

AMPLIANDO LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA A LA FAMILIA EN LA TERAPIA CONDUCTUAL INFANTIL

Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras¹
Universidad de São Paulo, Brasil

Maria Luiza Marinho
Universidad Estatal de Londrina, Brasil

Introducción

En las últimas décadas se han desarrollado y evaluado estrategias conductuales y cognitivoconductuales para el tratamiento de los problemas infantiles. En el enfoque conductual hay dos formas principales de intervención frente a los problemas infantiles, realizadas en un contexto no institucionalizado, y que se relacionan principalmente con quien es el objeto principal de la intervención: *psicoterapia conductual infantil* y *entrenamiento de padres*.

El objetivo de este artículo es presentar una breve exposición de los puntos clave de esas dos estrategias de intervención y las tendencias actuales en la área, las cuales parecen ampliar el centro de los modelos de entrenamiento de padres y de la terapia conductual infantil. El argumento principal de este artículo es que la elección de la estrategia de intervención en psicología clínica infantil debe provenir de un cuidadoso y amplio análisis funcional del caso.

Entrenamiento de padres: la habilidad paternal como centro

El Entrenamiento de padres (EP) constituye la estrategia para el tratamiento de la conducta infantil perturbadora más extensamente ampliada y evaluada en las últimas décadas. Ya en la primera revisión crítica de los estudios en EP, O'Dell (1974) concluyó que este enfoque ha aparecido como la intervención que más éxito ha tenido. Publicaciones posteriores (Dishion y Patterson, 1992; Eisenstadt, Eyberg,

¹ *Correspondencia:* Edwiges F.M. Silveiras, Dpto. de Psicología Clínica, Universidad de São Paulo, São Paulo-SP (Brasil).

McNeil, Funderburk y Newcomb, 1993; Serketich y Dumas, 1996; Webster-Stratton, 1989, 1991, 1994, entre otros) demostraron la eficacia de la intervención junto a padres de niños que presentaban comportamientos antisociales, agresividad y desobediencia.

Basándose en el modelo triádico de Tharp y Wetzel (1969), EP emplea un terapeuta que trabaja directamente con los padres (mediadores) para reducir la conducta problema del niño (objetivo). La suposición subyacente a este modelo es que algún tipo de déficit en las habilidades propias del papel de padres es, al menos parcialmente, responsable del desarrollo y/o mantenimiento de las conductas problema presentadas por el niño (McMahon, 1995; O'Dell, 1974; Williams y Matos, 1984). En función de lo expuesto, la intervención se centra en el aprendizaje, por parte de los padres, de determinadas habilidades consideradas importantes para la interacción con niños.

Según Kazdin (1988), este modelo de trabajo surgió debido a la confluencia de tres acontecimientos principales: a) el desarrollo de las técnicas de modificación de conducta, especialmente los procedimientos de refuerzo y de castigo basados en el condicionamiento operante; b) la tendencia a utilizar paraprofesionales (incluyendo a los padres) en la realización de servicios de salud mental, y c) la constatación de que emplear a los padres como terapeutas podía mejorar la eficacia de la intervención.

Es coherente, entonces, intervenir con los padres, cuando se cree que la conducta del niño —anormal o no— es el resultado de la intersección del organismo infantil con variables históricas y ambientales relativas al mismo (premisa primera del enfoque conductual) y es mantenido por las contingencias ambientales familiares (premisa segunda). Es más coherente todavía cuando se considera que son los padres quienes tienen condiciones de alterar las contingencias controladoras de esas conductas, porque disponen, casi siempre, de los reforzadores implicados (premisa tercera del enfoque) por estar la mayor parte del tiempo con los niños y ser sus responsables. Siendo que los terapeutas conductuales generalmente han aceptado las premisas anteriores, no resulta extraño que, al intentar auxiliar a un niño conductual o emocionalmente desadaptado, tales profesionales busquen la modificación de esas contingencias actuando directamente sobre la familia. Además, la utilización de los padres como mediadores de la intervención terapéutica de sus hijos es una forma de reducir las dificultades con la generalización; en otras palabras, es la estrategia que se considera más adecuada para conseguir el mantenimiento de resultados positivos derivados de la actuación psicológica y la extensión de estos resultados de un ambiente para otro. Así, con base en los resultados de numerosas investigaciones desarrolladas que indican la eficacia de esta estrategia, y por el hecho de encontrarse ésta en conformidad con los presupuestos de la psicología conductual, el EP continúa siendo una estrategia aplicada gran escala, aunque en algunos países con más frecuencia que en otros.

Retrospectiva histórica

La historia de la intervención conductual con padres está íntimamente vinculada a la propia historia de la modificación de la conducta. Durante las décadas de 1930

y 1940, estudios de teóricos del aprendizaje B particularmente Skinner B se centraron básicamente en investigaciones con animales en experimentos de aprendizaje básico. Los años cincuenta se caracterizaron por un cambio hacia la experimentación con humanos y el desarrollo de técnicas de terapia conductual. Algunos trabajos experimentales, incluían investigación de las relaciones paternofiliales. Los primeros años sesenta llevaron a la modificación de la conducta a una variedad de situaciones problema aplicadas, incluyendo el trabajo con padres y niños. Durante los años sesenta y primeros años setenta, la preocupación se centró en el desarrollo del modelo de intervención para el EP y en determinar si existía un enfoque viable para enfrentarse a una amplia variedad de problemas de conducta infantiles.

Durante los años setenta, la investigación con EP se amplió con demostraciones de la utilidad de este tipo de intervención para diversos problemas clínicos. Numerosos estudios individuales y revisiones de la literatura mostraron que los padres pueden ser entrenados para superar sus propios problemas con los niños usando técnicas conductuales (Graziano, citado en Sanders y Dadds, 1993; O'Dell, 1974; Wiese, 1992; Williams y Matos, 1984). Problemas conductuales tratados a través de este enfoque han incluido conductas opositoras, como desobediencia, temperamento explosivo y agresividad; problemas somáticos; enuresis y encopresis; hábitos nerviosos, tales como comerse las uñas y chuparse el dedo; problemas a la hora de dormir, a la hora de alimentarse y al ir a tiendas y restaurantes; problemas de aprendizaje académico; déficit de atención; miedo y fobia infantiles (Sanders y Dadds, 1993).

En esta época, con el aumento de las investigaciones y de las experiencias clínicas, y con la diseminación de la tecnología del entrenamiento de padres, algunas limitaciones de este enfoque quedaron evidentes. Se han discutido cuestiones referentes a la generalización y mantenimiento de los efectos del tratamiento y a la aceptabilidad social de tratamientos específicos (Sanders y Dadds, 1993).

Durante los años ochenta las bases clínica y empírica de la intervención conductual con padres continuaron expandiéndose con nuevas aplicaciones y nuevos desafíos surgidos de las dificultades encontradas, implicando a familias con problemas múltiples. A partir de esa época, diversas investigaciones han demostrado que características tales como las desventajas socioeconómicas, los conflictos entre los padres, los problemas conyugales, los padres con síntomas depresivos, el aislamiento de los padres, las madres solteras y la falta de apoyo social influyen sobre la participación de los padres en el tratamiento (propensión al abandono prematuro del tratamiento), sobre la magnitud del cambio terapéutico, sobre el mantenimiento del cambio a lo largo del tiempo. (Kazdin, 1991, 1994; Kazdin y Mazurick, 1994; Sanders y Dadds, 1993; Serketich y Dumas, 1996; Webster-Stratton, 1991) y sobre la satisfacción con el tratamiento (Furey y Basili, 1988). Así, según McMahon (1995), la estrategia del EP ha pasado por tres diferentes etapas de desarrollo: la primera, ocurrida durante los años sesenta y los primeros años setenta, cuya preocupación era el desarrollo de un modelo de intervención para el «entrenamiento de padres» y la búsqueda de un enfoque para enfrentarse a variados problemas de conducta infantiles; la segunda etapa, desde mediados de los años setenta hasta los primeros años ochenta, donde la preocupación central era la generalización de los efectos del tratamiento con los padres (generalización temporal, entre ambientes, entre conduc-

tas y entre hermanos); la tercera etapa se ha ido desarrollando con la preocupación de mejorar la eficacia del entrenamiento de padres (a corto plazo y generalización), con el fin de que se pueda emplear satisfactoriamente con clientelas distintas.

Perspectivas actuales

Según lo expuesto anteriormente, los programas de EP se han mostrado útiles en ayudar a tal clientela a manejar una variedad de problemas de conducta infantiles. Sin embargo, esos programas se han centrado principalmente en la reducción de conductas inapropiadas en niños y adolescentes.

Tiedemann y Johnston (1992) comentan que, contrastando con esa tendencia, se ha prestado poca atención a las habilidades paternas implicadas en la enseñanza y promoción de conductas adaptativas específicas en sus hijos, tales como asertividad, expresividad emocional y solución de problemas. Según dichos autores, esas habilidades sociales infantiles están correlacionadas de forma notable con las respuestas del adulto hacia el niño y con la aceptación social en la infancia y son importantes reveladores de la adaptación en la edad adulta.

En resumen, y con base en lo expuesto más arriba, actualmente se ha observado la necesidad de cambios en la tecnología del entrenamiento de padres para que sea eficaz con poblaciones específicas y promueva la generalización y el mantenimiento de las mejoras en la conducta de los padres. Existe también la necesidad de un cambio en el énfasis de la intervención dirigida al control de la conducta problema del niño para centrarnos en la facilitación de la conducta prosocial infantil, y la identificación de las habilidades de terapeutas eficientes (Sanders y Dadds, 1993; Weisz, Donenberg, Hann y Weiss, 1995).

Una consecuencia de este nuevo enfoque es que el modelo del EP se ha ampliado hasta lo que se conoce como terapia familiar conductual. Aunque este modelo se encuentra en sus años iniciales, es un intento de reconocer e incorporar al tratamiento las numerosas variables de los hijos y de los padres que se han considerado implicadas en el desarrollo y mantenimiento de los problemas de conducta, como el nivel de adaptación de los padres, la percepción de éstos sobre el niño, el temperamento infantil, entre otras (McMahon, 1995).

Psicoterapia conductual infantil: el niño como centro de atención

El trabajo en psicoterapia conductual infantil (PCI) es un modelo de intervención que ha sido muy poco evaluado dentro de los moldes de la metodología de investigación, con respecto a los resultados y a la aceptabilidad de las estrategias utilizadas; en especial, cuando se compara con la estrategia de entrenamiento de padres, la PCI cuenta con muchas menos publicaciones.

Las técnicas y estrategias son diversas, pero lo que se mantiene constante en este modelo de intervención es que tiene como centro terapéutico al niño, aunque muchas veces implique a los padres en el proceso. Esto significa que es el niño quien viene a la terapia.

Estas formas distintas de intervención sobre el niño con trastornos de conducta (EP o PCI) proviene, según Webster-Stratton (1991), de diferentes concepciones etiológicas dentro del modelo conductual. Según esta autora, el trabajo con padres de niños con trastornos de conducta, en general, parte del modelo evolutivo de los problemas infantiles de Patterson (1986; Patterson, De Baryshe y Ramsy, 1989). Como se ha señalado anteriormente, el trabajo parte del presupuesto de que los padres de esos niños son portadores de déficit en habilidades sociales indispensables para el control de sus hijos. Así, el entrenamiento de padres se lleva a cabo con el objetivo de enseñarles nuevas habilidades que mejoren la representación de su papel.

El terapeuta conductual, al tener al niño como centro de la terapia, parte del modelo de análisis de la conducta infantil según los excesos o déficits del repertorio social y/o intelectual. En general, adopta el uso directo de estrategias de intervención con el niño, objetivando su desarrollo en áreas específicas. Tales déficits o excesos de conducta hasta pueden ser vistos como consecuencia de la falta (intencional o no) de habilidades de los padres, pero la forma de superación de las dificultades no está centrada en la conducta de los padres, y sí, en la conducta infantil. La intervención se dirige principalmente al niño y la familia participa como apoyo a la acción desarrollada por el psicólogo. Esta parece ser la explicación racional del trabajo del entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum (1979) y de otros de sus seguidores, tales como Kendall y Braswell (1989), cuyos esfuerzos centrados en la obtención de autocontrol en niños han sido reconocidos por la literatura conductual. Sin entrar en detalles sobre la estrategia por ellos propuesta y desarrollada, es importante resaltar que en ésta el cliente, independientemente de su edad, tiene una participación en el proceso terapéutico durante toda la intervención. De acuerdo con esta estrategia, el niño es el centro primario de la atención del psicólogo y a través de la misma se buscan las modificaciones de las contingencias.

Retrospectiva histórica

Aunque el análisis etiológico y las formas de intervención sean, en general, distintas para la psicoterapia conductual infantil (PCI) y el entrenamiento de padres (EP), ambas estrategias tienen sus raíces en los mismos acontecimientos. La historia de la intervención conductual con niños se remonta también a las investigaciones llevadas a cabo en los años sesenta y primeros años setenta, donde los principios de aprendizaje se demostraban en ratas, palomas y niños. Estos estudios iniciales fueron principalmente demostraciones de la promesa relativa a que técnicas desarrolladas en laboratorio podrían ser aplicadas con éxito a trastornos en niños (por ejemplo, demostraciones del condicionamiento clásico implicando adquisición y eliminación de miedo respondiente). Como en esa época otras terapias para niños estaban basadas en teorías de psicopatología y tratamiento para adultos, la intervención conductual pareció ser, para muchos terapeutas, el primer tratamiento para trastornos infantiles factible, apoyado en investigaciones (Peterson, 1997). Según Peterson (1997), esa promesa inicial de los estudios conductuales con niños se basaban en el presupuesto de que muchas de, si no todas, las conductas problemáticas, habían

sido aprendidas y podrían ser reaprendidas con intervención apropiada. En esos primeros años hubo numerosas publicaciones demostrando que problemas infantiles comunes, como trastornos de la alimentación, chuparse el dedo o la desobediencia, podrían ser tratados con éxito por medio de intervenciones conductuales. Este tipo de intervención tuvo su utilización ampliada a partir de la demostración de que algunos de los casos más intratables y difíciles, como autismo y retraso mental grave, respondían bien al tratamiento conductual. Así, en los primeros años setenta, la modificación de la conducta y otras intervenciones conductuales tenían una base pequeña, pero sólida, dentro de la práctica clínica infantil. Sin embargo, al mismo tiempo que los estudios conductuales comenzaban a afianzarse sólidamente en el tratamiento infantil, se hacían críticas a la terapia conductual basadas tanto en fracasos (frecuentemente procedentes del uso incorrecto de la técnica) como en el éxito clamoroso. Se discutieron cuestiones éticas, sugiriendo que la PCI usaba potentes técnicas que podrían no estar de acuerdo con los intereses de los niños (p. ej., podrían producir niños dóciles, modificar temperamentos, etc.) (Peterson, 1997). Trabajos posteriores demostrando los efectos distintos de la recompensa y el castigo, la importancia del lenguaje y de la imitación, entre otros, hicieron con que los conductistas reconociesen que raramente se tiene el control completo sobre el ambiente del niño, como se había sugerido inicialmente, y que éste muestra una complejidad añadida cuando es sometido a estudios desarrollados en laboratorio.

Las intervenciones iniciales basadas principalmente en el condicionamiento clásico y operante demostraron funcionar bien para algunos problemas claramente definidos, como miedos y enuresis. Sin embargo, cuanto más complejo era el cuadro clínico presentado por el niño menos satisfactorias eran estas soluciones iniciales, habiendo, entonces, la necesidad de desarrollar de otras formas de intervención. Así, los intentos de aplicación de las técnicas conductuales a la intervención con niños y adolescentes han ido evolucionando, pasando de estrategias iniciales simplistas, pero muchas veces eficaces, hasta las más complejas y sofisticadas técnicas contemporáneas (Harris, 1986). La promesa inicial de una fácil y simple aplicación del aprendizaje de laboratorio a las cuestiones infantiles ha sido abandonada en muchos casos por la promesa de que el considerar el estatus del desarrollo, la mediación verbal de consecuencias y las cualidades del niño (tales como la propensión a la imitación), podría dar como resultado tratamientos más eficaces. Trabajos posteriores sobre problemas infantiles internalizadores y externalizadores sugieren que esta nueva promesa ha sido más adecuada para atender a las necesidades del niño en una variedad de problemas de conducta.

Perspectivas actuales

Actualmente, muchos de los investigadores en PCI son conscientes de las realidades clínica y teórica del área, y tratan de desarrollar intervenciones que respondan a las demandas infantiles dentro de un ambiente estresante y complejo. Además de estar preparada para actuar frente a los trastornos infantiles incluidos en los

sistemas de clasificación internacionales, la PCI ha intentado desarrollar actuaciones frente a situaciones como la muerte, el divorcio, la adopción, entre otros.

Aunque haya tipos de problemas infantiles y del adolescente que cuentan actualmente con tratamientos relativamente sofisticados (como, por ejemplo, la enuresis y las fobias), algunos autores han alegado falta de estudios rigurosos en el área. Según Kendall y Morris (1991), no hay respuestas para cuestiones referentes a los efectos de los programas terapéuticos, para quiénes son indicados (características infantiles, familiares y tipo de problemática), o bajo qué condiciones pueden presentar resultados satisfactorios. Es decir, no hay datos de la investigación que indiquen qué tratamiento es el más eficaz para ser aplicado en una determinada situación. Después de analizar las investigaciones llevadas a cabo en PCI, los autores arriba indicados comentan que las necesidades de desarrollo en el área son numerosas y citan algunos intereses que deberían sortear las perspectivas actuales:

1. Desarrollo y evaluación de programas de intervención para trastornos específicos centrados en el niño y la familia.
2. Evaluación comparativa de los programas de tratamientos desarrollados. Hasta la fecha, dos comparaciones merecen especial atención: terapia psicológica *versus* farmacológica y terapia infantil *versus* terapia familiar.
3. Evaluación de los resultados diferenciales asociados a la comorbilidad.
4. Evaluación de los efectos de la interacción terapeuta-cliente que influyen significativamente en los resultados del tratamiento de niños y adolescentes. Se incluyen aquí investigaciones referentes a cuestiones tales como diversidad cultural y étnica (Kendall y Morris, 1991).

Así, aunque el EP y la PCI han coexistido en las últimas décadas como formas distintas de analizar y abordar las mismas problemáticas dentro del modelo conductual, la primera ha recibido muchos más estudios empíricos que la segunda. Sin embargo, a pesar de eso, no se puede decir que la PCI sea menos utilizada que el EP.

Ampliación del análisis y la intervención

Terapia familiar y terapia conductual para jóvenes con problemas conductuales son las dos formas más comunes de tratamiento para problemas infantiles y de adolescentes (Kendall y Morris, 1991). Este hecho se debe probablemente a que el enfoque conductual (o cognitivo-conductual) ha tenido el soporte de evaluaciones empíricas de su eficacia. Sin embargo, hay pocos estudios con grupo control evaluados para determinar qué forma específica de tratamiento es mejor para cada tipo específico de trastorno infantil y adolescente.

Segundo Kendall y Morris (1991), la decisión sobre la estrategia de tratamiento más indicada y qué personas deben participar del tratamiento (solamente el niño, solamente los padres, toda la familia, profesores, etc.), puede ser tomada solamente con base en una minuciosa evaluación inicial. Ésta por lo tanto se hace extremadamente relevante en el momento en que los datos de la investigación demuestran que no son todas las familias las que consiguen beneficiarse del enfoque

más ampliamente aplicado en muchos países, el entrenamiento conductual de padres. Aunque la implicación de los padres en la terapia de los hijos sea una estrategia que se ha arraigado a lo largo de las últimas décadas, la forma y los objetivos de la participación de los padres han ido diversificándose más allá de lo que ocurre en el EP y la PCI tradicionales. Si de un lado la lógica de esos modelos de intervención es incuestionable, del otro, la experiencia clínica y los datos empíricos han señalado dificultades inesperadas.

Los autores consideran que si el problema central es algo del tipo de déficit de habilidades o percepción equivocada de situaciones por parte del niño, el tratamiento apropiado podría ser el orientado hacia el niño. Ya en los casos en que la desadaptación infantil es principalmente producto de un ambiente seriamente perturbado, la intervención debería estar centrada en el sistema familiar (p. ej., el patrón de interacción). La decisión al respecto de quién participa en la terapia (y, en consecuencia, de la estrategia de tratamiento a ser utilizada) debe ser, entonces, tomada como parte del plan de tratamiento (Kendall y Morris, 1991).

En esa misma línea de preocupación, Blechman (1981) elaboró un algoritmo para verificar qué tipo de intervención puede ser más adecuada para el problema y las condiciones presentadas por el caso. Además del entrenamiento de padres en el manejo de contingencias, del contrato de contingencias y del entrenamiento de padres en la solución de problemas, todos basados principalmente en principios operantes, la autora incluye tres tipos de intervención que pueden llenar posibles lagunas en algunas circunstancias:

1. Entrenamiento en autosuficiencia, destinado a familiares con problemas básicos de subsistencia además de problemas de conducta de los hijos;
2. Entrenamiento en autocontrol paternal, dirigido a padres de niños agresivos y que exhiben, ellos mismos, altos niveles de agresividad;
2. Entrenamiento en solución de problemas conyugales, dirigido a las parejas que tienen problemas con el comportamiento de sus hijos, pero se muestran poco preparados para cooperar los unos con los otros en la corrección de los problemas de los niños en virtud de sus propios problemas conyugales.

Otro dato relevante, que sirve de respaldo a las reformulaciones recientes, es que hay investigaciones que han demostrado que hay una parte de padres que perciben a sus hijos como desadaptados en función de su propia desadaptación (Griest *et al.* en Wells, 1981) y que muchos padres tienen dificultades en cooperar con la terapia individual de su niño, o presentan dificultades en aplicar los procedimientos enseñados en el EP. Además, cuando se propone que la familia esté implicada con el trabajo de intervención terapéutica del niño, muchas veces se ignora que el problema infantil en sí puede ser extremadamente reforzador para todos los elementos de la familia. Consecuentemente, solamente el EP puede no ser suficiente para ayudar al niño a superar sus dificultades (Harris, 1986). Este último punto nos remonta a una de las premisas del enfoque conductual, muchas veces olvidada, según la cual se cree que el niño con problemas psicológicos está intentando resolver un problema en el medio donde está inmerso, y no crear allí problema. Esta premisa, aunque considerada muy pertinente, se recuerda en el área menos a menudo de lo que se podría desear. La veracidad de tales ideas puede ser reconocida

en la apreciación de Franks (1984) sobre la demora de «un cuarto de siglo» para la aceptación más corriente de la noción del modelo de solución de problema, propuesta por Senn, en 1959 (según Franks, 1984) y que proporcionó la base para que Herbert afirmara sabiamente que «el niño problema está invariablemente intentando solucionar un problema, y no crear uno. Sus métodos son toscos y su concepción del problema puede ser incompleta, pero hasta que el médico haya buscado y descubierto pacientemente y de forma empática lo que el niño está intentando hacer... no estará en condiciones de ofrecerle ayuda» (Herbert, 1981, p. 5, citado en Franks, 1984).

Así, con base en los argumentos señalados más arriba, además de algunos otros, actualmente se están teniendo en cuenta las características de los padres y familiares para elegir qué intervención debe ser adoptada para abordar el comportamiento problema presentado por el niño.

Ejemplos de estrategias conciliadoras

Algunos autores han presentado en la literatura reciente formas de intervención sobre la clientela infantil que parecen constituir un paso adelante de la terapia conductual infantil y del entrenamiento de padres. En esta estrategia, tanto las conductas infantiles como la de los padres son el centro de la intervención. Inclusive, se está produciendo una mayor frecuencia de estudios que evalúan la eficacia de estrategias distintas de intervención frente a la misma problemática. Según Dadds, Schwartz y Sanders (1987), «el tratamiento que tiene como uno de sus objetivos la disfunción familiar y de los padres, además de la conducta desviada de los hijos, puede mejorar los efectos del tratamiento de los niños». En esta línea de trabajo, Webster-Stratton y Hammond (1997) compararon tres estrategias de intervención: EP, PCI y EP + PCI. Aunque está fuera de los objetivos de este artículo describir detalladamente los tratamientos utilizados, es importante comentar que las autoras relataron una relativa superioridad del tratamiento combinado (EP + PCI) en comparación con el EP y la PCI solos. Investigaciones en esa línea son relevantes para la toma de decisiones en la práctica clínica cuando se tiene acceso a las características de la población implicada, lo que incluye no solamente el cuadro de quejas, sino también las variables del contexto.

Otra forma de tratamiento que incluye la participación de padres y niños es presentada por Kazdin (1994, 1995). El entrenamiento cognitivo en habilidades para la solución de problemas (para niños entre siete y trece años) y el entrenamiento de padres (ambos presentados por el autor), cuentan no sólo con el centro de atención en ambos lados de la díada, sino también con la participación de uno en el entrenamiento del otro (el niño participando en algunas sesiones del entrenamiento de padres y los padres asistiendo a determinadas sesiones de tratamiento cognitivo de los hijos y trabajando con el niño en las sesiones de tratamiento y en casa).

Como estamos resaltando, el conocimiento de las variables del individuo y del ambiente de los sujetos tratados en la situación de investigación puede ser de relevancia para el clínico en el momento de la elección de la forma más indicada para

un caso específico. En la intervención llevada a cabo, Kazdin (1994, 1995) observó que la adversidad familiar, la desventaja socioeconómica y el estrés familiar influían en el abandono prematuro del tratamiento, y sugiere que estos aspectos sean objeto de intervención junto a los padres, para potenciar los resultados del tratamiento.

Aunque son necesarias todavía muchas investigaciones con el fin de indicar qué tratamientos para qué problemas infantiles son más eficaces en determinadas situaciones, ha ido quedando cada vez más claro que la decisión, en última instancia, debe estar basada en un cuidadoso y amplio análisis funcional del caso, identificando tanto el problema en cuestión como la «Acuota» de participación de las numerosas variables (lo que incluye analizar a todas las personas implicadas y a las condiciones de vida). Así se puede garantizar la adopción de un plan de intervención más adecuado a las características específicas de la situación.

Referencias

- Blechman, E.A. (1981). Toward comprehensive behavioral family intervention: An algorithm for matching families and interventions. *Behavior Modification*, 5, 221-236.
- Dadds, M.R., Schwarts, S. y Sanders, M.R. (1987). Marital discord and treatment outcome in behavioral treatment of child conduct disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 396-403.
- Dishion, T.J. y Patterson, G.R. (1992). Age effects in parent training outcome. *Behavior Therapy*, 23, 719-729.
- Eisenstadt, T.H., Eyberg, S., Mcneil, C.B., Funderburk, B. y Newcomb, K. (1993). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: relative effectiveness of two stages and overall treatment outcome. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 42-51.
- Franks, C.M. (1984). Behavior therapy with children and adolescents. En G.T. Wilson, C.M. Franks, K.D. Brownell y P.C. Kendall (dirs.), *Annual Review of Behavior Therapy*, vol. 9 (pp. 259-308). Nueva York: Plenum.
- Furey, W.M. y Basili, L.A. (1988). Predicting consumer satisfaction in parent training for noncompliant children. *Behavior Therapy*, 19, 555-564.
- Harris, S.L. (1986). Behavior therapy with children. En M. Hersen, A.E. Kazdin y A.S. Bellack (dirs.), *The clinical psychology handbook* (pp. 525-541). Nueva York: Pergamon.
- Kazdin, A.E. (1995). Terapia de habilidades en solución de problemas para niños con trastornos de conducta. *Psicología Conductual*, 3, 231-250.
- Kazdin, A.E. (1994). Adversidad familiar, desventajas socioeconómicas y estrés en los padres: variables contextuales relacionadas con la terminación prematura de la terapia conductual infantil. *Psicología Conductual*, 2, 5-21.
- Kazdin, A.E. (1988). *Tratamiento de la conducta antisocial en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Kazdin, A.E. (1991). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 785-798.
- Kazdin, A.E. y Mazurick, J.L. (1994). Dropping out of child psychotherapy: distinguishing early and late dropouts over the course of treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1069-1074.
- Kendall, L. y Braswell, P. (1989). Treating impulsive children throughout behavioral cognitive strategies. En N. Jacobson (dir.), *Psychotherapists in clinical practice*. Nueva York: Guilford.

- Kendall, P.C. y Morris, R.J. (1991). Child therapy: issues and recommendations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 777-784.
- McMahon, R.J. (1995). Entrenamiento de padres. En V. E. Caballo (dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 445-71). Madrid: Siglo XXI.
- Meichenbaum, D. (1979). *Cognitive-behavior modification: an integrative approach*. Nueva York: Plenum.
- O'Dell, S. (1974). Training parents in behavior modification: a review. *Psychological Bulletin*, 81, 418-433.
- Patterson, G.R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist*, 41, 432-444.
- Patterson, G.R., De Baryshe, B.D. y Ramsy, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44, 329-335.
- Peterson, K.G. (1997). Science and treatment development: lessons from the history of Behavior Therapy. *Behavior Therapy*, 28, 547-558.
- Sanders, M.R. y Dadds, M.R. (1993). *Behavioral family intervention*. Boston: Allyn and Bacon.
- Serketich, W.J. y Dumas, J.E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: a meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 171-186.
- Tharp, R.G. y Wetzel, R.J. (1969). *Behavior modification in the natural environment*. Nueva York: Academic.
- Tiedemann, G.L. y Johnston, C. (1992). Evaluation of a parent training program to promote sharing between young siblings. *Behavior Therapy*, 23, 299-318.
- Webster-Stratton, C. (1989). Systematic comparison of consumer satisfaction of three cost-effective training programs for conduct problem children. *Behavior Therapy*, 20, 103-115.
- Webster-Stratton, C. (1991). Annotation: strategies for helping families with conduct disordered children. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 32, 1047-1062.
- Webster-Stratton, C. (1994). Advancing videotape parent training: a comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 583-593.
- Webster-Stratton, C. y Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: a comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 93-109.
- Weisz, J.R., Donenberg, G.R., Hann, S.S. y Weiss, B. (1995). Bridging the gap between laboratory and clinic in child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 688-701.
- Wells, K. (1981). Assessment of children in outpatient settings. En M.H. Hersen y A.S. Bellack (dirs.), *Behavioral assessment-a practical handbook* (pp. 484-501). Nueva York: Pergamon.
- Wiese, M.R.R. (1992). A critical review of parent training research. *Psychology in the Schools*, 29, 229-236.
- Williams, L.C.A. y Matos, M.A. (1984). Pais como agentes de mudança comportamental dos filhos: uma revisão da área. *Psicologia*, 10, 5-25.