

Integrando la Terapia de Interacción Padres-Hijos (PCIT) con Terapias Contextuales (ACT y FAP): A Propósito de un Caso Difícil^{1, 2}

(Integrating Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) with Contextual Therapies: A Difficult Case Study)

María Rodríguez-Bocanegra³ y Rafael Ferro-García
Centro de Psicología Clínica C.E.D.I. Granada
(España)

Resumen

El presente estudio combina la Terapia de Interacción Padres-Hijos (PCIT) con dos Terapias Contextuales como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), para intervenir en un caso difícil que presentaba múltiples factores de riesgo para el éxito terapéutico. El participante fue un niño de cuatro años con conductas disruptivas y rabietas frecuentes ante sus padres, que mostraban estilos parentales disfuncionales y enfrentaban numerosos estresores en su vida, incluyendo conflictos de pareja, desacuerdos familiares, abuso de sustancias por parte del padre, un nivel socioeconómico medio-bajo, y problemas logísticos para acudir a terapia. Se utilizó un diseño de caso único AB, con mediciones semanales de las rabietas y la observación sistemática de las interacciones padres-hijo durante de las sesiones. La intervención se llevó a cabo a lo largo de trece sesiones durante un año, implicando tanto al niño como ambos padres. Los resultados indican que el tratamiento combinado fue efectivo para reducir los problemas de conducta del niño, modificar los estilos de crianza disfuncional de ambos padres, mejorando el clima familiar general, y promoviendo la adherencia y asistencia al tratamiento. Este estudio aporta una evidencia inicial sobre la efectividad de la integración de PCIT junto con ACT y FAP para trabajar en casos complejos infantiles que de otra manera tendrían una alta probabilidad de fracaso y abandono temprano de la terapia.

Palabras clave: PCIT, terapias contextuales, problemas de conducta, ACT, FAP, estresores vitales, estilos parentales

1 María Rodríguez-Bocanegra  <https://orcid.org/0000-0002-1408-9507>

Rafael Ferro-García  <https://orcid.org/0000-0002-0462-4940>

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

Uso de IA: En la traducción, revisión de referencias y mejora del texto final se han utilizado los programas DeepL, DeepSeek y Claude.

3 Dirección para correspondencia: María Rodríguez-Bocanegra. Centro de Psicología Clínica C.E.D.I. Avenida de la Constitución, 25, 7º Izquierda, 18014 Granada, España. Correo electrónico: mariarbpsico@gmail.com

Abstract

The present research combines Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) with two Contextual Therapies, such as Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Functional Analytic Psychotherapy (FAP), to intervene in a challenging clinical case presenting multiple risk factors for therapeutic success. The case involves a four-year-old boy exhibiting frequent disruptive behaviors and tantrums alongside his parents, who display dysfunctional parenting styles and face significant life stressors, including marital conflict, family disagreements, paternal substance abuse, low-to-middle socioeconomic status, and logistical difficulties in attending therapy. A single-case AB design was employed, with weekly measurements of tantrums at home and systematic observations of parent-child interactions during sessions. The intervention was conducted over 13 sessions across one year, involving the child and both parents. Results indicate that the combined treatment was effective in reducing the child's behavioral problems, modifying dysfunctional parenting styles, improving the overall family climate, and promoting treatment adherence and attendance. This study provides preliminary evidence for the effectiveness of integrating PCIT with ACT and FAP in complex childhood cases that would otherwise present a high probability of therapeutic failure and early dropout.

Keywords: PCIT, contextual therapies, behavior problems, ACT, FAP, major life stressors, parenting styles

Introducción¹

La Terapia de Interacción Padres-Hijos (PCIT) es un programa conductual de entrenamiento para padres desarrollado por Eyberg y colaboradores (Brestan et al., 1999; Eyberg, 1999; Eyberg & Funderburk, 2011). Está dirigido fundamentalmente a niños de entre dos y siete años que presentan problemas de conducta. Según los criterios de la *Society of Clinical Child and Adolescent Psychology* (SCCAP, 2017) y la revisión de Ferro-García et al. (2021), la PCIT está considerada como un tratamiento bien establecido para problemas de conducta en la infancia, el trastorno negativista desafiante (TND), el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), así como en contextos de maltrato infantil y su prevención (Calderone et al., 2025; Phillips et al., 2025; Zhang et al., 2024; Warren et al., 2022).

La PCIT es una terapia flexible, que se ajusta a las necesidades y características de cada familia, por lo que existen adaptaciones para distintos contextos y poblaciones. En el ámbito escolar, se ha desarrollado la *Teacher-Child Interaction Therapy* (TCIT) (McIntosh et al., 2000) con resultados prometedores (Davidson et al., 2021). En el entorno doméstico, su aplicación mediante nuevas tecnologías también ha mostrado resultados favorables (Jent et al., 2025; Romanowicz et al., 2025). Asimismo, existen versiones adaptadas a distintos rangos de edad, como la *Parent-Child Attunement Therapy* (PCAT) (Dombrowski et al., 2005), dirigida a niños de entre doce y treinta meses; la *Parent-Child Interaction Therapy–Toddler* (PCIT-T) (Girard et al., 2018; Kohlhoff & Morgan, 2018), para niños de entre doce y veinticuatro meses, con resultados muy positivos (Kohlhoff et al., 2024);

y versiones para niños mayores de siete años (McNeil y Hembree-Kigin, 2011). Además, la PCIT puede adaptarse para su aplicación simultánea con varios hijos mediante el uso de juegos cooperativos.

En cuanto a su aplicación en otras problemáticas, la PCIT ha mostrado resultados eficaces en niños diagnosticados de trastorno del espectro autista (Barnes-Ross & Stokes, 2024; McNeil et al., 2019; Parladé et al., 2020; Vess & Campbell, 2022). También se ha desarrollado un protocolo específico para niños con problemas de ansiedad por separación, denominado PCIT-CALM (Comer et al., 2018; Kurtz & Chahal, 2023; Phillips y Mychailyszyn, 2021), cuyos resultados son igualmente favorables.

Bases de PCIT

La base teórica de la PCIT integra diversas aportaciones previas procedentes de la psicología clínica y del desarrollo. En primer lugar, se fundamenta en la terapia de juego de Axline (2004) que subraya la importancia de crear un entorno terapéutico seguro y validante para el niño a través del juego. En segundo lugar, incorpora la teoría de la coerción de Patterson (1982) según la cual las conductas disruptivas se desarrollan y mantienen a través de los reforzamientos parentales, como la atención y/o el escape de las demandas. En tercer lugar, se apoya en la teoría de los estilos parentales de Baumrind (1971), que sostiene que las relaciones padres-hijos y las prácticas de crianza influyen decisivamente en el desarrollo físico, cognitivo y social de los niños. Desde esta perspectiva, el comportamiento infantil no depende exclusivamente de factores genéticos, sino también del tipo de estimulación y contacto parental recibido. Baumrind identificó tres tipos de estilos de crianza: *democrático*, *autoritario* y *permisivo*. Posteriormente MacCoby y Martin (1983) añadieron el estilo *negligente*. Finalmente, la PCIT se basa en la teoría de las dos fases de Hanf (1968) durante el juego, y que constituye un pilar fundamental de su estructura y aplicación clínica.

Forma de Intervención en PCIT

La intervención en PCIT se lleva a cabo directamente sobre la interacción en vivo entre padres e hijo a través del juego en consulta. Mientras el padre o la madre juega con el niño en una sala habilitada para ello, el terapeuta observa a través de un espejo unidireccional. Mediante un dispositivo de audio, el terapeuta moldea e instruye a los padres para promover habilidades que refuercen y mantengan el comportamiento positivo y prosocial, ignoren selectivamente el comportamiento no deseado del niño y aprendan a dar órdenes efectivas. Además de centrarse en la interacción padres-hijo, la PCIT tiene en cuenta la función que desempeñan dichas conductas, lo que le confiere una orientación contextual-funcional (Ferro-García & Ascanio-Velasco, 2017).

La terapia de PCIT se estructura en dos fases, ambas implementadas en situación de juego, que intervienen directamente sobre el comportamiento formal y funcional del niño y de los padres. La primera fase, denominada interacción dirigida por

el por el niño (*Child-Directed Interaction*, CDI), tiene como objetivo mejorar la calidad de la relación padres-hijo. El terapeuta enseña a los padres a atender de forma selectiva la conducta adecuada del niño y a extinguir las conductas leves no deseables mediante las habilidades PRIDE. Este acrónimo hace referencia a las siguientes habilidades: *Praise*, elogiar de forma etiquetada el buen comportamiento (p.ej., “Estás tratando muy bien los juguetes”); *Reflect*, repetir o parafrasear el habla adecuada; *Imitate*, imitar el buen comportamiento infantil; *Describe*, describir lo que el niño hace o dice durante el juego (p. ej., “Ahora estás coloreando el árbol”); y *Enjoy*, mostrar entusiasmo. Los criterios para superar la fase CDI, evaluados durante cinco minutos de juego, son los siguientes: (1) realizar al menos diez elogios etiquetados, diez reflejos y diez descripciones, con un total inferior a tres preguntas, órdenes y correcciones; y (2) ser capaz de atender estratégicamente la conducta adecuada del niño y de extinguir la conducta no deseada, siempre que esta no sea de carácter agresivo.

La segunda fase, denominada interacción dirigida por los padres (*Parent-Directed Interaction*, PDI), tiene como objetivo enseñar estrategias de disciplina. Específicamente, se entrena a los padres cómo dar órdenes efectivas, cómo elogiar la obediencia y cómo aplicar correctamente un procedimiento de guía física o de tiempo-fuera ante el incumplimiento. Los criterios para superar la fase PDI, evaluados igualmente durante cinco minutos de juego, son los siguientes: (1) realizar correctamente al menos el 75% de las órdenes (han de ser directas, específicas, formuladas en positivo y con un tono cordial), y elogiar adecuadamente su seguimiento; y (2) aplicar correctamente el procedimiento de tiempo-fuera, si fuera necesario. Los criterios para concluir la terapia son: (1) obtener una puntuación por debajo del punto de corte en el *Eyberg Child Behavioral Inventory* (ECBI); y (2) que ambos padres hayan adquirido las habilidades necesarias para manejar el comportamiento del niño tanto en el hogar como en entornos públicos.

Riesgo de Abandonos

La bibliografía respalda sólidamente la eficacia del entrenamiento para padres en la promoción de cambios positivos en la conducta infantil, las interacciones familiares, las actitudes parentales, la comunicación, la resolución de problemas y la reducción del estrés parental (Benavides-Nieto et al., 2016; Puertas-González et al., 2019; Robles & Romero, 2011; Vives-Montero et al., 2017). No obstante, un porcentaje elevado de estos estudios señala como limitación las tasas de abandono o el desgaste muestral. El riesgo de abandono parece aumentar en las intervenciones con seguimientos prolongados (Lozano-Rodríguez & Valero-Aguayo, 2017), cuando el niño es de mayor edad, cuando la severidad inicial de las conductas problemáticas es elevada, y cuando el nivel educativo y económico de los padres es bajo (Barlow & Stewart-Brown, 2000; Lundahl et al., 2006; NICE, 2006; Reyno & McGrath, 2006). Asimismo, la implicación y la asistencia a las sesiones también han sido identificadas como variable moderadora de los resultados del tratamiento (Baydar et al., 2003; Kazdin & Wassell, 1998).

En el caso concreto de la PCIT, estos y otros factores influyen tanto en su efectividad como en la propia adherencia terapéutica. Por ejemplo, la efectividad aumenta cuando el niño tiene entre dos y siete años, cuando posee un buen lenguaje comprensivo y presenta un desarrollo normativo. En relación a los padres, la efectividad se incrementa cuando estos están motivados hacia la terapia y presentan un cociente intelectual medio-alto. Por el contrario, factores como el abuso de sustancias, la presencia de psicopatologías graves o déficit intelectuales, la reducen. En el ámbito familiar, el caos y las discrepancias familiares graves también disminuyen la efectividad de la PCIT (Ferro-García & Ascanio-Velasco, 2017). Entre los factores asociados específicamente con el abandono se encuentran: el uso excesivo de instrucciones en lugar del moldeamiento por parte del terapeuta, el carácter demandante del programa, los problemas de personalidad en los padres, las familias monoparentales, los cambios en el hogar, el bajo nivel educativo parental (Chen & Fortston, 2015), el desacuerdo con el tratamiento, los estresores familiares y las dificultades logísticas para acudir a las sesiones (Fernández & Eyberg, 2009).

Dado que muchos de estos factores están relacionados con los propios padres e influyen tanto en la eficacia como el posible abandono del tratamiento, resulta relevante considerar los factores contextuales a lo largo de toda la intervención con PCIT. En este sentido, combinar la PCIT con terapias contextuales como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes et al., 2015) y la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP; Kohlenberg & Tsai, 2021) podría mejorar el comportamiento de los padres, su relación con el hijo, y sus actitudes ante los problemas de conducta, contribuyendo así a la mejora de los resultados y la adherencia a la intervención (Rodríguez-Bocanegra & Ferro-García, 2023). Las tres terapias comparten sus bases teóricas en el conductismo radical y el análisis funcional de la conducta, adoptan una filosofía contextual y conciben la situación terapéutica como el espacio donde tiene lugar el cambio conductual.

Integración de Terapias Contextuales

En la actualidad, los estudios que muestran la integración de PCIT, ACT y FAP son escasos. Este enfoque integrado permitiría abordar tanto los problemas de conducta del niño y las interacciones familiares, como los conflictos parentales y los estilos de crianza que dificultarían el mantenimiento de las mejoras a largo plazo.

Coyne y Wilson (2004) publicaron el primer trabajo que combinó PCIT y ACT, aplicadas a un niño de seis años con graves conductas agresivas, con resultados positivos. En esta misma línea, Ferro-García et al. (2017) aplicaron también ambas terapias (PCIT y ACT) en un niño de cuatro años con conductas agresivas y negativismo, obteniendo igualmente resultados efectivos. Ascanio-Velasco y Ferro-García (2018) aplicaron esta misma combinación en un niño de diez años con conductas negativistas-desafiantes, con resultados favorables.

Rodríguez-Bocanegra y Ferro-García (2023) aplicaron PCIT junto con FAP y elementos de ACT en un niño de siete años con conductas disruptivas, con resultados que mostraron la eliminación de los problemas de conducta y un incremento de las conductas prosociales.

Objetivos

El presente estudio describe el caso de un niño de cuatro años que presentaba conductas disruptivas graves. La situación familiar se caracterizaba por estilos parentales disfuncionales, conflictos maritales y de convivencia, abuso de sustancias por parte del padre, un nivel educativo y económico medio-bajo, y dificultades logísticas para acudir a terapia. El objetivo principal fue reducir o eliminar las conductas problemáticas del niño. Como objetivo secundario se buscaba favorecer la mayor adherencia y la continuidad de los padres en el tratamiento, con el fin de prevenir el abandono del programa. Para ello, se integraron la PCIT junto con elementos de la FAP y de la ACT orientados a promover el cambio y el compromiso en los padres. Concretamente, se trabajó a través de las cinco reglas terapéuticas de FAP, la clasificación de conductas clínicamente relevantes (CCR) y la conceptualización del caso referida tanto a los padres como al hijo. Se incorporó el uso de metáforas, la clarificación de valores parentales y el compromiso con los mismos, con el objetivo de promover la flexibilidad psicológica y trabajar con la evitación experiencial de los padres.

Método

Diseño

Se utilizó un diseño experimental de caso único AB con medidas repetidas (Kazdin, 2021). En la fase A (línea-base) se registraron tres parámetros: (1) frecuencia de conductas disruptivas del niño, evaluadas mediante el *Eyberg Child Behavioral Inventory (ECBI)*; (2) frecuencia de verbalizaciones durante la interacción lúdica entre padres e hijo en consulta; y (3) frecuencia semanal de rabietas, registradas por los padres en el hogar. La fase B (intervención con fase CDI) se inició a partir de la tercera semana. Consistió en 13 sesiones que integraron la PCIT, la ACT y la FAP. Durante esta fase se mantuvo el registro de las tres medidas anteriores. Las sesiones tenían una periodicidad mensual, y se tomaron medidas repetidas hasta las 42 semanas.

Participantes

El niño, al que llamaremos Ismael, tenía cuatro años y era el mayor de dos hermanos en una familia biparental. No presentaba antecedentes perinatales ni problemas en el desarrollo. Cursaba segundo curso de educación infantil en un colegio público, donde mostraba un comportamiento retraído con sus iguales y con otros adultos. Desde los tres años presentaba un historial de conductas disruptivas en múltiples contextos, a pesar de que su desarrollo evolutivo había sido normativo.

La madre trabajaba como celadora en un centro de atención a personas mayores y tenía un nivel educativo medio. El padre era agricultor, con un nivel educativo bajo. Ambos eran padres jóvenes y contaban con nivel económico medio-bajo. En la dinámica familiar eran evidentes los conflictos de pareja y las discrepancias en

el estilo educativo. La madre presentaba un estilo educativo predominantemente autoritario. Empleaba el castigo como estrategia principal para tratar de modificar la conducta del niño (gritos, chantajes, cachetes), y también en la relación con su marido (gritos, chantajes). Era poco sistemática e inconsistente al aplicar extinción ante el comportamiento inadecuado del niño, no utilizaba el reforzamiento positivo y abusaba de las órdenes. Acudió a consulta motivada, con el objetivo de aprender a manejar las conductas disruptivas de su hijo y reducir los ciclos coercitivos en su educación. Describió a Ismael con las siguientes palabras: *“Un niño muy cabezón, pide las cosas llorando, tiene muchas rabietas, trata mal a su hermano y no quiere participar en las asambleas del cole. A veces lo ignoro, otras veces le pego en el culo, le digo ‘vete a la calle a llorar’ y le saco al balcón y amenazo. Yo estoy todo el día gritando en casa”*. Refería alternar entre la extinción, el castigo físico y el aislamiento como estrategias de manejo. Asumía en solitario las tareas domésticas y el cuidado de los hijos. En cuanto a sus valores parentales y personales, manifestaba su deseo de cambiar, aspiraba a que su hijo fuese feliz y se adaptase mejor a las normas; reconocía sus errores y se mostraba honesta en sesión. Al inicio de la intervención, sus principales conductas problemáticas eran la impaciencia, la insensibilidad ante las necesidades de su hijo, y una actitud excesivamente normativa y directiva.

Por su parte, el padre presentaba un estilo educativo permisivo-negligente y un patrón de conducta evitativo. Empleaba el reforzamiento negativo como principal estrategia (atender rabietas, mostrar afecto tras ellas, ofrecer distracciones) y, en ocasiones, recurría también el castigo físico. Mostraba escasa motivación para cambiar su propio comportamiento, aunque sí manifestaba interés en cambiar el de su hijo. Describía a Ismael de la siguiente forma: *“Un niño muy cabezón al que hay que saber entenderlo, con muchas rabietas. Tengo que ir detrás de él para que ceda”*. Era muy inconsistente y asistemático, y *él mismo* reconocía que no tenía *“ningún control sobre el comportamiento del niño”*. Evitaba exponerse a las críticas, al malestar y al reconocimiento de sus propias dificultades. Adoptaba una actitud retraída en consulta. Fue la madre quien informó que él consumía sustancias psicotrópicas desde la adolescencia y que apenas estaba presente en el hogar. En cuanto a sus valores, verbalizaba el deseo de que su hijo fuese buena persona y respetuoso con sus padres. Al inicio de la intervención, sus principales conductas problemáticas eran la insensibilidad ante las necesidades de su hijo, la actitud evitativa y poco participativa, las quejas y peticiones indirectas, y desentenderse de la terapia. La familia no había recibido asistencia psicológica con anterioridad.

Instrumentos

La evaluación del caso se realizó mediante los siguientes instrumentos y procedimientos: (1) una entrevista inicial semiestructurada elaborada en el propio centro; (2) cuestionarios de evaluación estandarizados propios de la PCIT; (3) un registro mensual de rabietas; (4) el análisis topográfico y funcional de las conductas problemáticas de los padres e hijo durante las sesiones; y (5) la conceptualización del caso desde FAP, siguiendo el esquema propuesto por Ferro-García et al. (2009).

Mediante la entrevista se valoraron los estilos educativos de ambos padres, la historia familiar, la historia de Ismael y su comportamiento en los contextos familiar, escolar y social.

Como cuestionarios, se administró el *Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI)* (Eyberg & Pincus, 1999; Eyberg & Ross, 1978) en su versión española (Fernández de Pinedo et al., 1998). Este cuestionario, cumplimentado por los padres, mide conductas problemáticas desde los 2 a los 16 años. Consta de 36 ítems y dos subescalas: (1) *Intensidad* (rango 36-252, punto de corte 124), y (2) *Problemas* (rango 0-36, punto de corte 10). El ECBI presenta una adecuada fiabilidad, estabilidad y validez discriminante y convergente, así como sensibilidad al cambio terapéutico (Lee & Kim, 2025; Rich & Eyberg, 2002), habiendo sido validado en diferentes culturas y países (Abrahamse et al., 2015; Chen et al., 2018). Ambas escalas presentan una elevada consistencia interna ($\alpha > .90$) (Eyberg & Robinson, 1983; Robinson et al., 1980).

Además, se utilizó la hoja resumen del *Dyadic Parent-Child Interaction Coding System-IV (DPICS-IV)* (Eyberg et al., 2014). Este sistema requiere codificar y/o grabar en vídeo de diez a quince minutos de interacción de juego, distribuidos en tres situaciones estandarizadas de la terapia: (1) Diez minutos de CDI, donde es el niño quien juega libremente y se espera que el padre siga las directrices del niño; (2) Diez minutos de PDI, donde el padre elige y dirige la situación de juego; y (3) Diez minutos de situación de limpieza donde el padre informa al niño que es hora de recoger los juguetes. En estos registros, los primeros cinco minutos son de observación y los siguientes son de codificación. El total de tiempo codificado abarca 15 minutos.

El DPICS-IV recoge las siguientes ocho categorías: (1) *Elogios sin etiquetar* (“¡Muy bien!”) y *etiquetados* (“Gracias por cuidar los juguetes”); (2) *Descripciones*, (“Has hecho una torre muy alta”); (3) *Reflejos* (tras la conducta verbal del niño, repetir la misma, “Ah, te gusta el color amarillo”); (4) *Preguntas*, o descripciones y comentarios reflexivos que el padre verbaliza en forma de cuestión (“¿Qué has dibujado?”); (5) Órdenes directas, o peticiones específicas del padre hacia el niño (“Dame el muñeco, por favor”); (6) Órdenes indirectas, o peticiones veladas, emitidas de forma abierta o en forma de pregunta (“Me gustaría que...”, “¿Puedes darme...?”); (7) *Habla negativa*, o críticas, comentarios negativos y correcciones que el padre hace sobre el comportamiento del niño, el resultado del mismo, sobre alguna actividad que esté llevando a cabo o algún atributo del niño; además de modos rudos, sarcásticos y punitivos (“Esa torre es un desastre”); (8) *Habla neutra*,

o descripciones e información del padre sobre objetivos, eventos o actividades que tienen lugar durante el juego (“La granja es grande”).

También se llevó a cabo un registro semanal de rabietas durante toda la intervención. Durante tres semanas se recogió la línea base. Posteriormente y en sesión, se realizó un análisis funcional descriptivo de las distintas situaciones problemáticas. Dado que las rabietas solían funcionar para conseguir algún beneficio material o atención social por parte de los padres, se decidió aplicar extinción como estrategia de intervención.

Para las sesiones de entrenamiento en la PCIT fueron necesarias las infraestructuras propias de esta terapia: una habitación de juego equipada con juguetes creativos, un ordenador portátil, una cámara *wifi* y unos *walkie-talkies* para conectar ambas salas. En la mayoría de las sesiones la terapeuta permanecía en la misma sala de juego para moldear directamente a los padres.

En cada sesión se realizó un análisis topográfico y funcional de las conductas problemáticas de los padres y del niño. Este análisis permitió, por un lado, identificar y trabajar con las conductas clínicamente relevantes (CCR), siguiendo la estructura de la FAP y, por otro, formular hipótesis sobre los estilos educativos parentales. En cuanto al niño, se concretaron y definieron operacionalmente las conductas problemáticas que presentaba en casa que, ordenadas de mayor a menor frecuencia, eran las siguientes:

1. *Rabieta*: Respuestas de llanto intenso acompañadas de quejas, pataleos, tirarse al suelo, etc., con una duración mínima de un minuto.
2. *Agredir o golpear*: Realizar una respuesta motora de ataque hacia una persona u objeto, con potencial de causar daño o heridas.
3. *Proferir insultos*: Verbalizar palabras malsonantes o tacos, socialmente inaceptables, especialmente en un niño.
4. *Desobedecer*: Negarse a realizar una orden dada por un adulto, bien mediante la inacción o mediante la emisión de alguna conducta diferente a la solicitada.
5. *Desafiar*: Conductas que expresan oposición directa y agresiva al mandato de un adulto, indicando la intención de incumplir una norma o realizar una conducta recientemente prohibida.
6. *Amenazar o chantajear*: Comentarios sobre lo que el niño está dispuesto a hacer si no se satisface su demanda, con el fin de obtener beneficios inmediatos.
7. *Negar*: Dar una respuesta verbal “no” ante una orden, una pregunta o una descripción.
8. *Quejarse*: Expresar con palabras y con lenguaje paraverbal contrariedades, disgustos, desacuerdos e inconformidades.

Se hipotetizó que todas estas conductas estaban siendo mantenidas por: (1) reforzamiento positivo, fundamentalmente a través de la atención social por parte de sus padres; (2) reforzamiento negativo en el caso de conductas de evitación ante las pautas de crianza de los padres (amenazas y conductas agresivas en la madre, y

desentendimiento en el padre); y (3) reforzamiento negativo, también en el caso de respuestas de escape ante las demandas que los padres hacían al niño.

Además, los padres no mantenían unas contingencias similares, actuaban con inconsistencia y asistematicidad. Podían amenazar, ignorar, regañar, gritar, golpear levemente o consolar ante una misma conducta, en función del momento o estado emocional del padre o la madre.

A lo largo del tratamiento, se llevó a cabo una conceptualización del caso desde la FAP con el fin de analizar las distintas CCR y las posibles equivalencias funcionales dentro-fuera y fuera-dentro de dichas conductas clínicamente relevantes (Kohlenberg & Tsai, 2021), así como la dinámica familiar en el hogar (ver Tabla 1).

Tabla 1*Conceptualización del Caso Desde FAP*

	Padre	Madre	Niño
Problemas en la vida diaria	-Abuso sustancias -Discusiones maritales -Desentendimiento de los quehaceres del hogar -Desentendimiento del cuidado de los hijos -Asistematicidad e inconsistencia en la crianza de los hijos -Asistematicidad e inconsistencia aplicando el TEJ	- Discusiones maritales - Ocupación total de los quehaceres del hogar - Asistematicidad e inconsistencia en la crianza de los hijos	- Poca participación en las asambleas de clase - Maltrato hacia su hermano menor: golpes, empujones... - Maltrato hacia sus padres: golpes, empujones, insultos... - Rabieta frecuentes
Historia relevante	-Familia desestructurada -Familia coercitiva -Durante su adolescencia, fallecimiento de un hermano mayor en un accidente de tráfico -Trabaja en el campo desde muy joven	- Familia estructurada - Apoyo familiar	- Hijo primogénito - Hermano menor de similar edad
Problemas en sesión (CCRI)	-Conducta reglada durante el juego, poco sensible a los deseos del hijo -Poca iniciativa en el juego -Poco participativo en el juego -Poco hablador con la terapeuta -Pocas o ninguna autorrevelación -Quejas encubiertas sobre su pareja -En ocasiones ha podido venir habiendo consumido sustancias psicotrópicas -Se muestra cansado, bostezo, anda despacio... -No pregunta dudas -No corrige el mal comportamiento del niño -No realiza los registros de rabieta	- Conducta reglada durante el juego, poco sensible a los deseos del hijo - Conducta impaciente y normativa - Conducta directiva	- Poco hablador - Miradas desafiantes hacia la terapeuta - Para el juego ante sus enfados - Interrumpe - Insiste con las recompensas
Conceptos cognitivos (pensamientos automáticos, creencias)	-“A mí hijo hay que saber entenderlo” -“Cuando pongo límites mi hijo se comporta peor” -“Mi hijo es muy cabezón” -“Tengo que ir detrás de mi hijo para que ceda” -“No sé qué hacer” -“El psicólogo no funciona”	- “Mi hijo es muy cabezón” - “Siempre estoy gritando” - “Parece que solo funciona la amenaza y pegarle en el culo” - “Yo soy el ‘poli-malo’”	

Tabla 1*Conceptualización del Caso Desde FAP (Continuación)*

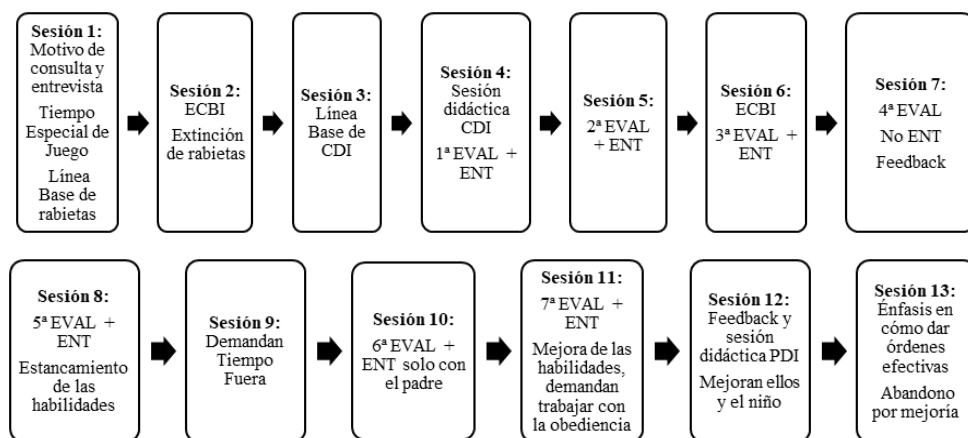
	Padre	Madre	Niño
Objetivos en la vida diaria	-Ser más respetuoso con su hijo -Ajustarse al tratamiento	- Ser mejor madre: no ser agresiva, no pegar, no gritar, ser cariñosa - Ajustarse al tratamiento	- Intervenir en las asambleas del colegio - Mejorar su comportamiento
Objetivos en sesión (CCR2)	-Que use elogios etiquetados o descripciones de manera espontánea en sala de espera, pasillo... -Que contextualice y analice la función de las conductas disruptivas -Que actúe en dirección a sus valores (ser respetuoso con su hijo, con su pareja, con la terapeuta) -Que pregunte dudas a la terapeuta o demande ayuda -Que tenga una comunicación eficaz con su pareja: ser directo -Que realice alguna autorrevelación -Que inicie el TEJ -Que ponga alguna norma o trate de dirigir el comportamiento del niño en consulta, en lugar de dejar que lo haga su pareja o la terapeuta -Que se muestre hablador -Que tenga muestras de agradecimiento hacia la terapeuta -Que establezca relaciones funcionales entre su comportamiento y las consecuencias, en su mujer y en su hijo	- Que use elogios etiquetados o descripciones de manera espontánea en sala de espera, pasillo... - Que contextualice y analice la función de las conductas disruptivas - Que actúe en dirección a sus valores (ser respetuosa con su hijo, con su pareja, con la terapeuta; ser cariñosa con su hijo) - Que pregunte dudas a la terapeuta o demande ayuda - Que tenga una comunicación eficaz con su pareja: respetuosa, sin críticas, sin mandatos, sin agresividad) - Que sea paciente - Que permita que sea el padre quien ponga una norma - Que permita que sea el padre quien inicie un TEJ - Que siga realizando autorrevelaciones - Que siga mostrándose honesta - Que establezca relaciones funcionales entre su comportamiento y las consecuencias, en su marido y en su hijo	- Que se muestre hablador - Que siga órdenes de la terapeuta - Que siga órdenes del padre - Que recoja los juguetes - Que sea respetuoso con los juguetes - Que esté bien sentado durante el juego - Que se autorregule tras una rabieta - que no tenga rabietas - Que use elogios etiquetados, descripciones o reflejos de manera espontánea hacia sus padres - Que dé las gracias - Que sea paciente: que espere a que sus padres salgan primero de la consulta, que esté tranquilo en la sala de espera... - Que sea amable con la terapeuta - Que ceda el turno en los juegos y que respete el turno en los juegos - Que pida permiso - Que no interrumpa - Que mire a los ojos de la terapeuta - Que haga preguntas a la terapeuta - Que trate bien a sus hermanos en la sala de espera

Procedimiento de Intervención

Como ya se ha descrito, se aplicó la PCIT en combinación con la FAP y ejercicios propios de la ACT, con el objetivo de reducir los problemas de conducta en el niño, y moldear a los padres hacia un estilo parental más democrático, ante la elevada probabilidad de abandono prematuro y fracaso terapéutico. El uso del juego fue la estrategia básica en todas las sesiones. En la Figura 1 se plasma el esquema de todo el proceso de intervención.

Figura 1

Resumen de la Intervención



Nota. EVAL= Evaluación; ENT=Entrenamiento.

En la *primera sesión* se llevó a cabo una entrevista con los padres y se entregaron las instrucciones generales (atender al buen comportamiento, acordar las decisiones previamente, aplicar consecuencias sistemáticas, consistentes e inmediatas, hablar con respeto, no amenazar). Se exploraron los estilos educativos y los valores parentales. En esta sesión se comenzó a trabajar ya con ACT con los padres. Se introdujo la metáfora de “*El tigre hambriento*” de Hayes (2013) para ilustrar cómo la evitación a corto plazo del malestar dificulta el cambio a medio y largo plazo, tanto de la conducta disruptiva del niño como de los padres. Se solicitó a los padres que comenzaran a registrar la frecuencia de las rabietas durante dos semanas. Asimismo, se les instruyó para emplear, a partir de ese mismo día, un “tiempo especial de juego” (TEJ) con el niño en casa. Durante cinco minutos al día debían jugar por separado a un juego seleccionado por el menor y tratar de prestarle atención.

En la *segunda sesión* se reforzó positivamente la aplicación del TEJ en casa y que verbalizasen espontáneamente cómo les había hecho sentir la práctica, lo que se consideró como una CCR2 (compromiso con la terapia, exposición al malestar).

Se comenzó así a utilizar también FAP desde esta sesión. Se administró el ECBI, se explicó cómo realizar extinción a las rabietas y se trabajó para debilitar algunas reglas verbales de los padres identificadas como CCR1 (p.ej., “ser mal hijo”, “lo que debería hacer a su edad”, etc.). El padre señaló que el comportamiento del niño había empeorado tras intentar poner límites, lo que se consideró una CCR2 (compromiso con la terapia, actuación en dirección a los valores, moldeamiento del estilo educativo). Se normalizó la situación y se validó emocionalmente al padre mediante la metáfora de “*Curar la herida*” de ACT (Hayes, 2013), relacionándola con sus valores parentales.

En la *tercera sesión* se explicaron las ventajas e inconvenientes de que uno de los padres comenzase primero el juego con Ismael (mayor motivación del niño y oportunidad de observación para el otro), así como la utilidad de alternar turnos. La madre propuso empezar primero tras la inacción del padre (una CCR1 como evitación experiencial). La terapeuta presentó modelos con diversos juegos. Los padres indicaron la aparición de nuevas conductas disruptivas como insultos graves hacia la madre, revolcarse en el suelo durante las rabietas, gestos violentos hacia el hermano y el aumento de dar portazos. Se les explicó la metáfora de ACT “*El mando a distancia*” para ilustrar lo que ocurre en el proceso de extinción: cuando el mando a distancia de la televisión no responde (extinción) provoca una mayor variabilidad de conductas (pulsar otros botones o con mayor intensidad, cambiar la posición de las pilas, golpear la televisión), y era el efecto que se observaba en el niño (Rodríguez-Bocanegra & Ferro-García, 2023). El padre indicó a solas a la terapeuta que la madre no estaba actuando de manera consistente en la extinción de rabietas (CCR1 de evitación, al no tratarlo directamente con ella). La madre, también en privado, indicó que se sentía sola y en ocasiones despreciada por su pareja, lo que se consideró como una CCR2 (expresión adaptativa de emociones y orientada a la mejora de la relación terapéutica). Por su parte, Ismael se mostró poco hablador (CCR1), aunque colaborativo con la terapeuta (CCR2).

En la *cuarta sesión* se inició formalmente la fase CDI, donde se explicaron las habilidades PRIDE y los criterios a alcanzar. Se entrenó primero con la madre y después con el padre, con modelos de la terapeuta. Ambos padres se mostraron abiertos y colaborativos (CCR2), incluyendo la expresión emocional del padre en varias ocasiones (CCR2). Ismael, por su parte, seguía poco hablador con la terapeuta (CCR1). La madre informó de un nuevo embarazo.

En la *quinta sesión* los padres señalaron una mejora significativa en el comportamiento del niño: recogía sus juguetes, era más obediente, y mostraba mejor comportamiento en general, más participativo en las asambleas del colegio. Se continuó con el entrenamiento en CDI. Ismael comenzó a mostrarse más hablador con la terapeuta (CCR2), al igual que el padre que expresó su agradecimiento (CCR2).

En la *sexta sesión* se administró de nuevo el ECBI para evaluar la evolución. El padre informó de un descenso de los llantos de Ismael, y de un incremento de las conductas positivas en casa: mayor obediencia con ambos padres, recogía sus juguetes de forma espontánea, y comía mejor, sin quejas. El padre expresó estos avances en varias ocasiones (CCR2, compromiso con la terapia), y además comenzó primero la interacción de juego y se mostró más sensible a las correcciones de la terapeuta

(CCR2). También la madre informó de esas mejoras, y que ella misma se comportaba de forma menos “normativa” y “más cariñosa” (CCR2, actuar en dirección a los valores, establecer una relación entre los hechos, cambio del estilo educativo).

En la *séptima sesión* el padre informó de una menor duración de las rabietas y utilizó la metáfora de “*El mando a distancia*”, indicando un cambio en su estilo educativo y mayor compromiso con la terapia (CCR2). La madre informó a la terapeuta sobre el consumo de sustancias por parte del padre, y su deseo de solicitar el divorcio después del nacimiento del bebé.

En la *octava sesión* la madre señaló un empeoramiento en el comportamiento de Ismael, pues debido a las vacaciones de verano se habían saltado algunas rutinas. Informó que había vuelto a utilizar en varias ocasiones el “*método de la chancla*” (agresión física). Se le recordó el objetivo de la terapia apelando a sus valores, y más tarde se continuó con el entrenamiento en CDI.

En la *sesión novena* ambos padres señalaron una estabilidad en la conducta de Ismael y una mejora en el seguimiento de instrucciones, pues ya obedecía a la primera orden de manera espontánea. Se instruyó a los padres sobre cómo aplicar un tiempo-fuera como alternativa en caso de agresiones físicas.

En la *décima sesión*, el padre informó a la terapeuta, en presencia de su pareja, sobre un empeoramiento del trato que recibía de ella, con menos paciencia y con insultos graves. Esta verbalización se consideró como una CCR2, pues expresaba el malestar que tenía de forma directa. La terapeuta moldeó y confrontó con sus valores. La madre señaló haber practicado un tiempo fuera en un episodio ante una disruptiva grave de Ismael, y reconoció que le fue muy útil (CCR2, compromiso con la terapia, actuar en dirección a los valores, y cambio del estilo educativo). En esta sesión solo se realizó el entrenamiento CDI con el padre.

En la *undécima sesión*, en el entrenamiento CDI, la madre se quedó cerca de alcanzar los criterios de dicha fase y el padre mejoró notablemente. La madre pidió consejo sobre cómo manejar las conductas disruptivas del niño en público (CCR2, compromiso con la terapia, actuar en dirección a sus valores). A partir de esta sesión, y puesto que la frecuencia de rabietas semanal era prácticamente cero, los padres dejaron de anotarlas.

En la *sesión duodécima* se cumplimentó de nuevo el ECBI, y se les informó sobre los resultados de los datos obtenidos hasta el momento. Dado el progreso de ambos padres en la sesión CDI, se trabajó en la sesión didáctica y primer entrenamiento de la fase PDI, con el objetivo de aumentar la motivación de los padres para incrementar la obediencia del niño. La terapeuta les explicó y presentó modelos sobre cómo elogiar la obediencia y cómo dar órdenes efectivas, y les recordó cómo aplicar correctamente un tiempo-fuera.

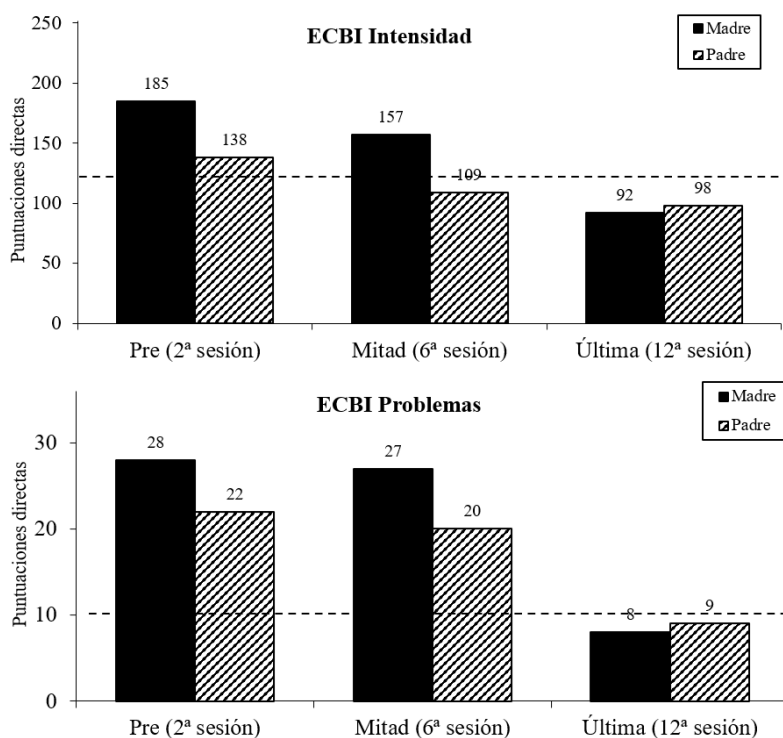
En la *sesión decimotercera y última*, el padre solicitó más ayuda para dar órdenes efectivas (CCR2 por ser una petición directa). Semanas después las circunstancias de la terapeuta hicieron que tuviese una baja por maternidad, por lo que se interrumpió la intervención. Sin embargo, tras dos meses, intentó contactar de nuevo con la familia para retomar el tratamiento, pero rechazaron continuar, ya que los avances se mantenían y se mostraban satisfechos con lo conseguido.

Resultados

Los resultados pre-post intervención en el cuestionario ECBI mostraron una disminución significativa en ambas subescalas. En la subescala de *Intensidad*, que inicialmente tenía puntuaciones muy por encima del criterio clínico (124) en ambos padres, disminuyeron hasta estar por debajo ese punto de corte: la madre obtuvo 92 puntos y el padre 98 puntos. Por su parte, la subescala de *Problemas* también disminuyó sus puntuaciones, desde mostrar unas puntuaciones que duplicaban el criterio clínico (10 puntos), hasta solo 8 puntos en la madre y 9 puntos en el padre, ambos por debajo del punto de corte. En la Figura 2 pueden observarse esos cambios en ambas subescalas y para cada padre.

Figura 2

Resultados de la Subescala Intensidad del Cuestionario ECBI a lo Largo de Todo el Proceso de Intervención. Arriba en la Subescala de Intensidad (Criterio 124 Puntos), y Abajo en la Subescala de Problemas (Criterio 10 Puntos)



En la Tabla 2 se presentan los resultados obtenidos por ambos padres a través del sistema de codificación DPICS durante la fase CDI. Se observa una adquisición progresiva de las habilidades PRIDE (*elogios, reflejos, imitaciones, descripciones*,

y disfrute) de manera paulatina, así como una mayor sensibilidad al comportamiento adecuado de Ismael, y una extinción selectiva de las conductas inadecuadas. Las interacciones no deseables como órdenes, preguntas, correcciones o críticas se redujeron de manera notable. Puede observarse en los datos cómo inicialmente ambos padres realizaban un mayor número de preguntas y daban más órdenes. Progresivamente fueron cambiando, aumentaron las verbalizaciones de reflejo y los elogios, superando en la última sesión los niveles iniciales.

En cuanto a la fase PDI únicamente pudo realizarse una sesión de entrenamiento. En ella, el padre emitió cuatro órdenes efectivas: directas y seguidas de elogio por el cumplimiento (*obediente, rápido y gracias*). El 100% de ellas fueron seguidas rápidamente por el niño, alcanzando así el criterio establecido. La madre emitió cuatro órdenes directas y cinco indirectas y elogió adecuadamente el cumplimiento. El 100% de ellas fueron también seguidas rápidamente por el niño. Ismael obedeció a la primera instrucción en todas las órdenes recibidas, excepto en una del padre, que obedeció tras la segunda instrucción.

Tabla 2

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

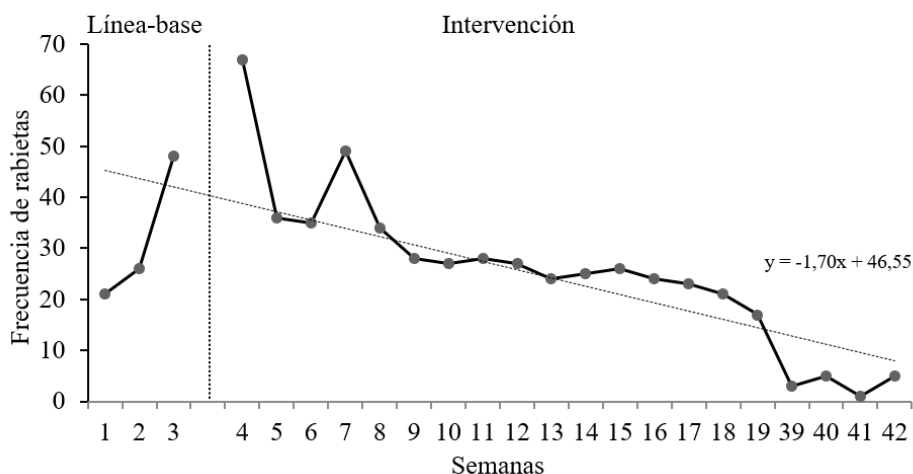
Evaluaciones	Pre		1		2		3		4		5		6		7	
Sesión n°	2		4		5		6		7		8		10		11	
Progenitor	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P
Descripciones	2	0	0	0	0	0	2	2	4	2	2	5	-	1	5	6
Elogios	0	0	0	2	1	1	4	4	6	7	9	7	-	7	11	6
Etiquetados																
Reflejos	0	1	3	0	10	4	9	2	12	5	4	5	-	6	16	7
Preguntas	11	2	4	1	8	6	6	4	4	4	1	4	-	4	3	3
Órdenes	2	14	0	1	0	2	0	4	2	2	4	1	-	3	1	3
Correcciones / Críticas	0	3	0	0	0	2	0	1	2	0	0	0	-	0	0	0

Nota. M = madre, P = padre.

Por otro lado, los padres registraron diariamente la frecuencia de las rabietas de Ismael. En la Figura 3 se recoge la frecuencia semanal de estas conductas a lo largo de toda la intervención. Durante las primeras semanas (fase de línea-base), se observaron frecuencias de 20 y 25 rabietas. En la cuarta semana, la frecuencia alcanzó su punto máximo (67 rabietas) como consecuencia del fenómeno natural de extinción de las mismas. La conducta disruptiva comenzó a disminuir a partir de la novena semana, hasta prácticamente desaparecer durante el último mes de intervención. La tendencia descendente resulta evidente en la Figura 3. La línea de tendencia ajustada muestra una ecuación de ($y = -1.70 + 46.55$), lo que confirma esa tendencia negativa en los datos, con valores próximos a cero al final del periodo.

Figura 3

Frecuencia Semanal de Rabietas de Ismael a lo Largo de Todo el Proceso de Línea-Base e Intervención

**Discusión**

La PCIT está respaldada por 40 años de estudios experimentales, clínicos y teóricos (Valero-Aguayo et al., 2021). Ha mostrado ser una terapia eficaz para trabajar con los problemas de conducta en la infancia, así como otras problemáticas como el TDAH, el TND, y situaciones de riesgo o presencia de maltrato infantil (Ferro-García et al., 2021). Sin embargo, la variabilidad y complejidad de cada familia exige una filosofía contextual y un carácter idiosincrático en las terapias infantiles. Esta perspectiva permite generar cambios profundos y significativos en los estilos de crianza y promover un entorno saludable para el desarrollo del menor, incluso cuando existan factores de riesgo que dificulten el éxito terapéutico.

El presente estudio se considera como una intervención en un caso complejo, dado que confluían varios factores de riesgo para el éxito terapéutico y de posible abandono prematuro de la terapia, como ya se ha estudiado en la literatura (Nock & Ferriter, 2005; Robles & Romero, 2011): padres con estilos parentales disfuncionales, problemas maritales, discrepancias familiares, abuso de sustancias por parte del padre, así como un patrón de personalidad evitativo, nivel educativo y económico medio-bajo y dificultades logísticas para acudir a terapia.

Uno de los objetivos de esta intervención fue modificar el estilo autoritario de la madre y el estilo permisivo-negligente del padre, orientándolos hacia patrones de crianza más adecuados y funcionales para el desarrollo conductual y emocional de Ismael. Investigaciones previas, como la de Bagnery Eyberg (2003), ya señalaban que

la presencia de al menos un padre involucrado favorecía las ganancias terapéuticas. En este caso, aunque ambos padres presentaban inicialmente estilos disfuncionales, su demanda de ayuda y su sistema de valores evidenciaron que no pretendían infligir maltrato, sino responder a sus propias limitaciones. La intervención ha logrado modificar el estilo educativo de ambos padres. Las habilidades de interacción con su hijo han mejorado significativamente: la madre se ha mostrado más cálida y afectuosa, y el padre más comunicativo, valiente y presente.

En relación con las discrepancias familiares, durante la intervención la madre se planteó la posibilidad de divorcio, opción que finalmente no materializó para preservar la estabilidad emocional de sus hijos. No obstante, esta situación podría haber afectado a su propio estado emocional, y, en consecuencia, a los resultados de la terapia. Hubiera resultado útil la valoración del conflicto marital, puesto que existe una amplia evidencia que respalda la idoneidad de la PCIT en familias con padres separados y niños con problemas de conducta (Smith et al., 2024).

En cuanto al abuso de sustancias por parte del padre, la literatura indica que los niños expuestos a esta situación pueden presentar problemas de conductas externalizantes en el hogar, tales como desobediencia, agresión, dificultades en el control de impulsos, alteraciones del sueño, baja autoestima y menor apego parental (McNeil & Hembree-Kigin, 2011). A menudo, los padres minimizan o niegan el impacto de su consumo en la dinámica familiar. En este caso en concreto, el padre no reveló inicialmente esta circunstancia, lo que también pudo influir en su propio estado emocional y en los resultados de la terapia. Una vez que la relación terapeuta-padre hubiese alcanzado una fase intermedia en términos de FAP (Valero-Aguayo & Ferro-García, 2015), habría sido recomendable abordar esta problemática (McNeil & Hembree-Kigin, 2011). Estudios recientes muestran mejoras significativas del comportamiento infantil al aplicar PCIT en familias con historial de abuso de sustancias (Victory et al., 2025).

Otros factores de riesgo presentes en este caso fueron el bajo nivel educativo de los padres, las dificultades logísticas para acudir a terapia y el nivel económico medio-bajo de la familia. La literatura especializada asocia ese bajo nivel educativo con una menor implicación y un mayor riesgo del abandono temprano (Nock & Ferriter, 2005; NICE, 2006; Ufford et al., 2022). En este caso, la frecuencia de sesiones fue inferior a la recomendada en un programa de entrenamiento para padres. Es posible que la familia hubiera de tomar decisiones difíciles sobre la distribución de sus recursos económicos, priorizando en ocasiones otras necesidades por encima de la asistencia a terapia o los problemas que se abordaban en ella.

Este estudio no está exento de limitaciones. Metodológicamente, podría haberse mejorado mediante el cálculo de la fiabilidad interobservadores en el registro de las conductas durante las sesiones. Por otra parte, el análisis de los resultados se ha basado exclusivamente en la comparación visual. Aunque este tipo de análisis es suficiente para valorar el efecto del tratamiento en caso único, la inclusión de un estadístico complementario de comparación pre-post, enriquecería la interpretación de los resultados y facilitaría la comparación con estudios previos y futuros.

A pesar de estos factores, los resultados de la intervención han sido positivos, ya que los objetivos terapéuticos planteados por los padres se han alcanzado. Se

considera, por tanto, que la intervención combinada ha sido adecuada para abordar este caso complejo. Diversos elementos han contribuido a su eficacia: estructurar las sesiones lo máximo posible, establecer metas realistas, analizar funcionalmente las CCR, destacar la idoneidad de la PCIT junto con ACT y FAP, y presentar modelos prácticos de las habilidades terapéuticas. En este último aspecto, cabe señalar que el uso de elogios etiquetados por parte de la terapeuta hacia los padres, de manera paralela a cómo ellos debían emplearlos con su hijo, por sus logros y mejora en sus competencias, ha sido un elemento clave. Además, dado que estos padres no solían recibir este tipo de reconocimiento en su contexto habitual, esta práctica pudo aumentar su confianza y autoestima para criar a sus hijos, así como la probabilidad de adherencia y continuidad con el tratamiento. Se podría plantear que la propia demanda de asistencia psicológica, junto con la mejora tanto en habilidades parentales como en la conducta del niño, han funcionado como un reforzador natural que mantuvo la adherencia al tratamiento durante la mayor parte del proceso. Otro factor que pudo contribuir a ello, como han señalado otros estudios (Liebsack et al., 2021), fue el estilo comprensivo y afectuoso de la terapeuta, al abordar y aclarar las situaciones problemáticas demandadas desde un principio, así como su actitud no juiciosa ante el ritmo de avance de estos padres.

En vista de estos resultados prometedores, cabe señalar que la combinación de la PCIT con la ACT y la FAP puede resultar adecuada para intervenir en casos difíciles. Esta propuesta, aún novedosa, se inscribe en la línea de otros trabajos previos que han explorado dicha integración (Ascanio-Velasco & Ferro-García, 2018; Ferro-García et al. 2017; Rodríguez-Bocanegra & Ferro-García, 2023). La conceptualización de las CCR de los padres y el hijo, junto con el uso de las reglas propuestas por la FAP, facilitó la mejora de la intervención por parte de la terapeuta. Además, el moldeamiento de los valores parentales mediante metáforas y otros elementos de la ACT contribuyó a modificar el estilo educativo de ambos padres, promoviendo una mayor flexibilidad psicológica y una aproximación experiencial a sus eventos privados con el fin de conseguir la crianza deseada.

No obstante, los resultados deben interpretarse con cautela. Al tratarse de un estudio de caso único, los resultados no son susceptibles de generalización a otros casos diferentes, por lo que sería recomendable seguir investigando en esta línea de trabajo. Como reflexión final, los autores de este trabajo defienden la idoneidad y la efectividad de esta integración de enfoques para que los padres aprendan a manejar los problemas de conducta infantiles, desarrollen mayor flexibilidad psicológica, estén presentes en la crianza de sus hijos, y actúen en dirección a sus valores, con el fin de mantener una relación positiva con sus hijos. De manera más amplia, se subraya la importancia de considerar los factores contextuales en la intervención psicológica, adaptando el tratamiento a las dinámicas sociales e interacciones específicas de cada familia para que puedan responder de manera más flexible, duradera y funcional.

Referencias

- Abrahamse, M. E., Junger, M., Leijten, P. H., Lindeboom, R., Boer, F., & Lindauer, R. J. (2015). Psychometric properties of the Dutch Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) in a community sample and a multi-ethnic clinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37(4), 679-691. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9482-1>
- Ascanio-Velasco, L., & Ferro-García, R. (2018). Combinando la terapia de aceptación y compromiso con la terapia de interacción padres-hijos en un niño con graves problemas de conducta. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(1), 57-62. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2018.05.1.8>
- Axline, V. M. (2004). *Terapia de juego*. Editorial Diaria. [Obra original publicada en 1947]
- Bagner, D. M., & Eyberg, S. M. (2003). Father involvement in parent training: when does it matter? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(4), 599-605. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3204_13
- Barlow, J., & Stewart-Brown, S. (2000). Behavior problems and group-based parent education programs. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 21(5), 356-370. <https://doi.org/10.1097/00004703-200010000-00007>
- Barnes-Ross, M., & Stokes, T. F. (2024). A comparative analysis of Parent-Child Interaction Therapy procedures used to facilitate verbalizations by children with autism. *Education and Treatment of Children*, 47(3), 245-257. <https://doi.org/10.1007/s43494-024-00130-3>
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monograph*, 4(1, Pt. 2), 1-103. <https://doi.org/10.1037/h0030372>
- Baydar, N., Reid, M. J., & Webster-Stratton, C. (2003). The role of mental health factors and program engagement in the effectiveness of a preventive parenting program for Head Start mothers. *Child Development*, 74(5), 1433-1453. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00616>
- Benavides-Nieto, A., Quesada-Conde, A. B., Romero-López, M., & Martínez, M. C. P. (2016). Programas de formación de padres y su influencia en la prevención de problemas de conducta. En J. J. Gázquez (Coord.), *Investigación en el ámbito escolar: Un acercamiento multidimensional a las variables psicológicas y educativas* (Volumen II, pp. 53-58). ASUNIVEP. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/libro/682131.pdf>
- Brestan, E. V., Jacobs, J. R., Rayfield, A. D., & Eyberg, S. M. (1999). A consumer satisfaction measure for parent-child treatments and its relation to measures of child behavior change. *Behavior Therapy*, 30(1), 17-30. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(99\)80043-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(99)80043-4)
- Calderone, A., Piccolo, A., Latella, D., De Luca, R., Corallo, F., Quartarone, A., Mili, A., Cucinotta, F., & Calabró, R. S. (2025). Parent-Child Interaction Therapy for disruptive behavior: A systematic review of effectiveness in different settings. *Journal of Clinical Medicine*, 14(3), 856. <https://doi.org/10.3390/jcm14030856>
- Chen, Y. C., & Fortson, B. L. (2015). Predictors of treatment attrition and treatment length in Parent-Child Interaction Therapy in Taiwanese families.

- Children and Youth Services Review*, 59, 28-37. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.10.009>
- Chen, Y. C., Fortson, B. L., & Tiano, J. D. (2018). Preliminary validity of the Eyberg Child Behavior Inventory with taiwanese clinic-referred children. *Journal of Child and Family Studies*, 27(12), 3816–3830. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1236-8>
- Comer, J. S., del Busto, C., Dick, A. S., Furr, J. M., & Puliafico, A. C. (2018). Adapting PCIT to treat anxiety in young children: The PCIT CALM program. In L. N. Niec (Ed.), *Handbook of Parent-Child Interaction Therapy: Innovations and applications for research and practice* (pp. 129-147). Springer.
- Coyne, L. W., & 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. <https://www.ijpsy.com/volumen4/num3/95/the-role-of-cognitive-fusion-in-impaired-EN.pdf>
- Davidson, B. C., Davis, E., Cadena, H., Barnett, M., Sánchez, B. E. L., González, J. C., & Jent, J. F. (2021). Universal Teacher-Child Interaction Training in early special education: A pilot cluster-randomized control trial. *Behavior Therapy*, 52(2), 379-393. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.04.014>
- Dombrowski, D. C., Timmer, S. G., Blacker, D. M., & Urquiza, A. J. (2005). A positive behavioral intervention for toddlers: Parent-Child Attunement Therapy. *Child Abuse Review*, 14(2), 132-151. <https://doi.org/10.1002/car.888>
- Eyberg, S. M. (1999). *Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)*. Integrity checklist and session materials [Protocolo no publicado].
- Eyberg, S. M., & Funderburk, B. (2011). *Parent-Child Interaction Therapy Protocol*. PCIT International.
- Eyberg, S. M., & Pincus, D. B. (1999). *Eyberg Child Behavior Inventory and Sutter Eyberg Behavior Inventory-Revised: Professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Eyberg, S. M., & Robinson, E. A. (1983). Conduct problem behavior: Standardization of a behavioral rating scale with adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12(3), 347-354. <https://doi.org/10.1080/15374418309533155>
- Eyberg, S. M., Chase, R. M., Fernández, M. A., & Nelson, M. M. (2014). *Dyadic Parent-Child Interaction Coding System (DPICS): Clinical manual* (4th ed.). PCIT International.
- Eyberg, S. M., & Ross, A. W. (1978). Assessment of child behavior problems: the validation of a new inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 7(2), 113-116. <https://doi.org/10.1080/15374417809532835>
- Fernández de Pinedo, R., Gorostiza, E., Lafuente, P., Ojembarrena, E., & Olaskoaga, A. (1998). Versión española del ECBI (Eyberg Child Behavior Inventory): medida de validez. *Atención Primaria*, 21(2), 65–74. <https://www.elsevier.es/pt-revista-atencion-primaria-27-articulo-measurement-of-the-validity-of-15016>

- Fernández, M. A., & Eyberg, S. M. (2009). Predicting treatment and follow-up attrition in parent-child interaction therapy. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(3), 431-441. <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9281-1>
- Ferro-García, R., & Ascanio-Velasco, L. (2017). *Terapia de Interacción Padres-Hijos*. Síntesis.
- Ferro-García, R., Ascanio-Velasco, L., & Valero-Aguayo, L. (2017). Integrando la terapia de aceptación y compromiso con la terapia de interacción padres-hijos en un niño con trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(1), 33-40. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477152555004>
- Ferro-García, R., Rodríguez-Bocanegra, M., & Ascanio-Velasco, L. (2021). Una revisión sistemática de la efectividad y eficacia de la Terapia de Interacción Padres-Hijos. *Papeles del Psicólogo*, 42(2), 119-134. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2943>
- Ferro-García, R., Valero-Aguayo, L., & López-Bermúdez, M. A. (2009). La conceptualización de casos clínicos desde la Psicoterapia Analítica Funcional. *Papeles del Psicólogo*, 30(3), 3-10. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1754.pdf>
- Girard, E., Wallace, N., Kohlhoff, J., Morgan, S., & McNeil, C. (2018). *Parent-Child Interaction Therapy for Toddlers (PCIT-T)* [Web site]. <https://PCIT-Toddlers.org>
- Hanf, C. (1968). *Modifying problem behaviors in mother-child interaction: The standardized laboratory situation* [Doctoral Dissertation]. University of Oregon Medical School. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED087561.pdf>
- Hayes, S. C. (2013). *Sal de tu mente, entra en tu vida: la nueva Terapia de Aceptación y Compromiso*. Desclée de Brouwer. [Obra original publicada en 2005].
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2015). *Terapia de Aceptación y Compromiso*. Desclée de Brouwer. [Obra original publicada en 1999]
- Jent, J. F., Golson, M., Peskin, A., Rothenberg, W. A., Salem, H., Weinstein, A., Davis, E., Parlade, M., Stokes, J., Brown, T., Berkovits, M., & Garcia, D. (2025). Pocket Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) online for young children with disruptive behaviors: open trial. *Journal of Medical Internet Research*, 27, e69887. <https://doi.org/10.2196/69887>
- Kazdin, A. E. (2021). Single-case experimental designs: Characteristics, changes, and challenges. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 115, 56-85. <https://doi.org/10.1002/jeab.638>
- Kazdin, A. E., & Wassell, G. (1998). Treatment completion and therapeutic change among children referred for outpatient therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(4), 332-340. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.29.4.332>
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2021). *Psicoterapia Analítica Funcional: creando relaciones terapéuticas intensas y curativas*. Psara Ediciones. [Obra original publicada en 1991]
- Kohlhoff, J., Wallace, N., Cibralic, S., Morgan, S., Briggs, N. E., McMahon, C., Hawkins, E., Druskin, L., Owen, C., Lieneman, C., Han, R., Eapen, V., Huber, A., & McNeil, C. B. (2024). Optimizing parenting and child outcomes

- following Parent-Child Interaction Therapy toddler: A randomized controlled trial. *BMC Psychology*, 12, 688. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02171-0>
- Kohlhoff, J., & Morgan, S. (2018). Parent Child Interaction Therapy for Toddlers (PCIT-T). In L. N. Niec (Ed.), *Handbook of Parent-Child Interaction Therapy - Innovations and Applications for Clinical Practice* (pp. 183-199). Springer.
- Kurtz, S., & Chahal, Z. (2023). Parent-Child Interaction Therapy adaptations for young anxious youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 62(10), 556-557. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.07.314>
- Lee, B., & Kim, Y. E. (2025). Exploring the dimensionality of the Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI): a scoping review of its structural models across contexts. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/26408066.2025.2560667>
- Liebsack, B. K., Herschell, A. D., Hart, J. A., Koiko, D. J., & Jackson, C. B. (2023). Family experiences and feedback: An examination of attrition in Parent-Child Interaction Therapy. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 8(1), 10-23. <https://doi.org/10.1080/23794925.2021.2007819>
- Lozano-Rodríguez, I., & Valero-Aguayo, L. (2017). Una revisión sistemática de la eficacia de los programas de entrenamiento a padres. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(2), 85-101. <https://www.redalyc.org/pdf/4771/477152556001.pdf>
- Lundahl, B. W., Risser, H. J., & Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 86-104. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.004>
- MacCoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: parent and child interaction. In P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology* (Vol. 4, pp. 1-101). John Wiley.
- McIntosh, D. E., Rizza, M. G., & Bliss, L. (2000). Implementing empirically supported interventions: Teacher-Child Interaction Therapy. *Psychology in the Schools*, 37(5), 453-462. [https://doi.org/10.1002/1520-6807\(200009\)37:5<453::AID-PITS5>3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/1520-6807(200009)37:5<453::AID-PITS5>3.0.CO;2-2)
- McNeil, C. B., & Hembree-Kigin, T. L. (2011). *Parent-Child Interaction Therapy* (2nd ed.). Springer.
- McNeil, C. B., Quetsch, L. B., & Anderson, C. M. (2019). *Handbook of Parent-Child Interaction Therapy for children on the autism spectrum*. Springer.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2006). *Parent training/education programmes in the management of children with conduct disorders*. NICE.
- Nock, M. K., & Ferriter, C. (2005). Parent management of attendance and adherence in child and adolescent therapy: a conceptual and empirical review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8(2), 149-166. <https://doi.org/10.1007/s10567-005-4753-0>
- Parladé, M. V., Weinstein, A., Garcia, D., Rowley, A. M., Ginn, N. C., & Jent, J. F. (2020). Parent-Child Interaction Therapy for children with autism spectrum disorder and a matched case-control sample. *Autism*, 24(1), 160-176. <https://doi.org/10.1177/1362361319855851>
- Patterson, G. R. (1982). *A social learning approach: coercive family process* (Vol. 3). Castalia.

- Phillips, S. T., & Mychailyszyn, M. (2021). A review of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT): Applications for youth anxiety. *Children and Youth Services Review*, 125, 105986. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2021.105986>
- Phillips, S. T., Druskin, L. R., Mychailyszyn, M. P., Victory, E., Aman, E., & McNeil, C. B. (2025). The efficacy of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) for youth with attention-deficit-hyperactivity disorder (ADHD): A meta-analysis. *Child Psychiatry & Human Development*, 56, 1757-1766. <https://doi.org/10.1007/s10578-024-01678-2>
- Puertas-González, J. A., Ruiz-Castilla, M., Fresneda-López, M. D., & Godoy-García, J. F. (2019). Eficacia de un programa de entrenamiento para padres destinado a mejorar la comunicación oral y la conducta de sus hijos: un estudio preliminar. *Revista de Investigación en Logopedia*, 9(2), 107-127. <https://dx.doi.org/10.5209/rlog.62544>
- Reyno, S. M., & McGrath, P. J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems—a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1), 99-111. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01544.x>
- Rich, B. A., & Eyberg, S. M. (2002). Accuracy of assessment: the discriminative and predictive power of the Eyberg Child Behavior Inventory. *Ambulatory Child Health*, 7(3-4), 249-257. <https://doi.org/10.1046/j.1467-0658.2001.00141.x>
- Robinson, E. A., Eyberg, S. M., & Ross, A. W. (1980). The standardization of an inventory of child conduct problem behaviors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 9(1), 22-28. <https://doi.org/10.1080/15374418009532938>
- Robles, Z., & Romero, E. (2011). Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: Una revisión de su eficacia. *Anales de Psicología*, 27(1), 86-101. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/113511>
- Rodríguez-Bocanegra, M., & Ferro-García, R. (2023). Mejorando la efectividad de la Terapia de Interacción Padres-Hijos con terapias contextuales. Un estudio de caso único. *Apuntes de Psicología*, 41(2), 77-85. <https://doi.org/10.55414/ap.v41i2.1516>
- Romanowicz, M., Saliba, M. T., Wilton, A. R., Garzón Hincapie, J. F., Croarkin, K. S., Saliba, C. T., LeMahieu, A., Drapeau, N., Schlichting, B., Skime, M., Bobo, W. V., Vande Voort, J. L., Shekunov, J., Croarkin, P. E., & Athreya, A. P. (2025). Feasibility of digital augmentation of Parent-Child Interaction Therapy: a randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 8(12), e2548869. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.48869>
- Smith, N. D. W., Jordan, J., & Agazzi, H. (2024). Parent-Child Interaction Therapy with separated parents of a 3-year-old child with conduct problems and callous-unemotional traits. *Clinical Case Studies*, 23(6), 512-531. <https://doi.org/10.1177/15346501241279597>
- Society of Clinical Child and Adolescent Psychology. (2017). *Effective Child Therapy*. Evidence-based mental health treatment for children and adolescents [Web site]. <https://effectivechildtherapy.org/concerns-symptoms-disorders/>
- Ufford, A., Wigod, T., Shen, J., Miller, A., & McGinn, L. (2022). A qualitative analysis of attrition in Parent-Child Interaction Therapy. *International*

- Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 14341. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114341>
- Valero-Aguayo, L., & Ferro-García, R. (2015). *Psicoterapia Analítica Funcional. El análisis funcional de la sesión clínica*. Síntesis.
- Valero-Aguayo, L., Rodríguez-Bocanegra, M., Ferro-García, R., & Ascanio-Velasco, L. (2021). Meta-analysis of the efficacy and effectiveness of Parent Child Interaction Therapy (PCIT) for child behaviour problems. *Psicothema*, 33(4), 544-555. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.70>
- Vess, S. F., & Campbell, J. M. (2022). Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) with families of children with autism spectrum disorder. *Autism & Developmental Language Impairments*, 7, 1-16. <https://doi.org/10.1177/23969415221140707>
- Victory, E. J., Druskin, L. R., Phillips, S. T., Han, R. C., Jean, A., Keen, K. R., Aman, E., Stoker, J., Kirby, J., & McNeil, C. B. (2025). Impact of the opioid crisis on Parent-Child Interaction Therapy outcomes: a mixed-methods, community-based comparison in West Virginia. *Child & Youth Care Forum*, 54(3), 589-619. <https://doi.org/10.1007/s10566-024-09831-7>
- Vives-Montero, C., Cortés-Pendón, D., López-Rubio, S., & Ascanio, L. (2017). Efectos de un programa de formación de padres para reducir conductas perturbadoras infantiles. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(3), 219-227. <https://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.18299>
- Warren, J. M., Halpin, S. A., Hanstack, T. L., Hood, C., & Hunt, S. A. (2022). Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) for families presenting with child maltreatment: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 134, 105942. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105942>
- Zhang, H., Wang, W., & Li, Z. (2024). Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy for maltreated families: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Trauma, Violence & Abuse*, 25(4), 2689-2702. <https://doi.org/10.1177/15248380231222041>

(Received: December 15, 2025; Accepted: April 9, 2026)

Nota

¹Para facilitar la lectura, a lo largo del texto se utilizan los términos padres o niños en masculino como genérico, referido tanto a padres como madres, y tanto a niños como niñas.