas



En la figura 2 los registros de las observaciones grabadas en vídeo se han transformado en tasa (respuestas por minuto), puesto que no todas las sesiones tenían siempre una duración idéntica, aunque la madre tenía instrucciones de que fueran de media hora. De esta forma, al haber variabilidad durante los días de la semana, se ha calculado el número de respuestas por minuto en los vídeos. Las sesiones con la terapeuta eran semanales, pero la madre registraba por escrito y grababa los vídeos todos los días. Se presenta la media de cada semana a partir de las grabaciones de los días de vídeo disponibles, puesto que por diversas circunstancias la madre no grababa algunos días. Como se observa en la figura 2 la tasa de respuestas disruptivas ha ido disminuyendo en las dos niñas, sobre todo la de "desobedecer" que presentaba inicialmente la tasa más elevada. De forma similar ha ido aumentando la tasa de comportamientos positivos que se daban en los vídeos.

**Figura 2**

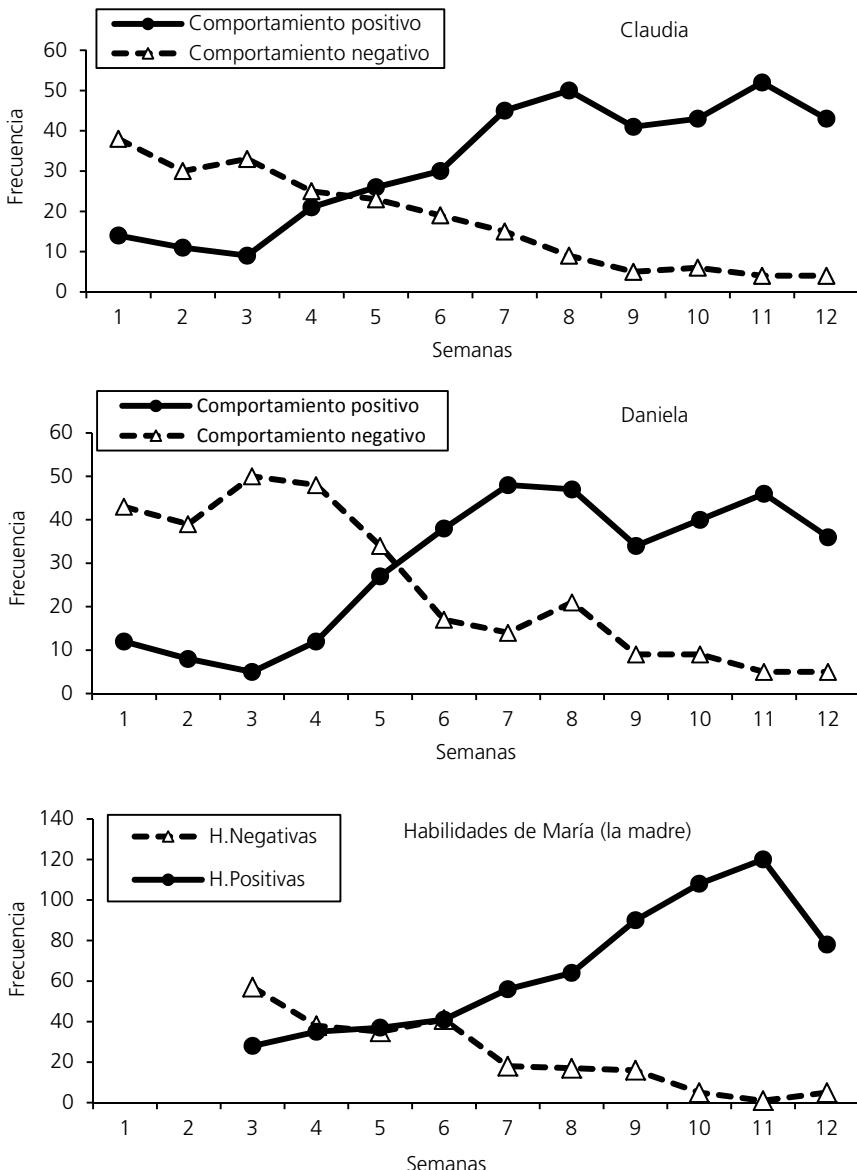
Líneas base de las observaciones en vídeo (media de cada semana) sobre las distintas conductas problemáticas de las niñas



Para observar mejor el efecto progresivo del tratamiento se han sumado las frecuencias de los comportamientos positivos y negativos de ambas niñas. La figura 3 muestra cómo la madre registra en la primera sesión un total de 38 conductas problemáticas en Claudia y 43 en Daniela, que van descendiendo progresivamente, hasta situarse en solo 4 y 5 respectivamente, al final del tratamiento. De forma similar, puede observarse cómo las conductas adecuadas inicialmente eran de 14 y 12 respectivamente y van aumentando progresivamente hasta 43 y 36 al final de las 12 sesiones. Al comparar en cada niña la tendencia de las conductas adecuadas y las que no, aparece una correlación negativa entre ambas líneas base ( $r = -0,93$ ;  $p < 0,0001$ ) en Claudia y ( $r = -0,88$ ;  $p < 0,0001$ ) en Daniela. Ello indicaría la relación inversa que promueve PCIT, puesto que al aumentar por refuerzo mediante juego las conductas adecuadas, comienzan a disminuir las inadecuadas.

**Figura 3**

Líneas base de los comportamientos positivos y negativos (totales) registrados para ambas niñas y para su madre



Para comprobar los cambios de comportamiento de la propia madre, también se registró a partir de los 10 minutos de vídeo diarios, las habilidades positivas (descripciones, elogios tanto generales como específicos, imitaciones, reflejos o

parafraseos) y negativas (dar órdenes, preguntas y críticas) que presentaba en sus interacciones con las hijas. Como puede observarse también en esa figura 3, las conductas de presentar contingencias adecuadas siguiendo el programa PCIT van aumentando progresivamente a la par que las de las niñas, mientras que las conductas inadecuadas de la madre van descendiendo hasta casi desaparecer al final del tratamiento. Precisamente, la correlación entre las conductas de la madre y sus dos hijas es de  $r= 0,79$  ( $p< 0,0001$ ) en el caso de Claudia y de  $r= 0,62$  ( $p< 0,05$ ) en el caso de Daniela en las conductas positivas. Y respecto a las conductas negativas, en el caso de Claudia una correlación  $r= 0,94$  ( $p=< 0,0001$ ) y de  $r= 0,84$  ( $p< 0,001$ ). Lo que viene a confirmar el efecto del aprendizaje de habilidades PCIT de la madre sobre los problemas de sus hijas, cuando aumentan unas también las otras.

Se ha realizado la prueba de Wilcoxon para los datos de registro de la madre y los vídeos grabados, comparando la primera semana con la última semana en todas las conductas registradas. En este caso, aparece significación estadística tanto para las conductas de Claudia ( $Z= -2,98$ ;  $p= 0,003$ ) como para las de Daniela ( $Z= -2,52$ ;  $p= 0,012$ ) y también en los comportamientos aprendidos por la madre aparece una significación estadística relativa ( $Z= -1,95$ ;  $p= 0,051$ ), puesto que hay conductas positivas que aumentan y otras negativas que disminuyen. Por otra parte, los resultados en los diferentes cuestionarios realizados por los padres, para ambas niñas y tanto para las conductas problemáticas de éstas como para valorar sus propios estados emocionales y estrés, todos han mostrado mejorías al final del tratamiento. En la tabla 1 aparecen los datos obtenidos en todos los cuestionarios antes y después del tratamiento.

**Tabla 1**

Datos de los cuestionarios antes y después del tratamiento informados por ambos padres

Cuestionarios	Pretratamiento	Postratamiento
PSI-SF		
Madre	98	37
Padre	48	38
EEP		
Madre	8,7	3,0
Padre	3,2	2,9
ECBI		
Madre-Claudia	110	43
Madre-Daniela	122	57
Padre-Claudia	123	47
Padre-Daniela	111	51
CPRS-R		
Madre-Claudia	43	12
Madre-Daniela	74	31
Padre-Claudia	63	8
Padre-Daniela	35	25

Nota: PSI-SF= Índice de estrés parental-versión breve; EEP= Escala de evaluación parental; ECBI= Escala de comportamiento infantil de Eyberg; CPRS-R= Escala de Conners para padres-revisada.

Tras la intervención, los niveles de estrés se han reducido en ambos progenitores, especialmente en la madre y algo similar ocurre respecto a su percepción de eficacia en su desempeño como progenitores. Respecto a las escalas ECBI y CPRS-R, la madre siempre consideraba que había más problemas, pero los resultados obtenidos en ambas pruebas tras la intervención reflejan un descenso de puntuación en ambas niñas. El análisis estadístico con la prueba no paramétrica de Wilcoxon, arroja significatividad estadística solo para la madre ( $Z = -2,705$ ;  $p = 0,007$ ). Los padres perciben que ha habido una disminución en la frecuencia de los comportamientos inadecuados, además de coincidir en que ninguno de estos comportamientos les resulta ya problemático.

## Discusión

Con los resultados obtenidos se puede afirmar que la terapia de interacción padres-hijos (PCIT) ha resultado ser eficaz en el abordaje de los problemas de conducta de las dos niñas, siendo los padres los verdaderos agentes del cambio. Se ha visto un cambio tanto en el comportamiento y actitud de las niñas como en los padres, quienes además de reducir su nivel de estrés percibido y aumentar su satisfacción y sentimiento de autoeficacia respecto a su rol de padres han creado mediante el juego un clima familiar más armonioso y positivo.

Otros estudios con aproximaciones diferentes que se centran en las pautas de crianza muestran resultados similares, aumentando el elogio y la interacción social en los padres, con un menor uso del castigo y mayor uso de la extinción ignorando la conducta inadecuada (Morales *et al.*, 2016).

Un aspecto que destacar de la intervención es que las habilidades aprendidas por la madre y las interacciones diarias cambiaron también para otras conductas que no eran el objetivo de tratamiento y se generalizó tiempo después a otras tareas e interacciones con las niñas. Estos datos confirman la propuesta de Barkley *et al.* (1999) con relación a la importancia de las prácticas de crianza, como uno de los factores que influyen en el desarrollo de problemas de comportamiento infantil y en su resolución. Asimismo, se ha confirmado que el análisis funcional realizado a partir de la evaluación fue correcto, siendo los comportamientos inadecuados mantenidos por refuerzo positivo y negativo y por las consecuencias asistemáticas e inconsistentes (refuerzo intermitente) presentadas por los padres ante el comportamiento inadecuado (Miltenberger, 2013). Los cambios introducidos con el tratamiento PCIT inciden precisamente en esas variables, en las habilidades mostradas por la madre en sus interacciones, ahora mucho más positivas.

No obstante, la intervención que aquí se expone cuenta con algunas limitaciones. Por un lado, no se han podido obtener grabaciones de 30 minutos de todos los días a lo largo de las 12 semanas de intervención, debido a circunstancias personales de la familia y las incidencias de las grabaciones; también la imposibilidad de haber llevado el entrenamiento por moldeamiento de las habilidades CDI con el padre, debido a su horario laboral. A lo que podemos añadir que los datos registrados a partir de los vídeos son de la propia investigadora, por lo que sería necesario obtener fiabilidad con otros observadores. Sin embargo, la replicación de los mismos resultados intrasujeto con cinco líneas

base concurrentes y la replicación entre sujetos en dos casos clínicos, permiten asegurar la fiabilidad de los resultados.

Por otro lado, no se pudo realizar una evaluación de seguimiento formal, aplicando de nuevo los mismos registros en vídeo y cuestionarios. Sin embargo, dos contactos telefónicos un año después confirmaron que se mantenían las ganancias, no había problemas de conducta en las niñas y lo aprendido por la madre en sus interacciones, le había servido también a las niñas para estudiar y obtener buenas notas.

A pesar de estas limitaciones, los resultados de la intervención han sido todos positivos como muestran los datos, tanto los cuestionarios, como los registros de la madre, como los vídeos diarios de las interacciones. En suma, se han conseguido los objetivos iniciales: se ha realizado la evaluación e intervención con PCIT, se han obtenido resultados positivos y se ha demostrado que las contingencias del análisis funcional son las que mantenían esas interacciones problemáticas en la familia. Se asume la corrección del análisis funcional inicial, puesto que al cambiar invirtiendo las contingencias de las interacciones padres-hijas, las conductas problemáticas también se han invertido, aumentando las adecuadas o prosociales y disminuyendo las inadecuadas, perturbadoras o desafiantes. Las niñas han cambiado sus comportamientos problemáticos, ninguna de ellas podría recibir ya un diagnóstico de TND o de problemas de conducta. Y, además, la madre no tenía ya el grado de ansiedad y estrés que mostraba inicialmente, por lo que en general la relación familiar se ha vuelto muy positiva.

### Referencias

- Abidin, RR. (1995). *Parenting Stress Index manual* (3<sup>a</sup> ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5<sup>a</sup> ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana. (Orig. 2013).
- Barkley, R., Edwards, G. H. y Robin, A. L. (1999). *Defiant teens: a clinician's manual for assessment and family intervention*. Nueva York, NY: Guilford.
- Barroso, N. E., Hungerford, G. M., García, D., Graziano, P. A. y Bagner, D. M. (2016). Psychometric properties of the Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF) in a high-risk sample of mothers and their infants. *Psychological Assessment*, 28(10), 1331-1335. doi: 10.1037/pas0000257
- Boggs, S. R., Eyberg, S. M., Edward, D. L., Rayfield, A., Jacobs, J., Bagner, D. y Hood, K. K. (2004). Outcomes of parent-child interaction therapy: a comparison of treatment completers and study dropouts one to three years later. *Child & Family Behavior Therapy*, 25(4), 1-22. doi: 10.1300/J019v26n04\_01
- Broidy, L. M., Nagin, D. S., Tremblay, R. E., Bates, J. E., Bräme, B., Dodge, K. A., Fergusson, D., Horwook, J. L., Loeber, R., Laird, R., Lynam, D. R., Moffitt, T. E., Pettit, G. S., y Vitaro, F. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: a six-site, cross-national study. *Developmental Psychology*, 39, 222-245. doi: 10.1037/0012-1649.39.2.222
- Carrobles, J. A. y Pérez-Pareja, J. (2009). *Escuela de padres. Guía práctica para evitar problemas de conducta y mejorar el desarrollo infantil*. Madrid: Pirámide.
- Choate, M. L., Pincus, D. B., Eyberg, S. M. y Barlow, D. H. (2005). Parent-child interaction therapy for treatment of separation anxiety disorder in young children: a pilot study.

- Cognitive and Behavioral Practice, 12, 126-135. doi: 10.1016/s1077-7229(05)80047-1
- Conners, C. K. (1997). Conner's Parent Rating Scale-Revised (L). Tonawanda, NY: Multi-Health Systems Inc.
- Connor, D. F. (2002). Aggression and antisocial behavior in children and adolescents: research and treatment. Nueva York, NY: Guilford.
- Cooley, M. E., Veldorale-Griffin, A., Petren, R. E. y Mullis, A. K. (2014). Parent-child interaction therapy: a meta-analysis of child behavior outcomes and parent stress. *Journal of Family Social Work*, 17(3), 191-208. doi: 10.1542/peds.2017-0352
- Díaz-Sibaja, M. A., Comeche, M.I. y Díaz, M. I. (2016). Escuela de padres. *Educación positiva para enseñar a tus hijos*. Madrid: Pirámide.
- Eyberg, S. M. (1988). Parent-child interaction therapy: integration of traditional and behavioral concerns. *Child & Family Behavior Therapy*, 10, 33-46. doi: 10.1300/j019v10n01\_04
- Eyberg, S. M., Funderburk, B. W., Hembree-Kigins, T. L., McNeil, C. B., Querido, J. G. y 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. doi: 10.1300/J019v23n04\_01
- Eyberg, S. M. y Ross, A. W. (1978). Assessment of child behavior problems: the validation of a new inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 7, 113-116. doi: 10.1080/15374417809532835
- Farkas, C. (2009). Escala de evaluación parental (EEP): desarrollo, propiedades psicométricas y aplicaciones. *Universitas Psychologica*, 7(2), 145-165.
- Fernández-Hermida, J. R. y Pérez-Álvarez, M. (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13(3), 337-344.
- Ferro, R. y Ascanio, L. (2014). Terapia de interacción padres-hijos. *Papeles del Psicólogo*, 35(3), 169-180.
- Ferro, R. y Ascanio, L. (2017). *Terapia de interacción padres-hijos: un tratamiento infantil basado en la evidencia*. Madrid: Síntesis.
- Ferro, R., Ascanio, L. y Valero, 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.
- Ferro, R., Rodríguez, M. y Ascanio, L. (2021). Una revisión sistemática de la efectividad y eficacia de la terapia de interacción padres-hijos. *Papeles del Psicólogo*. Publicación en línea adelantada. doi: 10.23923/pap.psicol2020.2943
- Ferro, R., Vives, C. y Ascanio, L. (2010). Aplicación de la terapia de interacción padres- hijos en un caso de trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(3), 205-214.
- Galanter, R., Self-Brown, S., Valente, J. R., Dorsey, S., Whitaker, D. J., Bertuglia-Haley, M. y Prieto, M. (2012). Effectiveness of parent-child interaction therapy delivered to at-risk families in the home setting. *Child & Family Behavior Therapy*, 34, 177-196. doi: 10.1080/07317107.2012.707079
- García-Tornel, S., Calzada, E. J., Eyberg, S. M., Mas, J. C. Vilamala, C., Baraza, C., Villena, H., González, M., Calvo, M. y Trinxant, A. (1998) Inventario Eyberg del comportamiento en niños. Normalización de la versión española y su utilidad para el pediatra extrahospitalario. *Anales Españoles de Pediatría*, 48(5), 475-482.
- Girard, E. I., Wallace, N. M., Kohlhoff, J. R., Morgan, S. S. J. y McNeil, C. B. (2019). *Parent-child interaction therapy with toddlers: improving attachment and emotion regulation*. Springer. doi: 10.1007/978-3-319-93251-4
- Graziano, P. A., Ros-Demarize, R. y Hare, M. M. (2020). Condensing parent training: a randomized trial comparing the efficacy of a briefer, more intensive version of parent-child interaction therapy (I-PCIT). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(7),

- 669-679. doi: 10.1037/ccp0000504
- Herschell, A. D., Calzada, E. J., Eyberg, S. M. y McNeil, C. B. (2002). Parent-child interaction therapy: new directions in research. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 9-16. doi: 10.1016/S1077-7229(02)80034-7
- Hood, K. y Eyberg, S. (2003). Outcomes of parent-child interaction therapy: mothers' reports of maintenance three to six years after treatment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 412-429. doi: 10.1207/s15374424jccp3203\_10
- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H. y Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Psychology*, 36, 567-589. doi: 10.1007/s10802-007-9201-9
- Larroy, C. (2010). *Mi hijo no me obedece: soluciones realistas para padres desorientados*. Madrid: Pirámide.
- Luby, J., Lenze, S. y Tillman, R. (2012). A novel early intervention for preschool depression: findings from a pilot randomized controlled trial. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(3), 313-322. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02483.x
- Martel, M. M. (2016). *Developmental pathways to disruptive, impulse-control and conduct disorders*. Londres: Academic Press. doi: 10.1016/B978-0-12-811323-3.00015-8.
- Matos, M., Bauermeister, J. J. y Bernal, G. (2009). Parent-child interaction therapy for Puerto Rican preschool children with ADHD and behavior problems: a pilot efficacy study. *Family Process*, 48(2), 232-252. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2009.01279.x>
- McNeil, C. B. y Hembree-Kigin, T. L. (2011). *Parent-child interaction therapy* (2<sup>a</sup> ed.). Nueva York, NY: Springer.
- McNeil, C. B., Capage, L. C., Bahl, A. y Blanc, H. (1999). Importance of early Intervention for disruptive behavior problems: comparison of treatment and waitlist- control groups. *Early Education & Development*, 10(4), 445-454. doi: 10.1207/s15566935eed1004\_2
- McNeil, C. B., Quetsch, L. B. y Anderson, C. M. (2019) *Handbook of parent-child interaction therapy for children on the autism spectrum*. Nueva York, NY: Springer.
- Niec, L. N. (2018). *Handbook of parent-child interaction therapy: innovations and applications for research and practice*. Cham: Springer. doi: 10.1007/978-3-319-97698-3
- Miltenberger, R. G. (2013). *Modificación de conducta. Principios y procedimientos*. Madrid: Pirámide.
- Morales-Chainé, S., Martínez-Ruiz, M. J., Martín del Campo, R. y Nieto-Gutiérrez, J. (2016). Las prácticas de crianza y la reducción de los problemas de conducta infantil. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 24(2), 341-357.
- Pade, H., Taude, D. O., Aalborg, A. E. y Reiser, P. J. (2006). An immediate and long-term study of a temperament and parent-child interaction therapy based community program for preschoolers with behavior problems. *Child & Family Behavior Therapy*, 28(3), 1-28. doi: 10.1300/J019v28n03\_01
- Pereyra, S. B., Bean, R. A., Yorgason, J. B., Lee, C. T., Sandberg, J. G. y Miller, R. B. (2019). Longitudinal study of externalizing behaviors in Latino adolescents: an examination of parenting and educational factors. *Children and Youth Services Review*, 107. doi: 10.1016/j.childyouth.2019.104513
- Sánchez-Meca, J., Méndez, X., Olivares, J., España, J. P., Inglés, C. J. y Rosa, A. I. (2002). Tratamiento psicológico en la infancia y adolescencia: una revisión de su eficacia desde el metanálisis. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 10(3), 451-479.
- Shinn, M. (2013). Parent-child interaction therapy with a deaf and hard of hearing family. *Clinical Case Studies*, 20(10), 1-17. doi: 10.1177/1534650113500065
- Steward, S. M. y Emslie, G. J. (2020). Extending parent-child interaction therapy to preschool children who are depressed. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(7), 803-804. doi: 10.1016/j.jaac.2020.01.010

- Thomas, R., Abell, B., Webb, H. J., Avdagic, E., Zimmer, M. J. (2017). Parent-child interaction therapy: a meta-analysis. *Pediatrics*, 140(3), e20170352. doi: 10.1542/peds.2017-0352
- Thomas, R. y Zimmer-Gembeck, M. J. (2011). Accumulating evidence for parent-child interaction therapy in the prevention of child maltreatment. *Child Development*, 82(1), 177-192. doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01548.x
- Turner, B. J., Hu, C., Villa, J. P. y Nock, M. K. (2018). Oppositional defiant disorder and conduct disorder. En K. M. Scott, P. De Jonge, D. J., Sten y R. C. Kessler (dirs.), *Mental disorders around the world: fact and figures from the WHP World Mental Health Surveys* (pp. 209-222). Cambridge: Cambridge University Press.
- Urquiza, A., Zebell, N., Timmer, S. y McGrath, J. (2013). *Course of treatment manual for PCIT-TC* [manuscrito no publicado]. Traducción adaptada de la California PCIT Spanish Coalition (2012-2013). <http://pcit.ucdavis.edu/forms/spanish-forms/>
- Wagner, S. M. y McNeil, C. B. (2008). Parent-child interaction therapy for ADHD: a conceptual overview and critical literature review. *Child & Family Behavior Therapy*, 30(3), 231-256. doi: 10.1080/07317100802275546
- Ward, A. W., Theule, J. y Cheung, K. (2016). *Parent-child interaction therapy for child disruptive behaviour disorders: a meta-analysis*. Nueva York, NY: Springer.
- Weisz, J. R. y Kazdin, A. E. (2010). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. Nueva York, NY: Guilford.

RECIBIDO: 12 de abril de 2020

ACEPTADO: 25 de agosto de 2020