

# Novedades en el Tratamiento Conductual de Niños y Adolescentes

## Development of Behavior Therapy with Children and Adolescents

Rafael Ferro García      Carmen Vives Montero      Lourdes Ascanio Velasco  
C. de Psicología Clínica CEDI. Granada      Universidad de Granada      C. de Psicología Clínica CEDI. Granada

**Resumen.** Este trabajo expone cinco nuevas formas de tratamiento conductual en niños, adolescentes y sus padres. Se describe la Terapia de Interacción Padres-hijos como una terapia nueva dedicada al manejo de conductas. Además, se describen las aplicaciones en este ámbito de la Psicoterapia Analítica Funcional y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) que forman parte de la tercera generación de Terapia de Conducta. También se analizan dos terapias que han recibido una influencia clara de esta nueva ola de terapia, la Terapia Familiar Integrativa y la Terapia de Desactivación Modal. Finalmente, se concluye y analiza lo que aportan cada una.

*Palabras clave:* infancia, adolescencia, terapia de interacción padres-hijos, psicoterapia analítica funcional, terapia de aceptación y compromiso (ACT), terapia familiar integrativa, terapia de desactivación modal.

**Abstract.** This paper outlines five new types of behavior therapy with children, adolescents and their parents. The Parent-Child Interaction Therapy is described as a new therapy for behavior management. Then, Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) are described as third generation applications of behavior therapy. Two additional therapies that have been influenced by this new wave of therapy are also discussed –the Integrative Family Therapy and the Mode Deactivation Therapy. As a conclusion, contributions of all these therapies are summarized.

*Key words:* children and adolescents, parent-child interaction therapy, functional analytic psychotherapy, acceptance and commitment therapy (ACT), integrative family therapy, mode deactivation therapy.

### Introducción

La intervención en la infancia y en la adolescencia desde la Terapia de Conducta ha ido siempre dirigida al trabajo directo con la familia y al manejo de contingencias. Se ha dejado al margen el trabajo con nuevos objetivos terapéuticos como la aceptación y los valores.

Los valores culturales han cambiado en las últimas generaciones y han fomentado una falta de sistematicidad y consistencia en las normas que existen en una familia. Este caldo de cultivo ha hecho que se incrementen las conductas problema, empezando por las clasificaciones como el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), pasando por el temido Trastorno Negativista Desafiante (TND) y llegando al Trastorno Disocial (TD). Los conflictos familiares entre los padres entre sí y con sus hijos, están incrementándose en los últimos tiempos. La mayoría de los padres que vienen a con-

---

La correspondencia sobre este artículo dirigirla al primer autor al Centro de Psicología Clínica CEDI, Avda. Constitución, 25-7º Izda. - 18014 Granada-España. e-mail: [rferro@cop.es](mailto:rferro@cop.es). <http://www.cop.es/colegiados/GR00777>

sulta mantienen estar confusos en cuanto qué hacer con sus hijos y reconocen ser asistemáticos e inconsistentes.

Hay que tener en cuenta que en el desarrollo evolutivo, la adolescencia es un periodo difícil, en el que se hace una transición de niño a adulto, con unos cambios físicos, sexuales, sociales y psicológicos. Estos cambios afectan a las relaciones con la familia y especialmente con los padres. Parece lógico que en la adolescencia los “conflictos generacionales” se van a producir de manera inevitable, ya que el adolescente debe intentar ser uno mismo, con valores como: autonomía, independencia, etc. que van en contra de los valores de protección, cuidado, y respeto de los padres.

Los niños y adolescentes con TDAH y/o TND durante los últimos tiempos han recibido tratamientos basados en las técnicas de resolución de problemas, entrenamiento en comunicación y manejo de conductas. El más usado ha sido el propuesto por Barkley (2002) y Barkley y Benton (2000). En la revisión realizada por Greco y Eifert (2004), indican que la eficacia de estos trabajos ha sido probada en muchos estudios frente a condiciones de control experimental y con otros tratamientos con adolescentes con TDAH. Sin embargo, otros estudios del propio equipo de Barkley con adolescentes que presentaban comorbilidad TND/TDAH, han demostrado resultados más pobres en cuanto a la eficacia de estas intervenciones. Estos trabajos sugieren que estos paquetes de intervención nomotética parecen ser inadecuados en familias en conflicto y en especial con adolescentes TND y TDAH y es necesaria una intervención idiográfica adaptada a cada nivel familiar del conflicto (Greco y Eifert, 2004).

En las últimas décadas se ha producido el fenómeno llamado la Terapia de Conducta de tercera generación (Hayes, 2004; O’Donohue, 1998; Pérez Álvarez, 2006). Este fenómeno se caracteriza por: el trabajo entre la aceptación y el cambio y también, por lo que Pérez Álvarez (1998, 2006) denomina, el replanteamiento contextual de la psicología clínica en el ámbito de la psicopatología, la evaluación y el tratamiento. Dentro de esta generación estarían: la *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)* (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Hayes y Strosahl, 2004; Wilson y Luciano, 2002), la *Psicoterapia*

*Analítica Funcional (FAP)* (Kohlenberg y Tsai, 1991), la *Terapia Dialéctica Conductual (DBT)* (Linehan, 1993), la *Terapia de Pareja Integrativa (ICT)* (Jacobson y Christensen, 1996) y la *Activación Conductual* (Martel, Addis y Jacobson, 2001; Pérez Álvarez, 2007).

Este trabajo presenta algunas novedades terapéuticas en el ámbito infantil y juvenil y la influencia que han tenido las terapias de tercera generación en estas. Muchas de ellas tienen en cuenta la aceptación y el trabajo con los valores tanto con los padres como con los jóvenes. Esto es una novedad dentro de la terapia de conducta y sobre todo en esta población. Hasta ahora en terapia de conducta infantil y juvenil no se ha planteado la aceptación como objetivo terapéutico. Tampoco se ha hecho de forma explícita un análisis e intervención en los valores de los jóvenes y sus padres. Es decir, la aceptación de las condiciones de la vida que no se pueden cambiar y el compromiso hacia el cambio de lo que se elige en la vida, y esta elección depende de los valores de cada persona (Ferro, 1998). En esta argumentación hay un cambio en la visión de la salud y de la psicopatología, donde el sufrimiento de los inconvenientes de la vida se ven con naturalidad y su afrontación como su solución. En el sentido expuesto por Pérez Álvarez y Fernández Hermida (2008) de que un problema psicológico no es más que un esfuerzo contraproducente. Y que surge cuando el sufrimiento proviene de la solución propuesta del individuo y que le impide seguir sus direcciones valiosas en su vida, sufriendo aun más. Hay que aclarar la diferencia existente entre los valores y los objetivos terapéuticos, ya que estos últimos no son otra cosa que la clarificación de los valores, algo crucial en terapia. Metafóricamente hablando los valores serían la brújula de nuestro viaje mientras que los objetivos son los sitios hacia donde nos dirigimos.

### **Novedades terapéuticas basadas en el manejo de contingencias y/o el entrenamiento de padres**

#### ***Terapia de Interacción Padres-Hijos***

La Terapia de Interacción Padres-Hijos (*Parent-Child Interaction Therapy, PCIT*) es una terapia

breve para tratar problemas de la infancia. Surge a final de los años 80 (Eyberg, 1988). Tiene publicado un manual (Hembree-Kigin y McNeil, 1995) y otro de escalas de evaluación y material para el trabajo (Eyberg, 1999). Pretende integrar los métodos operantes con la terapia de juego tradicional desde una perspectiva de la psicología del desarrollo. Parte de que el juego es el principal medio a través del cual el niño desarrolla habilidades de resolución de problemas. Los autores mantienen que es necesario intervenir desde esa perspectiva de desarrollo, ya que muchos de los problemas de la interacción padre-hijo están relacionados con objetivos de autonomía y expectativas de desarrollo inapropiadas de los propios padres. Se parte de que muchos de los problemas que presentan los niños se establecen a través de sus interacciones tempranas con sus padres. Por lo tanto, la idea es que de la misma manera que esa influencia negativa se establece a través de su propia interacción, ésta es la manera más potente de influir de forma positiva.

Se trabaja directamente con las interacciones padre-hijo a través del juego, y marcan dos fases claras. En la primera fase, el tratamiento se centra en enseñar a los padres a usar la atención selectiva. Las conductas pro-sociales se incrementan de forma sistemática con la atención de los padres mientras que las conductas indeseables son decrementadas, ignorándolas. Esta primera fase se denomina: “*Interacción Directa Infantil*” o “terapia de juego conductual”. El principal objetivo es establecer una relación amorosa y cariñosa entre el padre y el hijo. Los padres son ayudados a reconocer las cualidades positivas del niño y a estimular el desarrollo de su hijo. La segunda fase es llamada: “*Interacción Dirigida hacia los Padres*”, y está dirigida a estrategias de disciplina. Los padres son enseñados a como dirigirse a sus hijos pequeños y cómo dar consecuencias consistentes a sus conductas. El orden de las fases se puede alterar dependiendo de la evaluación según el problema.

El tratamiento se aplica entre 8 y 12 sesiones, con sesiones extras si son necesarias, y un seguimiento a 1, 3, 6 y 12 meses, dividido en 7 pasos. Paso 1: Evaluación pre-tratamiento del funcionamiento y feedback de la familia y el niño (1 ó 2 sesiones). Paso 2: Enseñar habilidades de terapia de juego con-

ductual (1 sesión). Paso 3: Entrenar habilidades de terapia de juego conductual (de 2 a 4 sesiones). Paso 4: Enseñar técnicas de disciplina (1 sesión). Paso 5: Entrenamiento de técnicas de disciplina (4 a 6 sesiones). Paso 6: Evaluación post-tratamiento del funcionamiento y feedback de la familia y el niño (1 ó 2 sesiones). Paso 7: Sesiones extraordinarias si son necesarias y seguimiento.

En el manual (Hembree-Kigin y McNeil, 1995) se propone como una terapia útil para una serie de problemas: desobediencia, agresiones verbales, crueldad con los animales, agresiones físicas, mentiras, problemas de conducta en clase, niños con tendencias incendiarias, hiperactividad, conductas destructivas, familias de hijos de relaciones anteriores, robos, conductas auto-lesivas, quejas y llantos, secuelas de abuso, baja autoestima, mal humor, perfeccionismo, retraso en el desarrollo, ansiedad generalizada, aceptación de separaciones, y ansiedad por separación.

Hay algunos factores que influyen en la efectividad de la PCIT (Hembree-Kigin y McNeil, 1995). Entre los que incrementan la efectividad a nivel infantil son: una edad del niño comprendida entre 2 y 7 años y que tenga buen lenguaje comprensivo. Entre los factores de los padres, que tengan una fuerte motivación y un CI promedio o alto. En cuanto a los factores familiares que incrementan la efectividad están: un buen acuerdo y apoyo familiar. Por otro lado, los factores infantiles que decrementan su efectividad, serían una edad inferior a 2 años o superior a 7 y un trastorno de desarrollo grave. En cuanto a los factores de los padres están: el abuso de sustancias, que muestren psicopatologías severas, retraso mental, y baja motivación. Los factores familiares que decrementan la efectividad son: caos y desacuerdos familiares graves.

En cuanto a su efectividad (Hembree-Kigin y McNeil, 1999; Herschell, Calzada, Eyberg, y McNeil, 2002), las investigaciones realizadas han demostrado mejoras clínicas y estadísticamente significativas con niños que presentaban conductas problemáticas y no colaboradores, así como la generalización de los resultados en la casa. También se describen mejores resultados en cuanto a eficacia, comparándola con un entrenamiento didáctico en grupo a los padres, y con un mantenimiento de los resulta-

dos en un seguimiento de 1 y 2 años. Estos trabajos de investigación en grupo han demostrado la generalización en conductas positivas en casa y en el colegio en niños que presentaban conductas problemáticas en ambos contextos.

En cuanto a la eficacia (Herschell y cols. 2002), los estudios han documentado la superioridad de PCIT frente a listas de espera y al grupo de entrenamiento a padres estándar. En un ensayo aleatorizado realizado recientemente (Bagner y Eyberg, en prensa), se ha examinado la eficacia de PCIT frente a listas de espera en niños pequeños con retraso mental y TND. Los resultados indican que esta terapia consigue que los padres interactúen con sus hijos más positivamente, y los niños son más dóciles después del tratamiento, decrementando sus conductas problemáticas.

### ***Aplicación de las Terapias de 3ª generación y su influencia en otras nuevas***

La aplicación de las terapias de 3ª generación en la población infantil por ahora ha sido discreta, fundamentalmente ACT y FAP. En el caso de FAP su influencia ha sido clara aunque su aplicación en estas poblaciones es todavía escasa. En el caso de ACT hay más literatura. Además, se describirán nuevas formas de terapias que se han visto influidas por las terapias de conducta de tercera generación e incluso, combinaciones de varias de ellas.

### ***Psicoterapia Analítica Funcional (FAP)***

La aplicación de FAP en el ámbito infantil y juvenil no tiene que ser diferente a su aplicación en la población adulta, teniendo en cuenta que esta terapia se estructura a partir de lo que ocurre en la sesión terapéutica. De un lado la conducta del cliente, lo que se denominan Conductas Relevantes Clínicamente, y por otro, las conductas del terapeuta siguiendo cinco reglas (Kohlenberg y Tsai, 1991; Ferro y Valero, 1998). Puesto que los objetivos que se van a seleccionar dependen de lo que el cliente muestre en sesión debe ser independiente de la edad del mismo. La diferencia fundamental radica en que

el trabajo con esta población se realiza a través de la intervención en grupo y directa de las relaciones entre padres e hijos y en el surgimiento de estas conductas relevantes y su solución. Además, FAP es una terapia en sí misma y también puede ser combinada con cualquier terapia mejorando sus resultados (Ferro, Valero y López, 2007).

Hasta ahora se ha publicado una aplicación exitosa en el caso de un niño agresivo desafiante (Gosch y Vandenberghe, 2004). También se ha publicado un trabajo con dos estudios de caso de niños opositivistas desafiantes (Vandenberghe y Basso, 2004). Por un lado, se trató a una niña de 3 años con llantos intensos y frecuentes, y conductas desafiantes y agresivas, con un “*Entrenamiento en Comunicación Funcional*” y técnicas de FAP. Por otro lado, se describe el caso de un niño de 6 años que no aceptaba la muerte del padre, y con conductas problema equivalentes al caso anterior: desobediencia, se encerraba en su cuarto para obtener algo o escapar de alguna demanda, rechazaba los saludos, gritaba, etc. Se trató a través del juego con una intervención basada en técnicas de FAP. Los resultados en ambos casos fueron positivos.

### ***Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)***

Las publicaciones de la aplicación de ACT en población infantil y adolescente son escasas pero están incrementándose. Se ha publicado un artículo de revisión en esta población (Murrell y Scherbarth, 2006). Además, en el último manual de la terapia (Hayes y Strosahl, 2004) aparece un capítulo específico con adaptaciones de la terapia y recomendaciones para la aplicación a niños, adolescentes y a sus padres. Recientemente se ha publicado un manual sobre la aplicación de la aceptación y el mindfulness en esta población (Greco y Hayes, 2008), donde hay varios capítulos dedicados a ACT (Greco, Barnett, Blomquist y Gevers, 2008; Twohig, Hayes y Berlin, 2008; Robinson, 2008; Wicksell, Lindgren y Greco, 2008). Como afirman Hayes y Greco (2008) y Murrell, Coyne y Wilson (2004), se acaba de empezar a trabajar, aunque ya hay resultados que prometen ser esperanzadores.

Hasta la fecha la ACT ha demostrado su efectivi-

dad y su eficacia en adultos en numerosas ocasiones (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma y Fernando, 2004; Murrell y Scherbarth, 2006). A continuación, se describirán las propuestas de los investigadores que están aplicando y adaptando esta terapia en estas poblaciones y una revisión de los trabajos publicados.

Murrell, Coyne y Wilson (2004), han propuesto una forma de conceptualizar los casos, algunas diferencias con la aplicación en adultos y las adaptaciones que han realizado. Como en cualquier población, se comienza siempre con un análisis funcional del caso, viendo los factores claves que mantienen la evitación experiencial y todas las conductas que hacen que se desvíen de lo que ellos valoran en la vida. La conceptualización del caso ACT con niños y/o jóvenes debe focalizarse en las siguientes áreas:

1. La forma, frecuencia e intensidad de la conducta problema.
2. Los disparadores situacionales de esas conductas tanto internos como externos.
3. Los patrones de conducta problemáticos que ayudan al niño a evitar los pensamientos, sentimientos, recuerdos, sensaciones y eventos dolorosos.
4. Las estrategias de control/evitación experiencial específicas usadas para manejar los contenidos psicológicos dolorosos.
5. Los reforzadores a corto plazo (p.ej.: sentir menos ansiedad, sentirse más aceptado) que mantienen esas estrategias de control ineficaces.
6. Evaluar las direcciones valoradas del cliente en las distintas áreas: escuela, recreo, amistad, familia, etc.
7. Evaluar el alcance de las conductas problemáticas que interfieren con las metas que el cliente desea en la vida.

La diferencia fundamental a la hora de trabajar con población infantil es que hay que contar con información de los padres. Pueden aparecer incoherencias a la hora de dar esta información y sería necesario hacer también un análisis funcional del problema en la familia.

Además, como el trabajo en ACT está basado en la exposición de eventos privados no deseados se

propone usar con los padres y con los niños y adolescentes un contrato conductual. A ningún padre le gusta ver sufrir a sus hijos y por tanto, es necesaria una explicación de las razones de este tipo de intervención. De hecho se propone un ejercicio adaptado de la terapia para esto que han denominado: “*Ejercicio que es lo saludable para ti*”. Con éste se pretende demostrar a niños y jóvenes lo duro y necesario que es el trabajo terapéutico para conseguir algo saludable en la vida. También se propone la “*Metáfora del vaso lleno de barro*” para ilustrar el proceso doloroso de la terapia. Se recomienda, como en los otros manuales (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002), que el terapeuta no sea directivo en la terapia, ya que esto suele producir abandonos.

Murrell, Coyne y Wilson (2004) proponen para este tipo de población que el tratamiento se centre en estos componentes de ACT: (1) valorar, (2) promover la aceptación, (3) defusión cognitiva y (4) estar dispuesto/abierto a lo que se teme y la construcción de patrones de acción comprometida. Reconocen que hasta ahora no hay datos que indiquen el orden o la duración de los componentes, y proponen que sea en función del paciente cómo se dirija la dirección y la forma de la terapia. La diferencia fundamental con la aplicación en adultos, es que se usan menos los componentes de “contactar con el momento presente” y “el yo como contexto”, ya que hay niños que no están preparados por su desarrollo a estos conceptos abstractos. Para cada componente se proponen ejercicios experienciales y metáforas adaptadas a cada problemática y edad. Algunas de estas aplicaciones son muy naturales, por ejemplo, aplicada en grupos se ha creado un juego de mesa para ver hacia dónde quieren dirigirse y las barreras que encuentran. También se propone dibujar un cómic con el personaje de su propia mente hablándoles a ellos mismos como adaptación del “*Ejercicio de saca tu mente a pasear*”. Se enfatiza la importancia de trabajar desde el principio con los valores de los niños y los jóvenes, ya que éstos les permiten enfrentarse a lo que temen. El acto de valorar es difícil y abstracto, incluso para los adultos, pero es crucial en el tratamiento. Para ayudar al niño a comprender la valoración, proponen usar el “*concepto de vitalidad*” como ejercicio a través de un

juego metafórico en el que se le pide que describa sus valores “vitales”. Recientemente, se ha adaptado el cuestionario de evaluación de valores *Valued Living Questionnaire (VLQ)* a esta población y a sus padres (Greco, 2002).

A lo largo de éste capítulo se describen ejemplos de distintas problemáticas en este tipo de población, como: ansiedad y fobia social, ansiedad generalizada, niños y jóvenes con secuelas de maltrato y abandono, víctimas de abuso sexual, jóvenes con dificultades escolares, y jóvenes que muestran conductas desafiantes. Por otro lado, se han publicado algunas aplicaciones de ACT a problemas concretos en niños y adolescentes.

Se ha aplicado en dolor crónico en población infantil mostrando buenos resultados (Robinson, Wicksell y Olsson, 2004; Wicksell, Dahl, Magnusson y Olsson, 2005; Wicksell, Lindgren y Greco, 2008; Wicksell, Melin y Olsson, 2007). En general, Robinson, Wicksell y Olsson (2004) mantienen que hay pocas diferencias en cuanto a la aplicación de ACT en el ámbito pediátrico con dolor crónico con otras poblaciones. Estas radican en el nivel verbal de abstracción que tienen los niños y que hay que adaptar la aplicación a cada uno. Otra diferencia radica en que los padres tienen un gran control de la vida de los niños e incluso, refuerzan las conductas de evitación de éstos porque no quieren ver a sus hijos sufrir. Por esta razón, hay que trabajar en situaciones pediátricas tanto con los padres como con los niños. Y como proponen Wicksell, Lindgren y Greco (2008) es útil explicar los conceptos y filosofía de ACT al equipo médico donde se aplica.

Wicksell, Dahl, Magnusson y Olsson (2005) han aplicado la ACT con éxito en una joven adolescente de 14 años diagnosticada de dolor crónico generalizado. El tratamiento ACT se centró fundamentalmente en vivir de acuerdo a sus valores más que en reducir el dolor y el sufrimiento. Los resultados indican que el dolor y el sufrimiento fueron reducidos, que hubo menos absentismo escolar y que se mantuvo siguiendo los objetivos valorados durante todo el tratamiento y en un seguimiento de 6 meses.

Por otro lado, Wicksell, Melin y Olsson (2007) han realizado un estudio piloto donde han aplicado

ACT a un grupo de 14 adolescentes con dolor crónico. Los resultados obtenidos indican que hubo mejoras en cuanto a su habilidad funcional, menos absentismo escolar, mejora de la intensidad del dolor y en su interferencia en su vida diaria y que estos resultados se mantuvieron en 6 meses de seguimiento.

Heffner, Sperry, Eifert y Detweiler (2002) aplicaron también con buenos resultados ACT en una adolescente de 15 años que presentaba anorexia nerviosa. Según estos autores, se utilizaron los componentes de ACT para eliminar el intento de control de su peso corporal y la aceptación de todos los pensamientos asociados a esto, con la aplicación de diferentes ejercicios y metáforas. Se usó el mapa de las direcciones valoradas para así poder comprometerse con cada acción valorada. Los resultados indican que se redujeron los síntomas de anorexia, ganó peso, mejoró sus relaciones sociales, incrementó actividades, manteniéndose estos resultados durante el seguimiento. Recientemente Greco, Barnett, et al (2008), han diseñado un programa de prevención de trastornos de alimentación llamado *ACT for Health Program*, y dirigido a chicas de 11 a 18 años que sin presentar los criterios de trastorno de alimentación muestran algún factor de riesgo. En este momento se están llevando a cabo las investigaciones preliminares de la aplicación de este programa.

También se ha aplicado en situaciones médicas hospitalarias (Robinson, Gregg, Dahl y Lundgren, 2004). Mantienen que hay que reconocer e intervenir de forma rápida en las conductas de evitación experiencial que tienen los niños que asisten a cuidados de salud en un hospital. Los niños que presentan enfermedades (como diabetes, asma, etc.) también están fusionados con los contenidos privados y presentan excesiva evitación experiencial. Estos autores, proponen unos modelos de intervención basados en la aceptación, en la defusión cognitiva y el uso de valores, llevados a cabo con ejercicios y metáforas apropiadas a la edad del niño. En el texto se expone un ejemplo de un niño de 7 años que mostraba insomnio y dolor abdominal. Recientemente, se ha creado un programa de integración de ACT en el sistemas atención primaria pediátrica (Robinson, 2008) que se denomina *Acceptance and Commitment Therapy in Primary Care (ACT-PC)*. En la actualidad está siendo aplicada con pacientes

y sus padres. Todavía no se han publicado los resultados pero parece que mejora la intervención que se viene aplicando hasta ahora.

Greco, Blackledge, Coyne y Ehrenceich (2005), describen la aplicación de ACT en trastornos de ansiedad y su adaptación a esta población. Además describen dos estudios de caso aun sin publicar que demostraron ser efectivos, manteniendo los resultados durante el seguimiento.

Por otro lado, García y Pérez (2001) aplicaron ACT en un adolescente de 17 años diagnosticado de “psicosis esquizofrénica”. Adaptaron ejercicios y metáforas en el tratamiento de las alucinaciones auditivas que presentaba el joven y que quería eliminar. Según reconocen los propios autores, hubo una mejoría del paciente durante un período de tiempo en el que estuvo completamente asintomático y hubo reducción de la medicación antipsicótica. Pero tras 7 meses hubo una recaída hasta niveles equivalentes al pre-tratamiento. Estos resultados son esperanzadores en un caso tan grave como es la psicosis.

Hasta ahora, la utilización de ACT en el tratamiento de padres está comenzando. La aplicación de ACT en padres de niños diagnosticados de autismo ha sido exitosa (Blackledge y Hayes, 2006). Un taller de ACT con 20 padres de niños con autismo ha mostrado tener éxito en cuanto a las medidas sobre depresión y otros síntomas clínicos. También hubo datos significativos en cuanto a la mejora de evitación experiencial y la fusión cognitiva posterior al entrenamiento y en el seguimiento de 3 meses. Estos datos sugieren que esta forma de intervenir es prometedora para ayudar a padres con hijos de estas dificultades.

También se ha utilizado una combinación de PCIT y ACT (Coyne y Wilson, 2004) en un caso de un niño de 6 años que presentaba conductas agresivas con los demás niños, con los profesores y con su madre, y también mostraba conductas destructivas, era desobediente, no permanecía sentado, hablaba mucho y no completaba las tareas escolares. Su madre presentaba ansiedad y no sabía cómo educarlo. Se trabajó desde PCIT en el entrenamiento de habilidades de manejo conductual de la madre a través de la interacción de ambos en situaciones de juego. Se comenzó trabajando la motivación y el

compromiso con la madre a través de los componentes de ACT (valores, entrenamiento en mindfulness, defusión cognitiva, aceptación y compromiso). Los resultados descritos indican que los niveles de agresión e indisciplina del niño llegaron a unos límites normales a su edad. En cuanto a su madre su nivel de ansiedad descendió y aumentó su confianza y la efectividad en el trato con él.

### ***Terapia Familiar Integrativa***

La Terapia Familiar Integrativa (*Integrative Family Therapy, IFT*), según sus autores (Greco y Eifert, 2004), surge de la influencia de la ICT y de ACT. En ella se integran estrategias de aceptación dentro de una terapia familiar centrada en los valores, balanceando la aceptación y el cambio de conductas. Se usan métodos para promocionar la aceptación como: el entrenamiento en mindfulness (ejercicios de fisicalización, meditación mindfulness), el uso de metáforas típicas de ACT, etc. Hay una estrategia para promocionar la aceptación propia y la interpersonal que han denominado “*Unirse Empáticamente*” que pretende ver los conflictos de una forma diferente, intentando que el problema una a la familia y no la desuna. A través de ejercicios, las acusaciones mutuas y otras conductas problema son analizadas desde otro punto de vista, remarcando el conflicto como una trampa mutua, dolorosa e ineficaz y el papel que juega el contexto en los problemas. Otra estrategia es lo que denominan “*Separación Unificada*”, donde se analizan los conflictos de una manera más intelectual que emocional permitiendo distanciarse de ellos. Desacuerdos y conflictos son conceptualizados como una experiencia común que los debe unir. Se trabaja en los valores de cada una de las partes en conflicto, que en este caso son los padres y el adolescente, distinguiendo entre lo que son valores y objetivos. A través de cuestionarios se evalúan los valores de todos los miembros de la familia y se ve en cada persona hacia qué direcciones quiere dirigirse. Muchos de estos ejercicios y metáforas están tomados prestados de ACT, no en vano Eifert es un autor prolífico en ésta terapia. Va dirigida a familias en conflicto y a adolescentes con TND.

### *Terapia de Desactivación Modal*

La *Terapia de Desactivación Modal* (Mode Deactivation Therapy, MDT) surge recientemente (Apsche, Ward y Evile, 2003) como una terapia de corte cognitivista con influencias de FAP, de DBT y fundamentalmente, de la Teoría Modal de Beck (Apsche, Ward y Evile, 2003; Houston, Apsche y Bass, 2007). Ha sido concebida para el tratamiento de adolescentes con graves trastornos emocionales y de conducta. Jóvenes con largas historias de abuso emocional, físico y/o sexual y que son muy agresivos, abusadores, y que pueden ser vistos como “delincuentes” en algunos aspectos.

La influencia de FAP en esta terapia radica en el uso de los métodos de evaluación funcional y conceptualización del caso, en ver que las percepciones y motivaciones inconscientes son fruto de contingencias de reforzamiento pasadas que tienen como origen la familia; y en la importancia de las relaciones terapéuticas en el tratamiento (Apsche, Ward, y Evile, 2003; Houston, Apsche y Bass, 2007). Por otro lado, la influencia de DBT está fundamentalmente en el concepto de aceptación incondicional del paciente y en el concepto de validación, junto con el uso de algunos de los ejercicios de mindfulness que esta terapia utiliza (Apsche, Ward, y Evile, 2003; Houston, Apsche y Bass, 2007). Según estos autores, los métodos de ambas terapias de cómo relacionarse con el paciente, incrementan la flexibilidad y reducen la rigidez, y las creencias dicotómicas que estos adolescentes muestran. En cuanto a la influencia de la Terapia Cognitiva Conductual de Beck, es fundamental el concepto de modo (mode). La Teoría Modal sugiere que las personas aprenden desde aspectos o componentes inconscientes experienciales y aspectos o componentes cognitivos de procesamiento estructural. Los modos son “suborganizaciones de la personalidad que sirven como ayudas para adaptarse y resolver problemas” (Houston, Apsche y Bass, 2007). Para cambiar la conducta de los individuos se debe re-estructurar tanto los componentes experienciales como los cognitivos estructurales. Según los autores, esta terapia re-estructura creencias a través de ejercicios de imaginación y relajación que facilitan el pensamiento cognitivo y enseñan a balancear sus percepciones e

interpretaciones de la información de estímulos internos. Una parte esencial sería el método V-C-R, consistente en validar, clarificar y re-dirigir las creencias de los pacientes y de las familias.

A día de hoy, se han publicado una revisión de los estudios tanto de eficacia como de efectividad (Houston, Apsche y Bass, 2007). Cabe señalar la publicación de un análisis exhaustivo, de un caso clínico de un chico de 18 años que había recibido abuso físico de sus padres y abandono desde los 5 años, desarrollando un trastorno de personalidad, comportamientos agresivos y delitos sexuales (Apsche y Ward, 2003a, 2003b, 2004). En estos trabajos se describen de una manera muy pormenorizada la historia del sujeto, la conceptualización del caso, los cuestionarios y escalas de evaluación utilizadas y los resultados obtenidos, los pasos realizados en la aplicación de la terapia y los resultados de esta intervención.

También se han publicado recientemente varios estudios de eficacia comparándola con distintos tratamientos. Apsche, Bass y Siv (2006) han comparado MDT con la Terapia Cognitivo Conductual (CBT) y el Entrenamiento en Habilidades Sociales (SST) en 60 adolescentes internados en residencias que presentaban Trastornos de conducta, Trastorno Oposicionista Desafiante, Estrés Post-traumático y Depresión mayor. Los resultados indican que MDT es superior a los otros dos tratamientos en reducir la agresión, la agresión sexual y el malestar psicológico manteniéndolos durante un seguimiento de dos años.

Por otro lado, Murphy y Siv (2007) han comparado la MDT frente al Tratamiento Usual basado en psicoterapia psicodinámica de grupo e individual en un grupo de 20 adolescentes institucionalizados en residencias diagnosticados de Trastornos de Conducta y de Personalidad, que presentaban agresividad física y sexual. Los resultados indican que MDT es más efectiva que el tratamiento tradicional en reducir tanto las agresiones físicas como el malestar psicológico (depresión, ideas de suicidio) por un periodo de un año.

También, Apsche, Bass y Houston (2007), han comparado MDT al tratamiento usual (un grupo de técnicas eclécticas usadas en la zona de la investigación) con 15 adolescentes y sus familias tratadas



como pacientes externos. Los adolescentes fueron asignados al azar a cada grupo y presentaban problemas semejantes a los anteriores estudios. Los resultados muestran que MDT es superior al tratamiento tradicional mejorando las relaciones familiares y reduciendo las agresiones verbales, físicas y sexuales por un período de dos años de seguimiento.

## Conclusiones

En este trabajo se han descrito cinco terapias novedosas, que van desde las que intentan mejorar las habilidades de los padres a través del entrenamiento en el manejo de contingencias, hasta el trabajo con estrategias de aceptación y el trabajo con los valores de los pacientes. También abarcan desde edades muy tempranas como la PCIT (de 2 a 7 años), hasta el trabajo con jóvenes cercanos a su mayoría de edad como las restantes terapias (ACT, IFT, MDT). Cubren una gran cantidad de problemas, como sencillos problemas infantiles de obediencia y graves comportamientos delincuentes.

Aunque la PCIT no es una intervención basada en los principios de esta revolución en terapia, sí parece ser una alternativa a la intervención clásica en niños con problemas de conducta y TDAH. El juego es la actividad más natural que se pueda tener con un niño pequeño, y por lo tanto, la mejor oportunidad para desarrollar los comportamientos adecuados y la mejor manera de generalizar los resultados. Se trabaja directamente con el problema que surge en sesión y se pretende generalizar a las situaciones de la vida diaria. Por esto la PCIT es muy parecida a la FAP, ya que resaltan la importancia de las relaciones terapéuticas en el trabajo clínico.

En cuanto a las terapias de tercera generación, la aportación de FAP por ahora es escasa. Como se dijo, la FAP no necesitaría una adaptación a este ámbito porque los principios de la misma son tan generales que son fácilmente aplicables, e incluso podrían mejorar otras terapias en su aplicación conjunta, como se ha visto en el caso de la MDT. La aportación de ACT es más amplia y va desde sus adaptaciones de la terapia para adultos a las recomendaciones específicas que los autores hacen para esta población. Se han publicado aplicaciones con

éxito en el tratamiento de niños y jóvenes con dolor crónico y en situaciones médicas hospitalarias, en anorexia nerviosa y en alucinaciones auditivas. También ha tenido éxito en el tratamiento de problemas emocionales de padres con hijos con autismo. El trabajo en estas poblaciones desde la aceptación y el cambio es más que novedosa.

En cuanto a las terapias que han recibido una influencia de estas terapias de tercera generación cabe destacar la IFT. Está dedicada a familias en conflicto y/o con adolescentes desafiantes y opositoristas y que su gran aportación es el trabajo en este tipo de problemática con la aceptación. Por otro lado, MDT ha demostrado su eficacia en poblaciones de adolescentes con graves problemas sociales y personales en los que hasta ahora no se había trabajado de una manera tan novedosa con conceptos de aceptación y validación del adolescente. Lástima que hasta ahora no haya ninguna publicación ni estudio piloto de la efectividad de la misma.

La aplicación conjunta de PCIT y ACT parece interesante. Por un lado, trabajar con niños pequeños con PCIT para que los padres sepan manejar sus conductas y por otro lado, trabajar con ACT los conflictos emocionales y motivacionales de los padres.

Como mencionan Greco y Eifert (2004), hasta ahora no ha habido aproximaciones de tratamiento en niños y adolescentes que tengan en cuenta estrategias de aceptación como ha ocurrido en adultos. Estas intervenciones expuestas ya lo hacen, incluso algunas de ellas trabajan en valores y con estrategias de validación. Como mantienen Páez, Gutiérrez, Valdivia y Luciano (2006), el trabajo en valores es crucial tanto a nivel clínico como personal.

Usando el título del trabajo de Greco y Eifert (2004) pensamos que es la aceptación ese eslabón perdido del trabajo con familias en conflicto, como lo fue en la Terapia Conductual de Pareja, según recoge Morón Gaspar (2006).

## Referencias

- Apsche, J. A., Bass, C. K. y Houston, M. A. (2007). Family Mode Deactivation Therapy as a Manualized Cognitive Behavioral Therapy Treatment. *The Behavior Analyst Today*, 8 (3), 363-378.

- Apsche, J. A., Bass, C. K. y Siv, A. M. (2006). Summary of Mode Deactivation Therapy, Cognitive Behavior Therapy and Social Skills Training with Two Year Post Treatment Results. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 2 (1), 29-44.
- Apsche, J. A. y Ward, S. R. (2003a). Mode Deactivation Therapy. A Theoretical Case Analysis (Part I). *The Behavior Analyst Today*, 4 (3), 342-353.
- Apsche, J. A. y Ward, S. R. (2003b). Mode Deactivation Therapy. A Theoretical Case Analysis (Part II). *The Behavior Analyst Today*, 4 (4), 395-434.
- Apsche, J. A. y Ward, S. R. (2004). Mode Deactivation Therapy. A Theoretical Case Analysis (Part III). *The Behavior Analyst Today*, 5 (3), 314-332.
- Apsche, J. A., Ward, S. R. y Evile, M. M. (2003). Mode Deactivation: A Functionally based treatment, theoretical constructs. *The Behavior Analyst Today*, 3 (4), 455-459.
- Bagner, D. M. y Eyberg, S. M. (en prensa). Parent-Child Interaction Therapy for disruptive behavior in child with mental retardation: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*.
- Barkley, R. A. (2002). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós. (original publicado en 2000).
- Barkley, R. A. y Benton, C. M. (2000). *Hijos desafiantes y rebeldes. Consejos para recuperar el afecto y lograr una mejor relación con su hijo*. Barcelona: Paidós. (original publicado en 1998).
- Blackledge, J. T. y Hayes, S. C. (2006). Using Acceptance and Commitment Therapy in the support of parents of children diagnosed with autism. *Child and Family Behavior Therapy*, 2 (1), 1-18.
- Coyne, L. W. y Wilson, K. G. (2004). The role of Cognitive Fusion in Impaired Parenting: An RFT Analysis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4 (3), 469-486.
- Eyberg, S. M. (1988). Parent-Child Interaction Therapy: Integration of traditional and behavioral concerns. *Child and Family Behavior Therapy*, 10, 33-46.
- Eyberg, S. M. (1999). Parent-Child Interaction Therapy (PCIT). Integrity Checklists and Session Materials. University of Florida. Retrieved February 11, 2008, from the University of Florida PPHP website: <http://pcit.phhp.ufl.edu/>
- Ferro, R. (1998). La aceptación y la terapia de conducta. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24, 217-237.
- Ferro, R. y Valero, L. (1998). Psicoterapias conductistas: nuevos enfoques clínicos. *Psicologemas*, 12, 31-62.
- Ferro García, R., Valero Aguayo, L. y López Bermúdez, M. A. (2007). Novedades y aportaciones desde la Psicoterapia Analítica Funcional. *Psicothema*, 19 (3), 452-458.
- García Montes, J. M. y Pérez Álvarez, M. (2001). ACT como tratamiento de síntomas psicóticos. El caso de las alucinaciones auditivas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 455-472.
- Gosch, C. S. y Vandenbergh, L. (2004). Behavior analysis and the therapist-child relationship in the treatment of an aggressive-defiant pattern. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6, 173-182.
- Greco, L. A. (2002). *Creating a context of acceptance in child clinical and pediatric settings*. Paper presented at the Association for Advancement of Behavior Therapy, Reno, NV.
- Greco, L. A., Barnett, E. R., Blomquist, K. K. y Gevers, A. (2008). Acceptance, Body Image and Health in Adolescence. En L. A. Greco y S. C. Hayes (eds.), *Acceptance and Mindfulness Treatments for Children and Adolescents*. (pp.: 187-214). Oakland: New Harbinger Publications.
- Greco L. A., Blackledge J. T., Coyne, L. W. y Ehrenreich, J. (2005). Integrating Acceptance and Mindfulness into Treatments for Child and Adolescent Anxiety Disorders. En S. M. Orsillo y L. Roemer (Eds) *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: conceptualization and treatment*. (pp.: 301-322) New York: Springer.
- Greco, L. A. y Eifert, G. H. (2004). Treating Parent-Adolescent Conflict: Is Acceptance the missing link for an Integrative Family Therapy? *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 305-311.
- Greco, L. A. y Hayes, S. C. (2008). *Acceptance & Mindfulness Treatments for Children &*

- Adolescents*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C. y Greco, L. A. (2008). Acceptance and Mindfulness for Youth: It's time. En L.A. Greco y S. C. Hayes (eds.), *Acceptance & Mindfulness Treatments for Children & Adolescents*. (pp.: 3-13) Oakland: New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J. y Fernando-Guerrero, L. (2004). DBT, FAP, and ACT: How Empirically Oriented Are the New Behavior Therapy Technologies?, *Behavior Therapy*, 35, 35-54.
- Hayes, S. C. y Strosahl, K. D. (2004). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: The Guilford Press.
- Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G. H. y Detweiler, M. (2002). Acceptance and Commitment Therapy of an adolescent female with Anorexia Nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 232-236.
- Hembree-Kigin, T. L. y McNeil, C. B. (1995). *Parent-Child Interaction Therapy*. New York: Plenum Press.
- 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.
- Houston, M. A., Apsche, J. A. y Bass, C. K. (2007). A Comprehensive Literature Review of Mode Deactivation Therapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 3 (2), 271-309.
- Jacobson, N. S. y Christensen, A. (1996). *Integrative Couple Therapy: promoting acceptance and change*. New York: Norton.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship*. New York: Plenum Press. (Traducción en castellano en Málaga: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga).
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Martell, C. R., Addis, M. E. y Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context, strategies for guided action*. New York: Norton.
- Morón Gaspar, R. (2006). Terapia Integral de Pareja. *EduPsykhé*, 5 (2), 273-286.
- Murrell, A. R., Coyne, L. W. y Wilson, K. G. (2004). ACT with children, Adolescent, and Their Parents. En S. C. Hayes y K. D. Strosahl (Eds.). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. (pp.: 249-273). New York: Springer.
- Murrell, A. R. y Scherbarth, A. J. (2006). State of the Research & Literature Address: ACT with Children, Adolescents and Parents. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 2 (4), 531-543.
- Murphy, C. J. y Siv, A. M. (2007). A one year of Mode Deactivation Therapy: Adolescent Residential Patients with Conduct and Personality Disorders. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 3 (2), 327-341.
- O'Donohue, W. (1998). Conditioning and third-generation behavior therapy. En W. O'Donohue (Ed.), *Learning and behavior therapy*. (pp.: 1-14). Needham Heights: Allyn and Bacon.
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S. y Luciano-Soriano, M. C. (2006). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6 (1), 1-20.
- Pérez Álvarez, M. (1998). La Psicología Clínica desde un punto de vista contextual. *Papeles del Psicólogo*, 69, 25-40.
- Pérez Álvarez, M. (2006). La Terapia de Conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5 (2), 159-172.
- Pérez Álvarez, M. (2007). Activación Conductual y la Desmedicalización de la Depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28 (2), 97-110.
- Pérez Álvarez, M. y Fernández Hermida, J. R. (2008). Más allá de la Salud Mental: La psicología en atención primaria. *Papeles del Psicólogo*, 29 (3), 251-270.

- Robinson, P. (2008). Integrating Acceptance and Commitment Therapy into Pediatric Primary Care. En L. A. Greco y S. C. Hayes (eds.). *Acceptance & Mindfulness Treatments for Children and Adolescents*. (pp.: 237-262). Oakland: New Harbinger Publications.
- Robinson, P., Gregg, J., Dahl, J. y Lundgren, T. (2004). ACT in Medical Settings. En S. C. Hayes y K.D. Strosahl (Eds.). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. (pp.: 295-314). New York: Springer.
- Robinson, P., Wicksell, R. K. y Olsson, G. L. (2004). ACT with Chronic Pain Patients. En S. C. Hayes y K. D. Strosahl (Eds.). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. (pp.: 315-345). New York: Springer.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C. y Berlin, K. S. (2008). Acceptance and Commitment Therapy for Childhood Externalizing Disorders. En L. A. Greco y S. C. Hayes (eds.), *Acceptance and Mindfulness Treatments for Children and Adolescents*. (pp.: 163-186). Oakland: New Harbinger Publications.
- Vandenbergue, L. y Basso, C. (2004). Informal Construction of Contingencias in Family-Based Interventions for Oppositional Defiant Behavior. *The Behavior Analyst Today*, 5 (2), 151-157.
- Wicksell, R. K., Dahl, J., Magnusson, B. y Olsson, G. L. (2005). Using Acceptance and Commitment Therapy in the Rehabilitation of an Adolescent Female with Chronic Pain. A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 415-423.
- Wicksell, R. K., Lindgren, A. y Greco, L. A. (2008). Acceptance and Commitment Therapy for Pediatric chronic Pain. En L.A. Greco y S. C. Hayes (eds.). *Acceptance and Mindfulness Treatments for Children and Adolescents*. (pp.: 89-113). Oakland: New Harbinger Publications.
- Wicksell, R. K., Melin, L. y Olsson, G. L. (2007). Exposure and acceptance in the rehabilitation of adolescents with idiopathic chronic pain. A pilot study. *European Journal of Pain*, 11 (3), 267-274.
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

Manuscrito recibido: 26/03/2008

Revisión recibida: 23/01/2009

Aceptado: 30/01/2009