

Intervención en valores con familias de riesgo social desde la Terapia de Aceptación y Compromiso ¹

Inmaculada Gómez
Universidad de Almería

María Rosa García Barranco
Servicio Murciano de Salud

Juan Carlos Hódar
Ayuntamiento de Motril (Granada)

María del Mar Martínez
*Consejería de Salud y Bienestar Social,
Junta de Andalucía*

RESUMEN

La aplicación por sí sola de estrategias clásicas de terapia de conducta puede no resultar eficaz en la intervención con familias, fundamentalmente en aquellas con patrones de regulación verbal rígidos y disfuncionales que actúan como barreras psicológicas ante lo que consideran valioso. En este trabajo se analiza la aplicación combinada de estrategias básicas de modificación de conducta y las actuales herramientas terapéuticas de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en la intervención en familias con problemas de maltrato y/o negligencia infantil. Bajo un diseño experimental de caso único A-B con medidas de conductas-objetivo múltiples, se analizan la mejoría de 3 familias en los tipos de interacción familiar, el comportamiento de los menores y el nivel de bienestar o reducción de prácticas de maltrato. Los resultados apuntan la utilidad de ACT para promover cambios en este tipo de problemas y nos indican también las posibles condiciones necesarias para su aplicación.

Palabras clave: terapia familiar, maltrato, clarificación valores, barreras psicológicas

ABSTRACT

The application of classical strategies of behavior therapy may not be effective in the intervention with families, mainly in those with rigid and problematic patterns of verbal and regulation that act as psychological barriers to what they consider valuable. The combined application of basic strategies of behavior modification and current therapeutic tools of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) are applied in families with problems of abuse and / or neglect. Under a single-case experimental design A-B with measures of multiple target behaviors, we analyze the improvement in 3 families in the types of family interaction, children's behavior and well-being or reduction of abuse. The results suggest the usefulness of ACT to promote change in this type of problems and indicate us also the possible conditions necessary for his application.

Keywords: Family therapy, abuse, values clarification, psychological barriers

1 Inmaculada Gómez, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Universidad de Almería; María Rosa García Barranco, Centro de Salud Mental de Loja, Servicio Murciano de Salud; Juan Carlos Hódar, Equipo Tratamiento Familiar, Servicios Sociales, Ayuntamiento de Motril (Granada); y María del Mar Martínez, Centro de Atención Infantil Temprana ASPRODESA, Consejería de Salud y Bienestar Social, Junta de Andalucía.

Correspondencia: Inmaculada Gómez Becerra. Escuela Superior de Ingeniería, despacho 0,50. Universidad de Almería. La Cañada de San Urbano, s/n. 04120 Almería. Teléfono: 950 214 414. Fax: 950 0154 471. Correo electrónico: igomez@ual.es

El maltrato infantil constituye un tema de gran relevancia social, por lo que resulta inquestionable que el estado debe garantizar el derecho del menor a estar protegido del posible daño que le puedan ocasionar otras personas, incluidos sus cuidadores. En este sentido, los programas públicos de tratamiento familiar intervienen en los casos de desprotección familiar detectados con diferentes objetivos: (a) evitar situaciones de desamparo; (b) colaborar con las familias para promover un cambio positivo en sus actitudes y actuaciones de cara a superar las carencias socio-afectivas de esos menores; (c) favorecer aquellos comportamientos parentales que tengan un efecto positivo sobre el desarrollo psicosocial de los menores; y, (d) paralelamente, reducir aquellas prácticas parentales que pueden perjudicar este proceso evolutivo.

En el ámbito de la intervención con familias, los conocimientos, las reacciones, actitudes y creencias que los padres han de aprender o cambiar, ya sea mediante una intervención grupal o individual, pueden ser transferidos a través de las siguientes estrategias:

Primero, instruir tales conocimientos o actuaciones, a través de diferentes modalidades: (a) proporcionar pautas a los padres sobre lo que han de hacer, tanto a través de charlas como en terapia individual; y (b) proporcionar dichas pautas por escrito (desde recordatorio de las pautas indicadas por los profesionales hasta libros de autoayuda). No obstante, estas estrategias basadas en la instrucción directa suelen presentar problemas de adherencia, derivados fundamentalmente de las "teorías implícitas" de los padres sobre sus hijos, el

apego a aquellas estrategias de "modificación de conducta" que vienen aplicando aunque no hayan funcionado, y el modelo paralelo que tienen de cómo ser padres, ya que fueron hijos (Santamaría, Cebolla, Rodríguez, & Miró, 2006).

En segundo lugar, es habitual y efectivo en la terapia a familias, bien como otra estrategia per se o como un elemento complementario del anterior, el hecho de proporcionar modelos de actuaciones adecuadas. Estos modelos pueden ser dados a los padres a través de vídeos o ensayos de casos que describen actuaciones de otros padres. Esta ha sido, junto con las dinámicas de grupo, una de las estrategias más validadas (Laski, Charlop, & Schreibman, 1988; Webster-Stratton, 1998).

Una última estrategia es la aplicación directa de consecuencias diferenciales, es decir, valorar o reforzar las actuaciones correctas de los padres y rectificar o corregir las disfuncionales. Esta última táctica, se suele denominar "demostrar el dominio" y puede estar basada en: (a) situaciones en vivo (por ejemplo, a través de visitas al hogar); (b) bajo condiciones de role-playing (en un contexto simulado se plantea a los padres una serie de problemas sobre los que han de cambiar sus actitudes y reacciones); y (c) en base a grabaciones en casa, que sirven para establecer análisis funcionales en el contexto clínico-educativo con los padres, y conceden una oportunidad al terapeuta para reforzar los logros y para generar en los padres habilidades de autocorrección. Estas tácticas en "demostrar el dominio" no han mostrado ser más eficaces a corto plazo que las dos restantes pero si han tenido efectos robustos en los seguimientos (Meharg & Lipsker, 1991).

En general, la combinación variada de las estrategias anteriores ha demostrado sobradamente su eficacia (Barkley, 1997; Keenan, Kerr, & Dillenburger, 2000; Sanders et al., 2004). Sin embargo, no ha sido validado el papel de los diferentes componentes de estos paquetes de intervención de manera diferencial ni comparativa, por lo que son necesarios más estudios de metaanálisis en la intervención con familias (Beardslee & Gladstone, 2001).

A su vez, entre los principales protocolos de tratamiento en que se han estructurado las estrategias básicas anteriores podemos destacar la Terapia Familiar Funcional y la Terapia de Interacción padres-hijos, que en la misma línea, están mostrando su efectividad en distintos problemas, pero que también necesitan paliar ciertas limitaciones.

En concreto, la denominada Terapia Familiar Funcional –TFF– es una terapia breve que surge hace unos 35 años como un conjunto de principios teóricos basados en la evidencia clínica y que gradualmente ha ido evolucionando con más base científica hasta considerarse uno de los modelos clínicos más maduros en el tratamiento de los menores en riesgo y sus familias (Alexander, Pugh, Parsons, & Sexton, 2002; Alexander, Sexton, & Robbins, 2002; Sexton & Alexander, 2002; Sexton, Weeks, & Robbins, 2003). Se basa en un protocolo clínico articulado en tres fases: (1) enganche y motivación de la familia, (2) cambio de conducta o prácticas parentales y (3) generalización. Cada una de estas fases tiene unos objetivos terapéuticos y unas técnicas, pero de manera genérica los métodos clínicos indicados son los propios

de la terapia y modificación de conducta antes citados (por ejemplo, instruir, modelos, dinámica de grupos, manejo de contingencias, y estrategias de prevención de respuesta).

De otro lado, la Terapia de Interacción Padres-Hijos (Parent-Child Interaction Therapy, PCIT) es una terapia breve para tratar problemas de la infancia, que surgió a finales de los 80, inicialmente formulada por Eyberg (1988) y sistematizada especialmente en dos manuales (Eyberg, 1999; Hembree-Kigin & McNeil, 1995). Integra las técnicas tradicionales de modificación de conducta (métodos operantes: estrategias de control de estímulo y, sobre todo, de manejo de contingencias) con la terapia de juego tradicional desde una perspectiva de la psicología del desarrollo; así se trabaja directamente con las interacciones padre-hijo a través del juego.

Complementariamente a la efectividad de las estrategias hasta aquí indicadas y los sólidos protocolos de la TFF y la PCIT, como aportaciones actuales, se viene considerando que los conocimientos, actuaciones y cambios de actitudes o creencias que se esperan de los padres sean guiados o inducidos a través de una psicoterapia más indirecta, no instruidos directamente.

Prueba de estas estrategias se encuentra en las llamadas terapias de tercera o nueva generación. De entre las aplicaciones en la terapia con padres podemos señalar la práctica de la atención plena, destacando el trabajo de Santamaría et al. (2006), quienes aplican la práctica de la meditación y la atención plena en el entrenamiento de padres. En concreto, estos autores adaptan un programa anterior de Kabat-

Zinn (1997, citado en Santamaría et al., 2006), que parte de tres principios fundamentales: (1) la soberanía de padres e hijos sobre sus propias vidas; (2) la empatía más allá incluso de “ponerse en lugar de otro”; y (3) la aceptación, intentando instaurar una actitud interior de reconocimiento de que las cosas “son como son”, y aunque discrepe de las expectativas de los padres deben aceptar la realidad de sus hijos. Además, proponen doce ejercicios de parentalidad consciente. A su vez, Dumas (2005) desarrolló otro programa de entrenamiento para padres desde la atención plena, que promueve las siguientes habilidades de paternalidad: (1) la escucha facilitadora a fin de “aprehender” la realidad del niño; (2) el distanciamiento suficiente que permita ver a los hijos como distintos de los padres; y (3) no reaccionar en base al automatismo ni de manera visceral, sino tener planes motivados de acción.

De manera similar, en el marco de las terapias de nueva generación, se está validando la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en la intervención con familias, que enfatiza las estrategias de cambio contextual y experiencial y promueve repertorios comportamentales flexibles, eficaces y constructivos que permitan avanzar en dirección a unos valores delimitados, en lugar de centrarse en reducir o eliminar los comportamientos que originan o mantienen los problemas psicológicos. Así, se introducen nuevos componentes en la intervención familiar como son: el proceso de aceptación de los padres y de los hijos de lo que no se puede cambiar y de los pensamientos y emociones no deseados de ambos, para desde ahí trabajar en dirección a

sus valores; y el elemento de distanciamiento, que pretende contrarrestar la fusión cognitiva que a veces está a la base de la función o rol parental desadaptativos (Coyne & Wilson, 2004; Greco & Eifert, 2004). Estos tres componentes claves en la intervención (aceptación, valores y distanciamiento) se abordan a través de diferentes metáforas y ejercicios experienciales, como métodos clínicos; y se están estructurando a modo de protocolo o guía clínica que se detallará más adelante, ya que es el procedimiento de elección en este trabajo. Así mismo, cada vez se encuentran más estudios clínicos con familias que muestran su eficacia (Blackledge & Hayes, 2006; Coyne & Wilson, 2004; Hódar & Gómez, 2007; Martín, Gómez, Maraver, Molinero, & Belda, 2007; Murrell, Coyne, & Wilson, 2005; Murrell & Scherbarth, 2006).

Finalmente, siguiendo esta línea de terapias de nueva generación, la Terapia Familiar Integrativa (Integrative Family Therapy, IFT), según sus autores (Greco & Eifert, 2004), surge de la influencia de la Terapia de Interacción Padres-Hijos (PCIT) y de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Las aplicaciones más recomendadas son en familias en conflicto y adolescentes con Trastornos Negativistas Desafiantes. En ella se integran estrategias de aceptación dentro de una terapia familiar centrada en los valores, balanceando la aceptación y el cambio de acciones y dando importancia al contexto de juego como oportunidad para tales cambios. Por tanto, se puede entender como un tratamiento multicomponente en el que se usan métodos para promocionar la aceptación como: el entrenamiento en

mindfulness (ejercicios de meditación) y el uso de metáforas típicas de ACT. Finalmente, a través de cuestionarios se evalúan y clarifican los valores de todos los miembros de la familia, se les ayuda a distinguir entre lo que son valores y objetivos, y se aborda en cada una de las personas implicadas en el conflicto hacia qué direcciones quiere actuar.

En conclusión, las diferentes terapias de nueva generación detalladas incorporan estrategias para abordar los sentimientos, la conciencia y los valores de las familias además de sus conocimientos y habilidades para la educación de sus hijos y el manejo de los conflictos con estos. De hecho, se considera que los programas de terapia familiar pueden ser de dos tipos: bien dirigidos a mejorar la labor y las pautas concretas de los padres; o bien, encaminados a mejorar el bienestar psicológico de los padres para favorecer que adopten tales prácticas parentales y estilos educativos (Rey, 2006).

Por todo lo indicado, consideramos estas últimas terapias útiles en el ámbito del maltrato o la negligencia infantil, ya que en estas familias destaca la presencia de patrones de funcionamiento familiar incompatibles con lo que desean o valoran en su vida y la de sus hijos. Así ciertos valores personales pueden coordinarse con sus valores como padres o, por el contrario, pueden ser incompatibles o supeditarse unos a los otros en lo que denominamos escala de valores. Por ejemplo, a un progenitor el valor de "ser buen padre" puede resultarle equivalente con ciertos valores (p.e. "tener una casa limpia y ordenada") que comprendería una serie de acciones; pero parale-

lamente, puede resultarle incompatible con otros valores en su vida (p.e. "vivir de manera independiente y sin ataduras") y/o considerarlo jerárquicamente un valor superior o inferior a otros valores (laborales, de relación de pareja, ocio, entre otros). En este sentido, consideramos que para conseguir y mantener un cambio en las familias en una dirección beneficiosa para los menores hemos de evaluar y clarificar necesariamente los valores de los progenitores, ya que estas direcciones valiosas nos serán útiles para "anclar" o encadenar los objetivos que pretendemos y guiarán el buen trato a la infancia, con lo que ya es importante y tiene un significado para ellos.

Bajo la hipótesis anterior, el presente estudio tiene como objetivos:

- a) Sistematizar un procedimiento para la evaluación y clarificación de aquellos valores de los progenitores que controlan sus acciones disfuncionales.
- b) Aplicar un protocolo o guía de intervención basada en las aportaciones de ACT, adaptadas a la intervención familiar para facilitar que los padres adquieran patrones de funcionamiento con sus hijos más adaptativos y de protección.

Método

Participantes

Las tres familias que participaron en el estudio estaban siendo atendidas por presentar problemas de negligencia o maltrato infantil. En primer lugar, participaron dos familias atendidas en un Equipo de Tratamiento Familiar (ETF) de Servicios Sociales de un ayuntamiento. En segundo lugar, y en aras a replicar

los resultados en otro contexto de tratamiento alejado de las funciones culturalmente asociadas a los Servicios Sociales y obtener medidas más pormenorizadas de los logros por reiterativos, se contó con la participación de una tercera familia que recibió tratamiento en un contexto sanitario, en concreto en un Centro de Atención Infantil Temprana (CAIT).

Específicamente, como criterio de inclusión en el estudio se requirió que todas las familias presentaran indicadores de maltrato y abandono emocional, siguiendo los marcadores y niveles de gravedad para la valoración de los diferentes tipos de maltrato del manual de referencia de los Equipos de Tratamiento Familiar del Programa de Tratamiento a Familias con Menores de la Dirección General de Infancia y Familias de la Junta de Andalucía (2005). Además de los indicadores citados, que permitieron homogeneizar las familias estudiadas, las características sociofamiliares idiosincrásicas de cada una de ellas fueron:

- Familia 1: Compuesta por una madre, su hijo de 10 años y la actual pareja de ésta.

- Familia 2: Compuesta por una abuela que ostenta el acogimiento legal remunerado de una nieta de 11 años que reside en una escuela hogar los días lectivos escolares y con la abuela los periodos vacacionales. Además, la menor en esos períodos convive con un tío, la esposa de éste y la hija de ambos (2 años).

- Familia 3: Compuesta por una madre con 4 hijos de dos matrimonios distintos, de 14, 11, 4 y 2 años. La hija de 4 años acude a un CAIT para recibir atención individualizada por problemas en el desarrollo derivados de una parálisis cerebral, y es en este contexto donde la madre

informa que ha sido derivada a los servicios de protección de menores de la provincia con una orden de desamparo de sus hijos, tras intentos infructuosos del ETF correspondiente de que se adhiriera al tratamiento psicológico en su servicio, que la madre explica en base a su “desconfianza” en los profesionales de dicho ámbito.

Medidas

En primer lugar, como medida del grado en el que las necesidades básicas del niño están siendo satisfechas en el núcleo familiar, se utilizó la versión española de la Escala de Bienestar Infantil –CWBS - de Magura y Mosés (1986), validada por De Paul y Arrubarrena (1999), por ser una escala específica para familias que están siendo atendidas en servicios de protección a la infancia, ofreciéndonos puntuaciones en tres dimensiones (cuidado parental, disposición parental y trato que recibe el menor), además de una puntuación global de bienestar del menor.

En aras a complementar dicha medida pre y postratamiento, se elaboró la Escala de Valoración de la Evolución Familiar (Hódar & Gómez, 2007) cuyo formato de respuesta se basa en una escala de frecuencia tipo Likert (ningún día/vez, algunos días/veces, bastantes días/veces, todos los días/veces), cumplimentada por el terapeuta en base a la información aportada por los padres en cada una de las sesiones. En concreto, en cada sesión con la familia 1 y 2 se valoraba la frecuencia de cambios comportamentales de los menores en una dirección positiva y en una dirección negativa y la frecuencia de interacciones cuidador-niño disfuncionales o funcionales para un adecuado

desarrollo psicológico de los menores.

En relación a la réplica realizada con la familia 3, además de la Escala de Bienestar Infantil, también se tomó en cada una de las sesiones una medida de autoinforme sobre la frecuencia con que la madre realizaba actuaciones funcionales, pero en este caso, pormenorizadas por áreas relevantes en el cuidado de los menores (comida, vestuario, higiene, limpieza de la casa, responsabilidad, comunicación y coordinación con maestros).

Las variables de intervención fueron el proceso de evaluación y clarificación de valores y el protocolo de intervención con familias con componentes de ACT.

La evaluación y clarificación de valores se sistematizó a través de un cuestionario diseñado al efecto y que denominamos "Cuestionario de Evaluación de Valores Educativos y Familiares" –CEVEF - (Hódar & Gómez, 2007), que se presenta en el Anexo. En concreto, se evaluaron: 1) los valores personales de los progenitores relacionados con los valores de "ser un buen padre o madre", dar una "buena" educación a los hijos y mantener una adecuada relación con ellos y con la familia en general; 2) los valores opuestos a los valores citados; y 3) la importancia comparativa entre el conjunto de valores expresados y la satisfacción con ellos. Así mismo, se incluyeron preguntas dirigidas a conocer las motivaciones asociadas con la decisión de ser padres, las acciones realizadas en dirección a dichas motivaciones y sus autoevaluaciones como padres. Dicha evaluación se realizó en dos sesiones de una hora de duración, según las dificultades encontradas con cada familia para responder a algunos ítems.

En el protocolo de intervención con estas familias se incluyeron los componentes de aceptación, distanciamiento cognitivo, yo como contexto, contacto con el momento presente, valores y compromiso con la acción. En este sentido, hay que precisar que los componentes incluidos en la intervención no se realizaron en un orden estricto, sino que se aplicaron y retomaron de manera flexible y adaptada a la evolución de cada familia, siempre bajo el objetivo de establecer y/o mantener acciones valiosas para el adecuado desarrollo del menor.

Procedimiento

La intervención se llevó a cabo en un rango de 8 a 9 sesiones de aproximadamente 1 hora de duración, con una periodicidad semanal. Dadas las condiciones del contexto de intervención, en las que necesariamente, por razones éticas, no son posibles diseños de tratamiento reversible ni grupo control, se aplicó un diseño de caso único A-B con réplicas a través de sujeto (que en este caso son cada una de las tres familias) con medidas de conductas-objetivo múltiples pre y post-tratamiento.

La intervención se llevó a cabo a través de las siguientes fases:

Fase 1. Medidas pre-intervención y encuadre del tratamiento. En primer lugar, los pacientes cumplimentaron la citada Escala de Bienestar Infantil (Magura & Mosés, 1986) y se tomaron las primeras medidas de registro con la Escala de Valoración de la Evolución Familiar. Seguidamente, a fin de establecer una óptima alianza terapéutica y minimizar las creencias y actitudes negativas hacia el equipo de tratamiento familiar, se explicitaron los fundamen-

tos, objetivos y naturaleza del tratamiento a realizar. Para tales efectos, se empleó la “metáfora de la casa”¹ (Hódar & Gómez, 2007), que sitúa la responsabilidad del proceso de cambio en las familias, la importancia de sus valores para guiar dicho proceso y los límites a considerar, que son los derechos éticos y legales de los menores y el terapeuta.

Fase 2. Clarificación de valores y análisis de las barreras psicológicas de los padres o tutores. Esta fase se basó en la cumplimentación del CEVEF por cada uno de los tutores del menor. Para ello se dedicaron un máximo de las dos primeras sesiones de 1 hora de duración. Durante dicha evaluación, se solicitó a cada tutor que expresara sus valores en la educación de los menores y que revisara las acciones en dirección a dichos valores, a fin de que diferenciaran lo que en el momento presente eran “valores genuinos” (es decir, aquellos que se reflejan en acciones) de lo que eran denominados “valores vacíos” (es decir, intenciones o descripciones de lo que les gustaría que no implican ninguna acción en dirección, sino

1 La metáfora de “los planos de la casa”, ha sido elaborada por uno de los autores del presente trabajo, y en ella se le plantea a los padres que el proceso de la terapia es como el diseño de los planos de una casa, en los que el terapeuta o psicólogo del ETF es como el arquitecto que los va a diseñar pero ellos son los dueños y futuros habitantes de la casa, de manera que el arquitecto irá dibujando y dando forma a las habitaciones y espacios que ellos quieran tener, pero para ello han de mostrar todo lo que piensan, todos sus gustos y preferencias respecto de cómo quieren que sea la casa, cuántas habitaciones, de qué forma, de qué color, con cuántas ventanas, etc. Así se va dialogando con los padres hasta conseguir de ellos que autoricen la terapia, que entiendan que la responsabilidad de los contenidos que allí se lleguen a tocar y, por tanto, intervenir sobre ellos no es del terapeuta (ahora simbólicamente transformado en arquitecto) sino de la familia (los habitantes). Así como se afianza la alianza terapéutica y se comprometen en dejar al terapeuta inspeccionar los sentimientos, pensamientos y creencias de la familia de manera honesta.

que se explicitan por otras motivaciones; por ejemplo, evitar juicios negativos de otras personas, o evitar medidas administrativo-legales o patrones de autoengaño). Para encuadrar dicha evaluación se utilizaron metáforas como la del “jardín” y ejercicios como el del “funeral” (véanse estas metáforas y ejercicios, así como los que siguen, bien en Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999; o bien, en Wilson & Luciano, 2002).

Fase 3. Implementación del protocolo de tratamiento. El protocolo de tratamiento se llevó a cabo en 7 sesiones de 1 hora de duración. Los componentes y métodos clínicos aplicados fueron los siguientes:

I. Desesperanza creativa: el objetivo de este componente es que las familias tomen conciencia y contacten emocionalmente con la ineficacia de determinadas estrategias de evitación, dado que han resultado incompatibles con comportamientos dirigidos a reducir el riesgo y aumentar el bienestar de los menores. Se utilizaron, fundamentalmente, la metáfora del “granjero y el asno” y la del “hombre en el hoyo”.

II. Distanciamiento cognitivo o toma de perspectiva: este componente, basado en ejercicios y metáforas como la del “autobús y los pasajeros” y la del “tablero de ajedrez”, está dirigido a facilitar que el paciente discrimine entre el yo-contexto y el yo-contenido², entre

2 Entendiendo la formación del YO como un proceso continuo que se crea desde la infancia, igual que otras discriminaciones relevantes para la vida, una abstracción que la persona va aprendiendo a través de numerosas experiencias que concurren en un lugar que es ella misma. El YO presenta tres dimensiones básicas cuyas características responden a la historia de vida de cada persona: El YO *conceptual* o *como el contenido verbal* comprende lo que se piensa, se siente, se recuerda, se opina, se cree, se sueña, etc. El YO *como un proceso* en marcha de los contenidos, comprende el acto de pensar, sentir, imaginar, recordar; es aprender los

evaluaciones y descripciones, entre la valoración como un sentimiento y como un acto y la relación entre las respuestas emocionales y la historia personal.

III. Aceptación de las emociones y los pensamientos: se introducen ejercicios experienciales y metáforas dirigidas a fomentar que cada familia “haga un hueco psicológico” a los eventos que evita y que suponen barreras para comportarse en direcciones valiosas. Se plantea la posibilidad de que la principal barrera pueda ser no aceptar, o lo que es igual querer controlar aquellos pensamientos o sentimientos que escapan de nuestro control (en la línea de lo indicado en Barraca Mairal, 2011). Las metáforas utilizadas fueron la de “la pantalla del ordenador”, “las dos caras de la moneda”, “el autobús y los pasajeros”, “la lucha con el monstruo”, “el polígrafo”, y “enseñar a nadar”; a

procesos que la comunidad verbal entiende como importantes, es una parte de la socialización que ocurre a la par que se forman las relaciones entre una serie amplia de eventos entendidos como sensaciones, predisposiciones, etc. El *YO como contexto*, el yo que trasciende, es el yo como el lugar y fondo sin fin de todos los contenidos y procesos, proviene de la toma de perspectiva, de manera que a base de practicarla se produce la transcendencia del yo. (Barnes-Holmes, Hayes, & Dymond, 2001).

la par que ejercicios como el de “la escala de la ansiedad y la acción”, el del “elefante rosa”, “sacar la mente a pasear” o el de “la lucha con las tarjetas”. Así mismo se introdujeron ejercicios de fisicalización de los eventos que funcionaban como barreras para facilitar la flexibilidad comportamental y cognitiva.

IV. Establecer compromisos: se basa en facilitar que los cuidadores expliciten compromisos concretos de acciones más funcionales, en dirección a sus valores.

En cada una de las sesiones el terapeuta cumplimentaba la Escala de Valoración de la Evolución Familiar. Al final del tratamiento se procedió a la evaluación de la Escala de Bienestar Infantil.

Resultados

Todas las familias muestran adherencia al tratamiento y mejoría en las variables de cambio analizadas. Concretamente, las mejorías observadas entre las medidas pre y postratamiento de cada una de las familias son:

La familia 1 obtiene tras el tratamiento mejores puntuaciones en la Escala de Bienestar

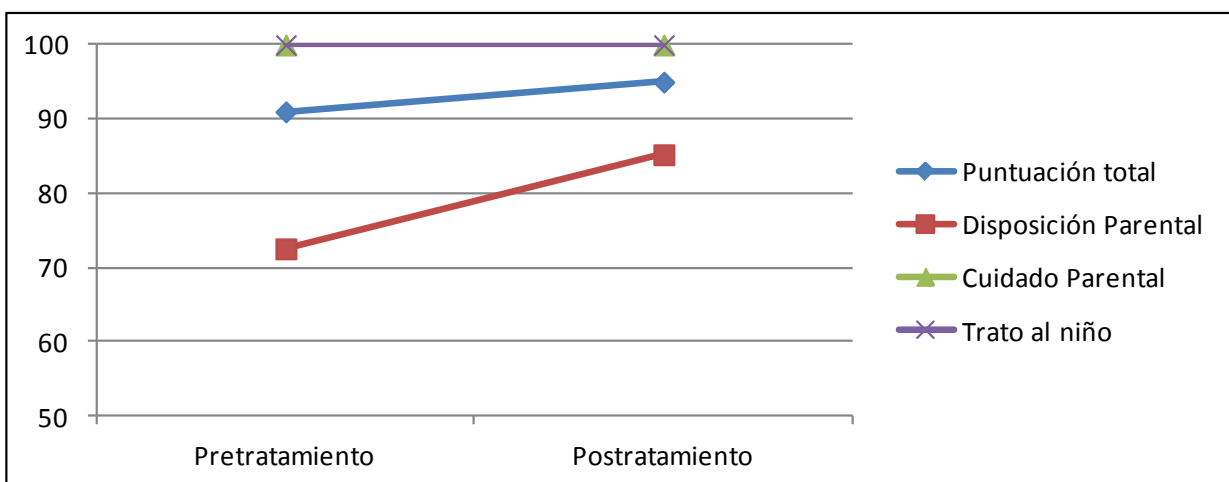


Figura 1. Puntuaciones pretratamiento y postratamiento de la familia 1 en la Escala de Bienestar Infantil.

Infantil (ver figura 1), tanto en la puntuación total como en la dimensión de disposición parental. Las puntuaciones en las dimensiones de cuidado parental y trato al menor alcanzaron la puntuación máxima en la evaluación

pretratamiento, y se mantuvieron estables tras el tratamiento.

Además, se observa una mejoría en las interacciones de los cuidadores con el menor (ver figura 2), ya que aumenta progresivamen-

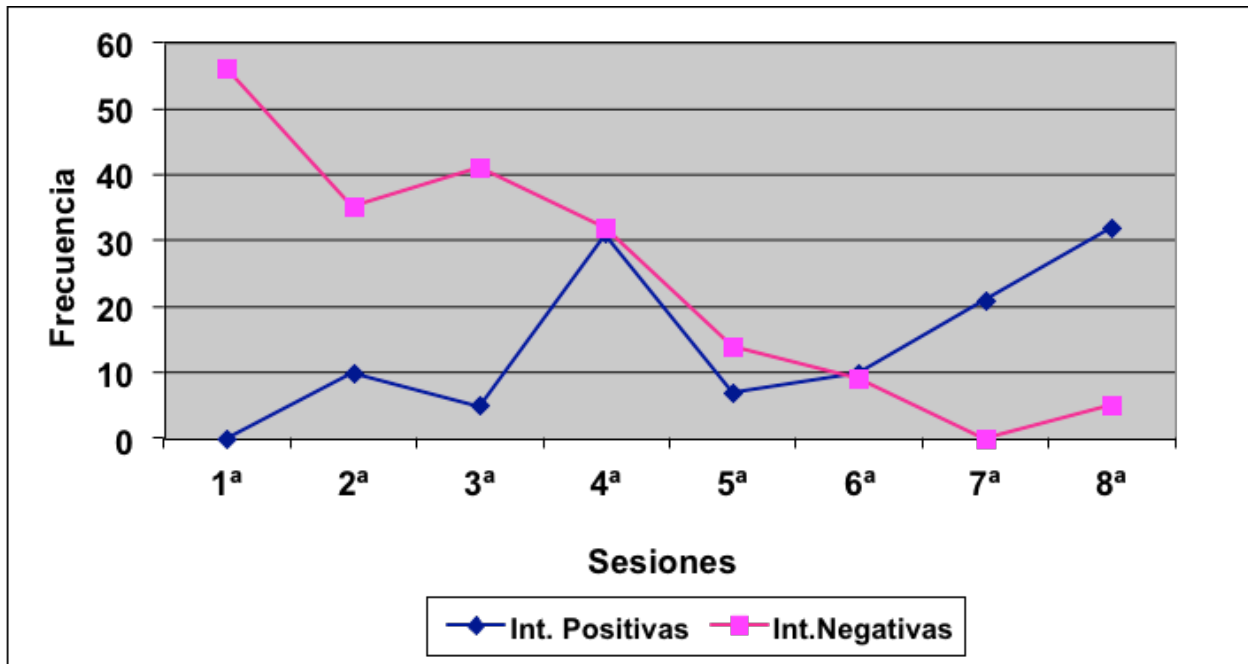


Figura 2. Informes de los cuidadores de la familia 1 de interacciones positivas y negativas con el menor.

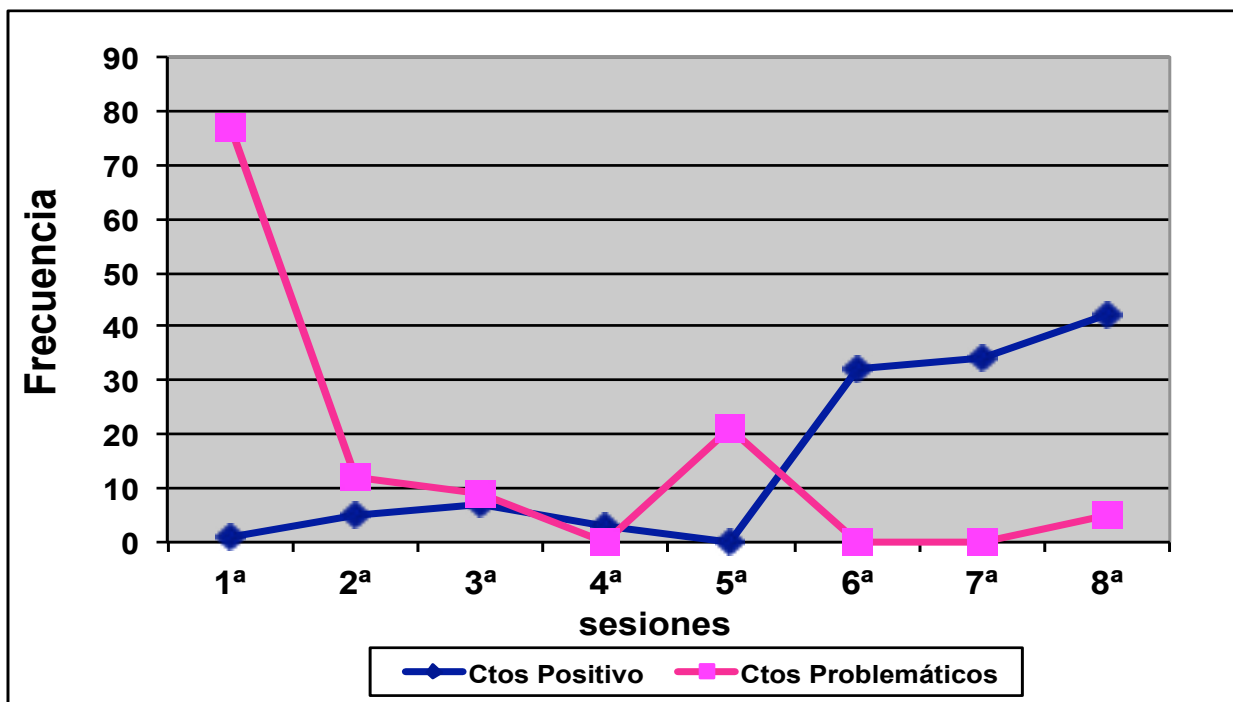


Figura 3. Informes de la familia de comportamientos positivos y problemáticos del menor.

te la frecuencia de interacciones positivas y se muestra una clara reducción de las interacciones disfuncionales con el menor. En paralelo, descienden bruscamente los comportamientos problemáticos del menor y aumenta la frecuencia de comportamientos más adaptativos (ver figura 3).

La familia 2 muestra una mejoría en cuanto a las puntuaciones en la Escala de Bienestar Infantil, tanto en la puntuación total como en la puntuación obtenida en las tres dimensiones evaluadas, siendo el aumento más notable en la dimensión de disposición parental (ver figura 4). Complementariamente, se reducen

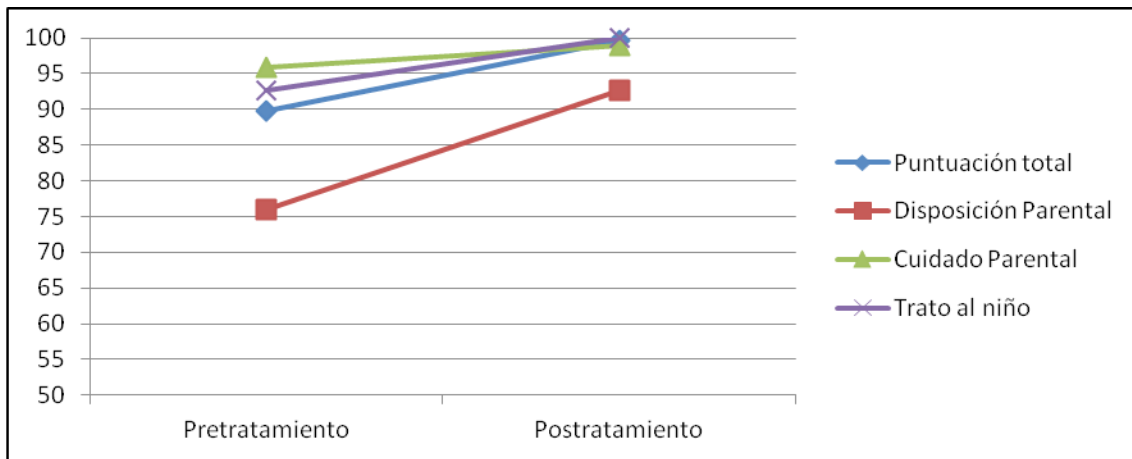


Figura 4. Puntuaciones pretratamiento y postratamiento de la familia 2 en la Escala de Bienestar Infantil.

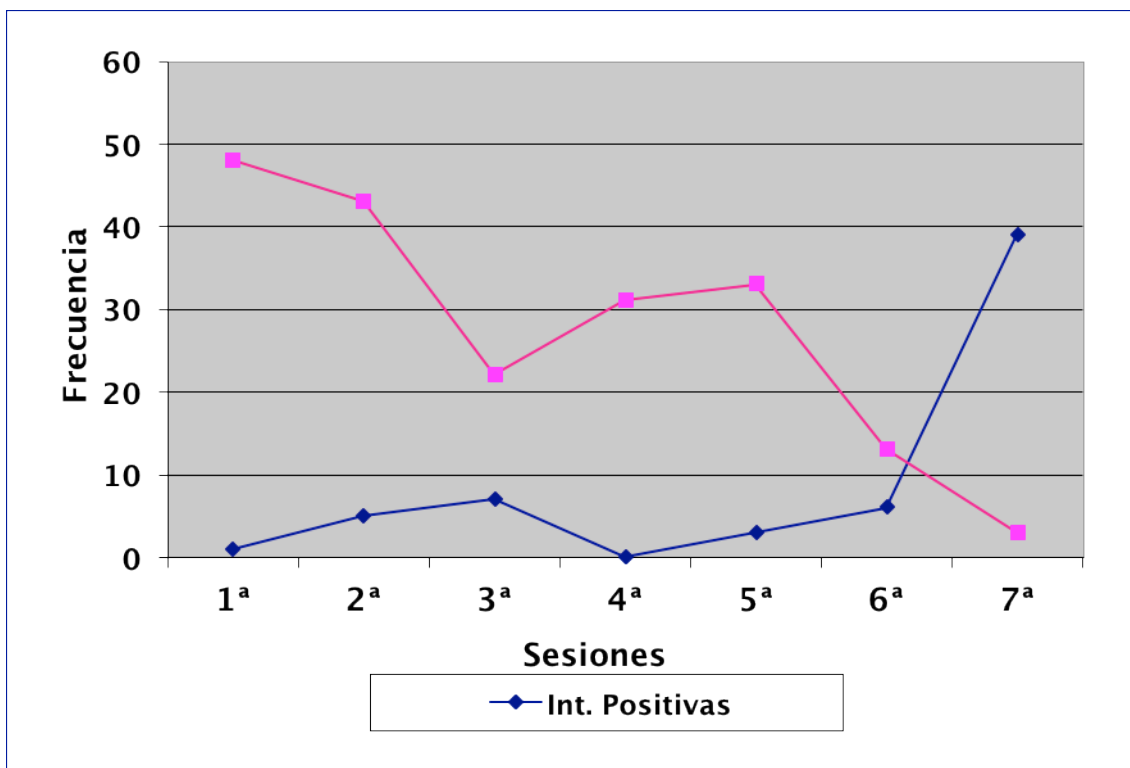


Figura 5. Informes de los cuidadores de la familia 2 de interacciones positivas y negativas con el menor.

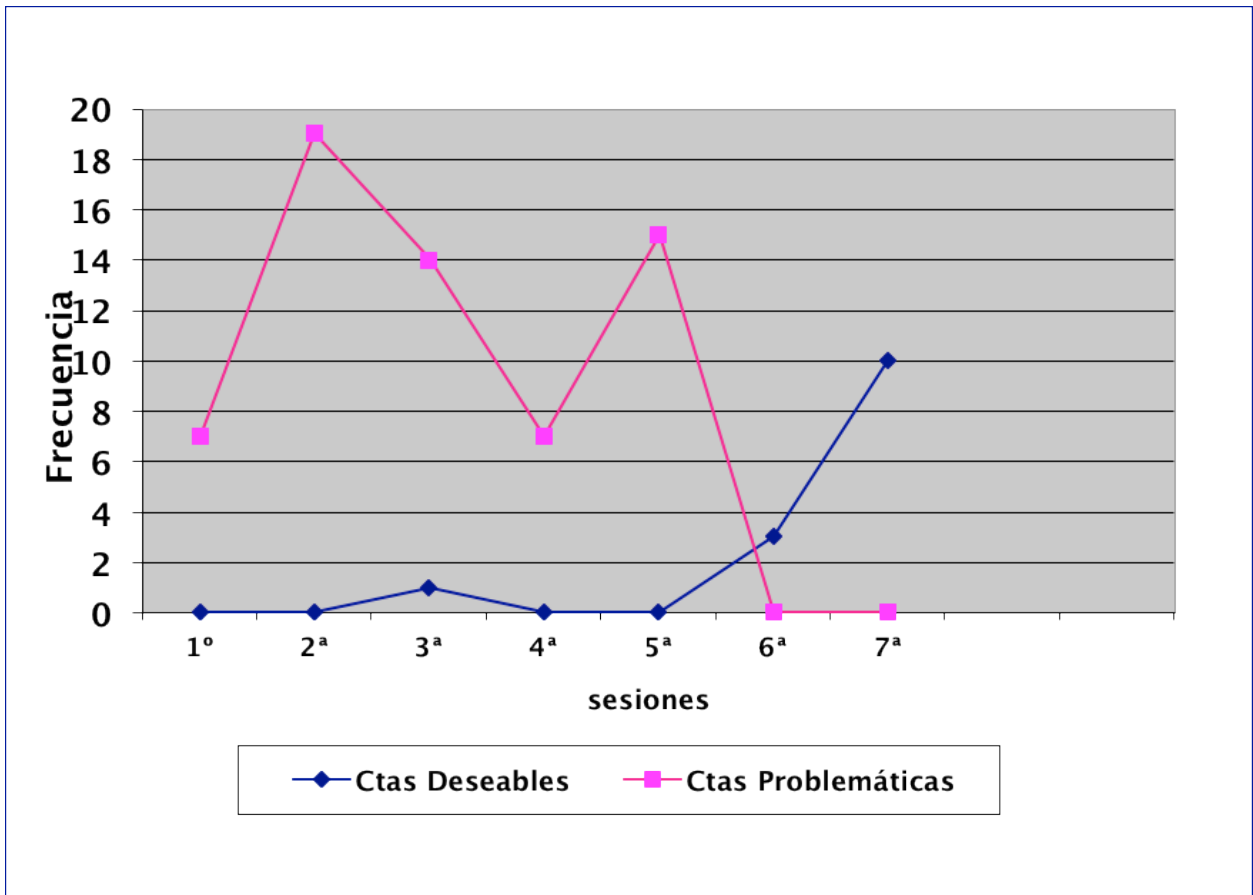


Figura 6. Informes de la familia 2 de comportamientos positivos y problemáticos del menor.

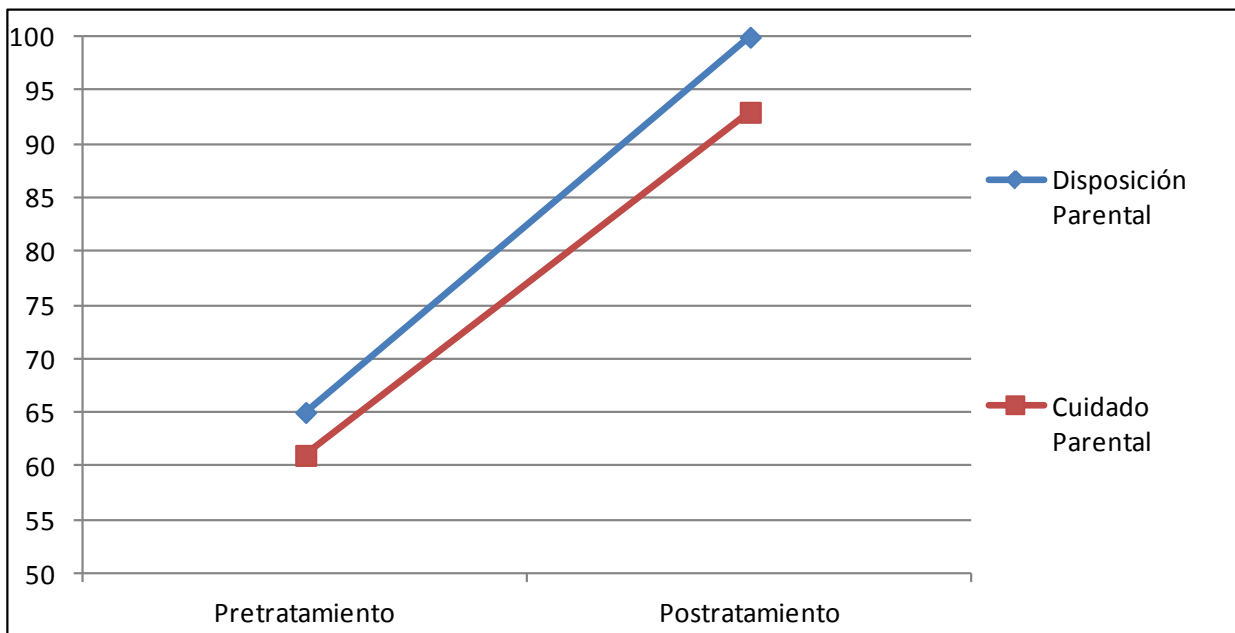


Figura 7. Puntuaciones pretratamiento y postratamiento de la familia 3 en la Escala de Bienestar Infantil.

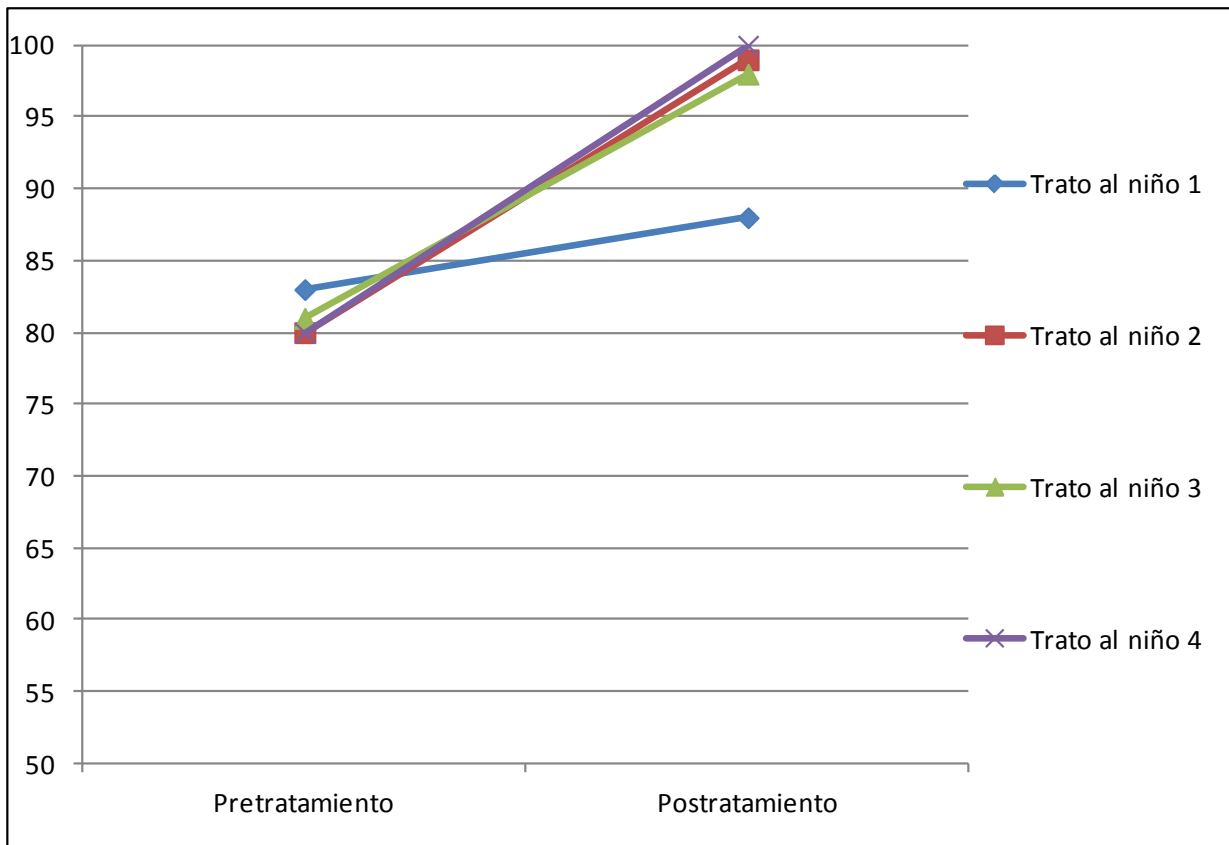


Figura 8. Puntuaciones de la dimensión trato al niño de la Escala de Bienestar Infantil, en cada uno de los menores de la familia 3.

significativamente las interacciones negativas de los cuidadores con el menor y aumentan las interacciones positivas (ver figura 5). A su vez, se observa un incremento en la frecuencia de los comportamientos adaptativos del menor y desde la sexta sesión se reduce a cero la frecuencia de los comportamientos disfuncionales del niño, lo que se mantiene en el último seguimiento (figura 6).

La familia 3 también muestra una mejora en las puntuaciones en la Escala de Bienestar Infantil, aumentando las puntuaciones en disposición y cuidado parental (figura 7), así como las puntuaciones relativas al trato a cada uno de los menores, evaluados por separado (figura 8). Así mismo, la madre muestra un au-

mento claro y generalizado de la frecuencia de comportamientos dirigidos a distintas áreas importantes en el cuidado de los menores: comida, vestuario, higiene, limpieza de la casa, responsabilidad, comunicación y coordinación con maestros (figuras 9 y 10).

Conclusiones y discusión

Del conjunto de los resultados, podríamos concluir que la intervención realizada promueve mejorías tanto en el estilo de funcionamiento parental como en el repertorio disfuncional de los menores, observadas en las medidas de registro establecidas y en la evaluación estandarizada del bienestar infantil a través del cuestionario CWBS.

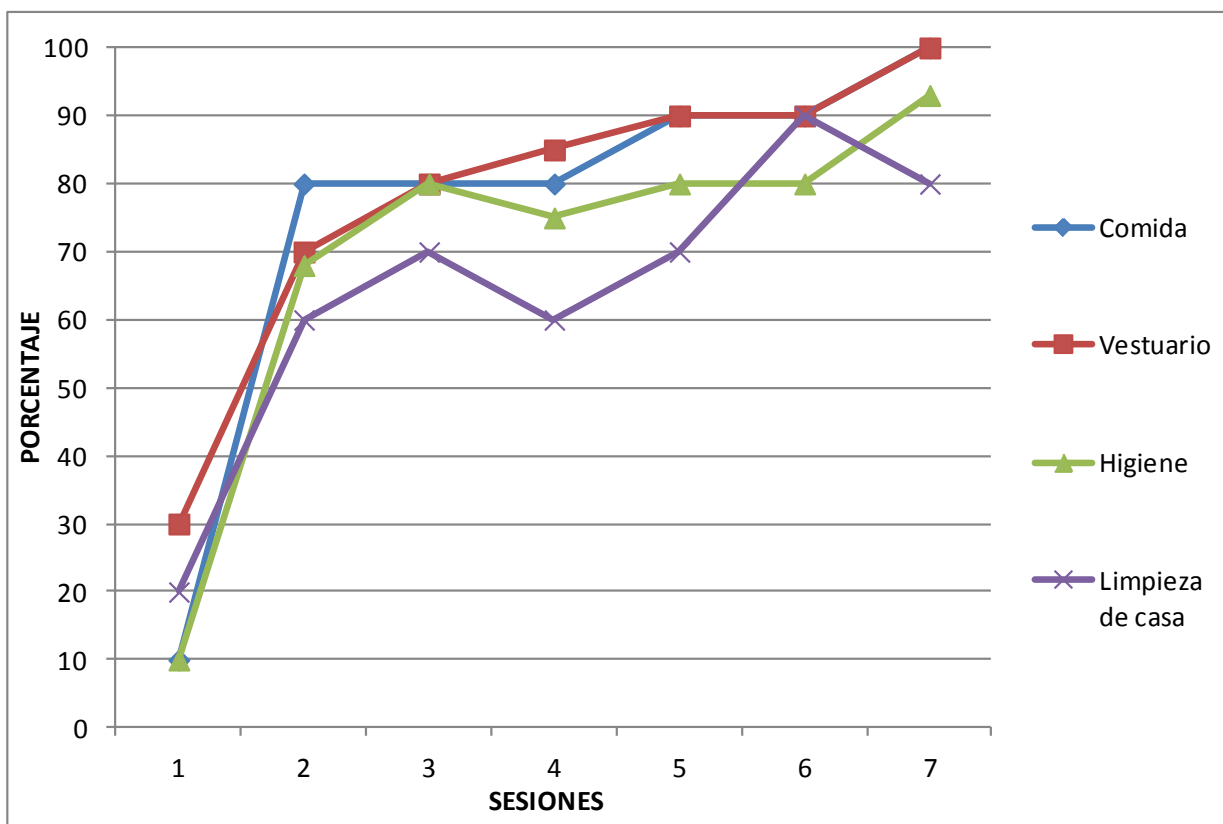


Figura 9. Interacciones positivas con el menor de la familia 3 por áreas.

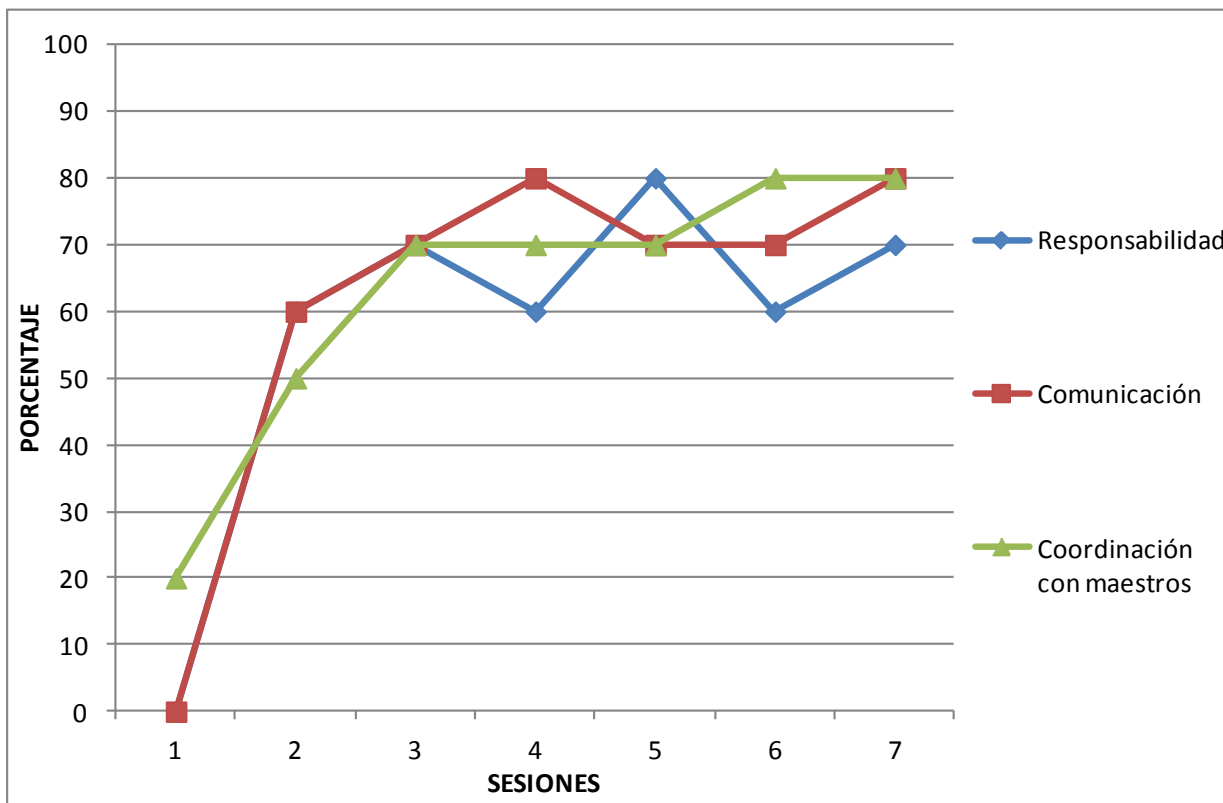


Figura 10. Interacciones positivas con el menor de la familia 3 por áreas (parte 2).

Específicamente, en las tres familias se reduce el número de interacciones disfuncionales, aumentan las interacciones positivas para el adecuado desarrollo del menor y mejoran sus puntuaciones en la escala "disposición parental" del CWBS. Por ejemplo, en el caso de la familia 3, dichas mejorías se concretan en una mayor implicación parental en distintas áreas relevantes en la educación de los hijos como: asunción de distintas responsabilidades, coordinación con los maestros, promoción de la autonomía del menor en distintas facetas (alimentación e higiene) y comunicación familiar.

Complementariamente, las tres familias informan de una reducción de la frecuencia de los comportamientos problemáticos y una mayor frecuencia de comportamientos adaptativos en los menores.

Es de destacar que, a pesar de la cronicidad y gravedad de las interacciones familiares disfuncionales motivo de consulta, el tratamiento realizado, incluido el papel terapéutico de la clarificación en valores, promueve cambios en el funcionamiento familiar con el reducido número de 7 sesiones. Por tanto, ha resultado ser una intervención escasamente intrusiva y de corto tiempo, aspecto que en el ámbito de la negligencia y/o maltrato infantil se torna de vital importancia dada la necesidad de establecer de la manera más rápida y eficiente unas mínimas condiciones de protección de los menores. Así mismo es preciso señalar que, por los condicionantes administrativo-legales del contexto de intervención, no se ha realizado un seguimiento de dichos casos de manera rigurosa, sino en base a contactos informales, por lo que consideramos preciso que nuevas

investigaciones clarifiquen el mantenimiento de los logros con intervenciones breves de este tipo y si es preciso un seguimiento más extenso para mantener los logros terapéuticos (e inclusive generalizarlos a otros contextos de la relación padres e hijos). Además, y aunque no con la rigurosidad experimental que futuros estudios pudieran aportar, se ha analizado si los resultados obtenidos en las dos primeras familias con dicho tratamiento pueden estar contaminados por las funciones derivadas del contexto sociocomunitario y legal de intervención, al replicar el tratamiento con una tercera familia en un contexto sanitario, sin la posible función "sancionadora" del psicólogo de un ETF, observándose también unos resultados favorables, lo que nos hace hipotetizar que los componentes introducidos en el tratamiento son suficientes para establecer el contexto motivacional necesario para alcanzar logros terapéuticos. No obstante, serían precisos futuros estudios que aislen las condiciones motivacionales necesarias para la adecuada evolución de los casos de negligencia o maltrato familiar, así como analizar el papel facilitador (u obstaculizador) de las funciones culturalmente establecidas de determinados contextos terapéuticos para la adquisición de logros a corto plazo y su mantenimiento.

Desde nuestro punto de vista, el presente estudio viene a aportar una primera exploración del papel de la intervención en valores parentales así como otros componentes de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el ámbito de la negligencia y/o maltrato infantil; consideramos que dicha intervención, al trabajar directamente sobre la motivación para el

cambio, puede potenciar la rapidez y adherencia de los efectos terapéuticos. Los resultados obtenidos parecen indicarnos que el trabajo motivacional con las familias aumenta su disposición parental y promueve cambios beneficiosos tanto en los padres como en los menores de manera similar a la indicada en trabajos previos enfocados a familias (Blackledge & Hayes, 2006; Coyne & Wilson, 2004; Hódar & Gómez, 2007; Martín, Gómez, Maraver, Molinero & Belda, 2007; Murrell et al., 2005). Experiencias clínicas como ésta vienen a justificar la necesidad de estudiar experimentalmente el papel de las estrategias de tercera generación en el campo del maltrato y/o negligencia familiar, bien como tratamiento único o como estrategias complementarias a otros tratamientos.

Finalmente, estos datos han permitido destacar unos recursos terapéuticos que vayan planteando cuestiones a los padres a fin de generar dudas en algunas de sus actuaciones o creencias y que sirvan como peldaños para llegar a la solución de sus problemas o conflictos con sus hijos (a modo de un método socrático). También se ha mostrado útil que durante este proceso se utilicen metáforas, refranes, símiles y ejemplos (en lo posible de su propia vida o de padres con características equivalentes).

Referencias

- Alexander, J. F., Pugh, C., Parsons, B., & Sexton, T. L. (2002). *Functional family therapy*. Golden CO: Venture Publishing.
- Alexander, J. F., Sexton, T. L., & Robbins, M. S. (2002). The developmental status of family therapy in family psychology intervention science. En H. Liddle, D. Santisteban, R. Levant & J. Bray (Eds.), *Family psychology intervention science*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Barkley, R. A. (1997). *Defiant children. A clinician's manual for assessment and parent training*. New York: Guilford.
- Barnes-Holmes, D., Hayes, S. C., & Dymond, S. (2001). Self and self-directed rules. En S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes & B. Roche (Eds.), *Relational Frame Theory. A post-skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic.
- Barraca Mairal, J. (2011). ¿Aceptación o control mental? Terapias de aceptación y mindfulness frente a las técnicas cognitivo-conductuales para la eliminación de pensamientos intrusos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 37, 43-63.
- Beardslee, W. R., & Gladstone, T. R. G. (2001). Prevention of childhood depression: recent findings and future prospects. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1101-1110.
- Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2006). Using Acceptance and Commitment Training in the support of parents of children diagnosed with autism. *Child and Family Behavior Therapy*, 28, 1-18.
- 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.
- De Paul, J., & Arruabarrena, M. I. (1999). Escalas de Bienestar Infantil de Magura y Mosés. Un primer estudio para la validación de la versión española. *Intervención Psicosocial*, 8(1), 89-107.

- Dirección General de Infancia y Familias, Junta de Andalucía (2007). *Programa de Tratamiento a Familias con Menores. Manual de referencia de los Equipos de Tratamiento Familiar*. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.
- Dumas, J. E. (2005). Mindfulness-based parent training: Strategies to lessen the grip of automaticity in families with disruptive children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(4), 779-791.
- 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. Recuperado de <http://pcit.phhp.ufl.edu>
- Greco, L. A., & Eifert, G. H. (2004). Treating parent-adolescent conflict: is acceptance the missing link for an integrative family therapy? *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 305-314.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hembree-Kigin, T. L., & McNeil, C. B. (1995). *Parent-Child Interaction Therapy*. New York: Plenum Press.
- Hódar, J. C., & Gómez, I. (2007). *Análisis de valores en familias de riesgo y aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en problemas de relación familiar*. Almería: Autores.
- Keenan, M., Kerr, K. P., & Dillenburger, K. (2000). *Parent's Education as Autism Therapists. Applied Behaviour Analysis in Context*. United Kingdom: Jessica Kingsley Publishers.
- Laski, K. E., Charlop, M. H., & Schreibman, L. (1988). Training parents to use the natural language paradigm to increase their autistic children's speech. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 21, 391-400.
- Martín, M. J., Gómez, I., Maraver, J., Molinero, J., & Belda, C. (2007). Intervención en un caso de violencia familiar y entre iguales. En J. J. Gázquez, M. C. Pérez, A. J., Cangas & N. Yuste (Eds.), *Mejora de la convivencia y programas encaminados a la prevención e intervención en el acoso escolar* (pp. 331-335). Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Meharg, S. S., & Lipsker, L. E. (1991). Parent Training Using Videotape Self-Modeling. *Child & Family Behavior Therapy*, 13(4), 1-28.
- Murrell, A. R., Coyne, L. W., & Wilson, K. G. (2005). ACT with children, adolescents and their parents. En S. C. Hayes, C. Strosahl, & D. Kirk (Eds.), *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Hardcover.
- Murrell, A. R., & Scherbarth, A. J. (2006). State of the research and literature address: ACT with children, adolescents and parents. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy*, 2(4), 531-543.
- Rey, F. (2006). Entrenamiento de padres: Una revisión de sus principales componentes y aplicaciones. *Revista Infancia, Adolescencia y Familia*, 1(1), 61-84.
- Sanders, M. R., Pidgeon, A. M., Gravestock, F., Connors, M. D., Brown, S., & Young, W. (2004). Does parental attributional retraining and anger management enhance the effects of the triple P-positive parenting program with parents at risk of child maltreatment? *Behavior Therapy*, 35(3), 513-535.
- Santamaría, M. T., Cebolla, A., Rodríguez, P. J., & Miró, M. T. (2006). La práctica de la meditación y la atención plena: Técnicas milenarias para padres del siglo XXI. *Revista de Psicoterapia*, XVII (66), 157-176.
- Sexton, T. L., & Alexander, J.F. (2002). Family-based empirically supported interventions. *The Counseling Psychologist*, 30(2), 238-261.
- Sexton, T. L., Weeks, G. R., & Robbins, M. S. (2003). *Handbook of family therapy*. New York: Brunner-Routledge.

Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in head start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 715–730.

Wilson, K., & Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Un tratamiento orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

Anexo

Guía para la evaluación y clarificación de valores educativos y familiares (Hódar, & Gómez, 2007).

1. ¿Qué debemos procurar para dar una buena educación a nuestros hijos?
2. ¿Qué es lo más importante para educar bien a una persona?
3. Por el contrario, ¿qué cosas cree que no debemos hacer con respecto a ellos si queremos educarlos bien?
4. ¿Cuál es el peor error que usted cree que podemos cometer con los hijos con respecto a la educación y formación que les damos?
5. ¿Qué significa para usted el hecho de ser padre o madre?
6. ¿Por qué decidió tener hijos?
7. En general, ¿qué espacios o actividades comparten diariamente?, y ¿de qué aspectos se ocupa?, o ¿qué hace por ellos de forma cotidiana?
8. Intente pensar en lo que siente, cómo actúa y reacciona y cómo se relaciona con sus hijos, y luego intente imaginar cómo se ve a sí mismo como padre, esto es, si tuviera que poner de tres a cinco calificativos ¿cómo se definiría como padre?
9. Piense en aquellas personas que considera son los mejores padres o madres que conoce. ¿Cuales son las cosas más importantes que hacen con respecto a sus hijos, que le llevan a usted a considerarlos buenos padres?
10. Si piensa en todo lo que sus padres han hecho por usted, ¿qué es lo que más valora o qué diría que es lo mejor que le han dado?
11. De las respuestas a las dos preguntas anteriores, ¿con qué se identifica?, esto es, ¿se ve reflejado/a en algunos de los aspectos indicados para ser buenos padres?
12. En resumen, ¿qué es lo más importante que un padre o una madre deben hacer por sus hijos? Destacar una idea o creencia.
13. ¿Qué cosas cree que nunca debe de hacer un padre o una madre?
14. ¿Cuál es el peor error que usted cree que podemos cometer en la relación con los hijos?
15. ¿Qué aspectos cambiaría o mejoraría de la relación con sus propios padres? o en ¿cuales cree que ellos no han actuado acertadamente?
16. ¿En qué aspectos cree que se equivocan otros padres o madres que ve en su entorno o en la sociedad en general?
17. ¿Qué debe proporcionarnos la familia?
18. ¿En qué aspectos piensa usted que se reconoce una verdadera familia?

19. ¿Qué cosas deben valorarse entre sí los diferentes miembros de una familia?
20. ¿En qué aspectos se distingue la relación familiar de otro tipo de relaciones?
21. ¿Qué es lo más importante de la familia?
22. ¿Qué errores o acciones no deben cometerse con las personas de tu familia?
23. ¿En qué circunstancias sentiría que su familia no está funcionando como debe? ¿Qué considera como inaceptable en una auténtica relación de familia?
24. En su opinión, ¿qué es lo peor que una familia puede hacer?
25. Valorar según grado de importancia y satisfacción las siguientes facetas de nuestra vida (de 1 a 10).

	Importancia	Satisfacción
Relación de pareja		
Relaciones sociales		
Trabajo		
Educación y formación		
Ocio		
Espiritualidad		
Ciudadanía		
Salud bienestar físico		
Relaciones familiares		