



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**"Compromiso terapéutico parental: un abordaje desde la
psicología conductual"**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

Ingrid Estevez Rosas

Directora: Dra. **Patricia Anabel Plancarte Cansino**

Dictaminadores: Dra. **Karlina María Cárdenas Espinoza**

Mtro. **Hugo Romano Torres**



Facultad de Estudios Superiores
IZTACALA

Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A la Universidad, por tanto, por hacerme crecer mucho más de lo que pude imaginar.

A cada uno de los dictaminadores y miembros del comité evaluativo para esta disertación, por su paciencia, franqueza y cordialidad al recordarme evitar las respuestas enrevesadas; especialmente a la Dra. Plancarte por ser mi mentora durante los retos más complicados en este trayecto y por no dejarme enfrentarlos sola.

A todos los profesores que me mostraron el camino de la Psicología científica, y a quienes no por enseñarme lo que no quiero hacer.

A mi familia, por su apoyo invaluable e inagotable durante más de 24 años.

A mi hermana por todos los sinónimos, por escuchar mis borradores y por nunca dejar de creer en mí.

A mi papá, por siempre inspirarme y retarme a ser más.

A mi mamá, por jamás faltar a una terapia de lenguaje, por desvelarse conmigo desde los ejercicios de pronunciación hasta las noches de mucha (y poca) inspiración que crearon estas páginas; por no rendirse.

A mi chico, por recorrer conmigo los cuatro años de la licenciatura de la forma más intensa, ojerosa, dulce e increíble posible; por seguir el coche blanco hasta donde nuestro siempre acabe.

A Alexandra Elbakyan, por luchar contra el sistema.

Para todos los cuidadores y niños que necesitan de analistas conductuales.

“Puede ser una tarea más allá de nuestro alcance, pero al menos deberíamos intentarlo”

- S. Hawking.

Índice

Resumen	
Introducción	1
I. Entrenamiento a Padres	5
1.1 Antecedentes e Historia	6
1.2 Definición	16
1.3 Estructura de los Programas de Entrenamiento a Padres (PEP).....	18
II. Comportamiento Disruptivo y Desafiante Infantil.....	35
2.1 Comportamiento Disruptivo.....	36
2.2 Comportamiento Desafiante.....	41
2.3 Propuesta de Definición Conceptual	45
2.4 Análisis Funcional	49
III. Compromiso Terapéutico Parental.....	62
3.1 Proceso Terapéutico	63
3.2 Conceptos y Definiciones.....	69
3.3 Variables de Afectación	75
3.4 Instrumentos de Evaluación	98
IV. Propuesta de Estrategias Metodológicas.....	106
4.1 Evaluación	106
4.2 Preparación al PEP.....	109
4.3 Estrategias Promotoras.....	112
Conclusiones	124
Referencias.....	129
Anexo. Lista de Técnicas de Modificación Conductual.....	148

Resumen

Las altas tasas de deserción terapéutica limitan la efectividad de los Programas de Entrenamiento a Padres (PEP) para atender diversos problemas del desarrollo psicológico infantil. En el caso de las conductas disruptivas, donde los cuidadores son los principales agentes de cambio, existen múltiples condiciones que aumentan el riesgo de deserción por lo que es necesario consolidar cambios funcionales en la conducta del menor y en las prácticas de crianza de sus cuidadores a través de entrenamientos sistemáticos, fundamentalmente reforzantes, en los que sus participantes se mantengan constantemente hasta lograr los objetivos planeados. Así pues, el presente trabajo tuvo como objetivo analizar e integrar los elementos teórico-metodológicos que favorecen el compromiso terapéutico en PEP orientados a modificar repertorios disruptivos infantiles. Esto a partir del análisis de la historia del entrenamiento a padres, estructura de los programas, de los conceptos y definiciones del problema infantil de interés; de una crítica al proceso terapéutico, a las explicaciones teóricas, y a las formas de evaluación actuales. Finalmente, se proponen estrategias de evaluación, planeación y aplicación que favorecerían el compromiso terapéutico parental, lo que a su vez permitiría aprovechar los beneficios de los PEP.

Palabras clave: entrenamiento a padres, abandono terapéutico, intervenciones psicológicas infantiles, conductas disruptivas, análisis conductual.

Introducción

La crianza de un menor es, sin duda, una de las responsabilidades más arduas y complejas en la vida humana. De acuerdo con el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés; 2018a) la crianza positiva es “el conjunto de prácticas de cuidado, protección, formación y guía que posibilitan el desarrollo, bienestar y crecimiento saludable y armonioso (...) de las niñas, niños y adolescentes” (párrafo 4).

Desafortunadamente, los cuidadores¹ no suelen estar preparados para criar a un menor de esa manera, según datos de la UNICEF (2018b) aproximadamente el 60% de niñas, niños y adolescentes de entre 1 y 14 años han experimentado algún método violento de disciplina infantil en sus hogares, perjudicando su desarrollo.

Al comprender el enorme impacto que tienen los cuidadores se diseñaron los Programas de Entrenamiento a Padres (PEP) con el propósito de guiarlos en el ejercicio de mejores prácticas de crianza para promover un desarrollo psicológico infantil óptimo y reducir la ocurrencia de problemas del comportamiento.

No obstante, “ayudar a los padres a modificar sus propias conductas, cambiar los comportamientos de sus hijos, y mantener los cambios conductuales no es tan fácil como se ha dicho y escrito” (Kozloff, 1979; citado en Toro, 1984, p. 99).

Con base en los resultados de distintas investigaciones (Assenany y McIntosh, 2002; Prinz y Miller, 1996; Wierzbicki y Pekarik, 1998), entre el 8 y 60% de los cuidadores que se inscriben a un PEP no concluyen el entrenamiento; considerando como desertores a quienes dejan de asistir a las sesiones, o que se rehúsan a practicar lo aprendido (Kazdin, 1997).

¹ En la presente investigación los términos “cuidador” y “padre” se emplean de forma indiscriminada. Por cuidador debe entenderse aquel adulto responsable del cuidado del infante, quien podría ser su padre, madre, (o ambos) cualquier otro familiar, o tutor legal.

Evidentemente, las cifras tan alarmantes han captado la atención del área de entrenamiento a padres pues la deserción de los programas implica la no resolución o agravamiento de los problemas conductuales infantiles de interés, el deterioro en la relación padre-hijo, así como el incremento de problemas psicológicos de los cuidadores (Chacko et al., 2016; Ingoldsby, 2010; Lindsay et al., 2014; Panter-Brick et al., 2014; Robles y Romero, 2011).

Dado que únicamente podemos aprovechar los beneficios de los PEP si logramos que los cuidadores los utilicen, se han desarrollado diversas líneas de investigación para entender las razones del alto grado de deserción, y para definir formas de revertirlo y prevenirlo; esta área de estudio ha recibido distintos nombres en la literatura, pero es mayormente reconocida como compromiso terapéutico parental (Axford et al., 2012; Becker et al., 2018; Chacko et al., 2016; Clarke et al., 2015; Gross et al., 2018; Haine-Schlagel y Walsh, 2015).

El compromiso terapéutico consiste en el estudio de la asistencia, mantenimiento y aplicación de un PEP designado. Desde la postura de la Psicología conductual, uno de los lineamientos esenciales en el estudio del compromiso terapéutico es que éste depende de las circunstancias emergentes en que tenga lugar el PEP. El compromiso con el programa se establece cuando el cuidador es entrenado y durante la aplicación de dicho entrenamiento en escenarios reales.

Ahora bien, los estudios en esta área han demostrado resultados prometedores tales como la disminución de problemas conductuales infantiles, el aumento de conductas prosociales, mejorías en la relación padre-hijo y estilo de crianza, así como la reducción de estrés y depresión parental (Chacko et al., 2016; Ingoldsby, 2010; Lindsay et al., 2014; Panter-Brick et al., 2014; Robles y Romero, 2011).

No obstante, la mayor parte de las investigaciones dirigidas a esta área son mayoritariamente correlacionales, estudian las variables moduladoras del compromiso, no son

estudios prácticos o diseños de intervenciones. Además, se distingue una importante falta de acuerdo conceptual y metodológico a lo largo de la literatura concerniente al compromiso.

Las limitaciones mencionadas prescriben la necesidad de integrar y valorar la literatura existente en torno al compromiso terapéutico parental a partir de un análisis epistemológicamente congruente. Lo cual permita generar una propuesta concreta de vías de solución para aumentar las tasas de retención en los PEP promoviendo el desarrollo psicológico infantil y el bienestar de los cuidadores.

En ese sentido, este trabajo se centra en el compromiso terapéutico parental orientado a la atención de un repertorio infantil particular, las conductas disruptivas, ya que son las de mayor incidencia reportada y conllevan múltiples repercusiones en el desarrollo psicológico del niño (Balboni et al., 2020). Algunas de las áreas afectadas son la básica, la motriz, la comunicativa, de autocuidado, su desempeño académico y sus relaciones sociales, no sólo para la infancia, sino que también sientan las bases para las de su adolescencia y adultez (Jones et al., 2013).

Así pues, el objetivo general de la presente tesis de licenciatura consiste en analizar e integrar sistemáticamente los elementos teórico-metodológicos que favorecen el compromiso terapéutico en Programas de Entrenamiento a Padres (PEP) orientados a modificar repertorios disruptivos infantiles.

Para tales efectos, esta investigación se divide en cuatro principales capítulos: entrenamiento a padres, comportamiento disruptivo y desafiante infantil, compromiso terapéutico parental, y una propuesta de estrategias promotoras.

En el primer capítulo se expone el desarrollo histórico del entrenamiento a padres, destacando la importancia de las prácticas de crianza de los cuidadores, se analiza brevemente su definición, así como también se describen los elementos más comunes de sus programas.

En el capítulo dos se discute la clasificación de los repertorios como disruptivos o desafiantes, sus definiciones conceptuales y operacionales encontradas en la literatura, sus repercusiones en el desarrollo psicológico infantil, así como el empleo del Análisis Funcional para su evaluación y posterior tratamiento.

En el capítulo tres se discuten las etapas del proceso terapéutico, la diversidad de términos acuñados al compromiso, sus respectivas definiciones, variables de afectación estudiadas, además de sus medidas de evaluación.

En el cuarto capítulo se describen, bajo el marco del Análisis Conductual, las estrategias propuestas para incrementar las tasas de compromiso terapéutico de los cuidadores definiendo sus formas de evaluación, preparación, objetivos y procedimientos.

Por último, se concluye con una síntesis sobre las reflexiones abordadas a lo largo de este trabajo y con algunas apreciaciones éticas a considerar dentro del estudio del compromiso terapéutico, especialmente para el caso de comportamientos disruptivos.

I. Entrenamiento a Padres

A lo largo del desarrollo psicológico humano nuestro comportamiento es determinado por múltiples ambientes, uno de los primeros es el relacionado con la familia o bien, aquel conformado por quienes viven con nosotros en nuestro mismo entorno, y las características de tales condiciones de vivienda.

Para distintos autores (Bejar y Bejar, 2018; Carpio et al., 1995; Durán et al., 2002; Eyberg, 1988; Kazdin, 1995; Guevara y Soto, 2012; Hawkins, 1972) este ambiente de tipo familiar es de los más importantes al inicio de nuestras vidas puesto que son los cuidadores quienes, de una u otra forma, atienden nuestras necesidades básicas, con quienes estamos la mayor parte del tiempo, y quienes delimitan nuestro repertorio conductual.

A pesar de la importancia de sus acciones, no es común que los padres reciban clases previas al nacimiento de sus hijos sobre cómo modular el comportamiento de estos, empero (como en cualquier interacción humana) refuerzan ciertas respuestas, extinguen otras; moldean y cambian su repertorio conductual día a día aun cuando puedan desconocer que sus interacciones están basadas en principios del Análisis Conductual.

Como señala Hawkins (1972) “la cuestión no es si los padres usarán las técnicas de modificación conductual, sino más bien si usarán estas técnicas con un resultado ignorado, no elegido e infeliz; o si las usarán consciente, eficaz y consistentemente” (p. 38).

Por consiguiente, si los padres tienen la capacidad de modificar el comportamiento de sus hijos, corriendo el riesgo de fomentar conductas disfuncionales, resultaría más conveniente enseñarles a aplicar los procedimientos con el fin de evitar problemas psicológicos y a su vez, promover el desarrollo de los niños bajo su cuidado.

En vista de lo anterior, en este capítulo se hace un recorrido histórico sobre los antecedentes y el desarrollo del entrenamiento a padres, un breve análisis sobre su definición, así como también se describen los elementos más comunes de sus programas; con la finalidad

de destacar el papel de los cuidadores y comprender las principales aportaciones y limitaciones del entrenamiento a padres.

1.1 Antecedentes e Historia

Los inicios del entrenamiento a padres se remontan a los por instruir a los cuidadores a cambiar cierto comportamiento de sus hijos, Bonnard (1950) lo hizo desde una orientación psicoanalítica señalando a la madre de un niño de cuatro años y medio que presentaba neurosis obsesiva (lavado frecuente de manos, mordedura de sus propios dedos y uñas, y múltiples preguntas sobre el funcionamiento del mundo) aquellas cosas que debía decir o hacer para que su problemática cesara.

Otro de esos antecedentes fue el reportado por Rogers² (1957) quien mediante cartas le pidió consejo a su padre sobre cómo enfrentar el intenso miedo de su hija de año y medio de edad al proceso de evacuación intestinal, la asesoría que se le brindó tuvo sus bases en la terapia de juego y en la aceptación incondicional.

Ambos casos no constituyen programas en sí porque no fueron previamente diseñados con ese propósito y, por ende, no cuentan con una metodología planeada concretamente para los cuidadores en cuestión. Sin embargo, el reporte de sus resultados sentó los cimientos sobre el involucramiento de los padres como agentes de cambio en la modificación de los problemas infantiles.

Por otra parte, el papel del comportamiento de los padres también empezó a cobrar relevancia cuando Baumrind (1966) introdujo los tipos de prácticas parentales al estudiar sus diferencias y efectos en el comportamiento de los niños, definiendo tres tipos:

- Permisiva. Los padres se comportan de una forma no punitiva, aceptando y afirmando cualquiera de los impulsos, deseos y acciones de sus hijos; consultan con ellos las decisiones a tomar y dan explicaciones sobre las reglas familiares; evitan el ejercicio del

² Hija de Carl R. Rogers, fundador de la Psicología Humanista.

control y no incitan al niño a obedecer ningún estándar. Los principales efectos en sus hijos son que restan importancia a la presencia y autoridad de sus padres.

- Autoritaria. Los padres forman, controlan y evalúan la conducta de sus hijos con base en estándares inamovibles y absolutos; valoran la obediencia como una virtud y aprueban medidas punitivas para cambiar aquel comportamiento opuesto al que consideran como bueno. A partir de ello, sus hijos presentan mayores conductas agresivas, hostiles, antisociales o, por el contrario, pasivas y dependientes.
- Autoritativa (o Democrática). Dirigen las actividades de sus hijos de una forma racional y orientada a los problemas; comparten con los niños las razones detrás de sus reglas y les piden sus argumentos cuando están en desacuerdo; ejercen un control firme ante los posibles conflictos con el niño, pero no lo saturan de restricciones, y refuerzan aquellos comportamientos que siguen las normas. En consecuencia, sus hijos suelen presentar mayores conductas prosociales y un desarrollo apropiado a su edad.

Bajo dicho contexto, a lo largo del tiempo se han generado diversas líneas de investigación sobre la relación de las prácticas parentales y los problemas psicológicos infantiles como la conducta agresiva (Patterson et al., 1975), el bajo rendimiento académico (Barrón, 2000), la conducta disruptiva (Stoolmiller, 2001), ansiedad y depresión (Franco et al., 2014), la obesidad (García, 2018), el consumo de drogas (Barredo, 2018), los actos delictivos (Matlala, 2018) y la enuresis (Núñez, 2020).

Las investigaciones al respecto fomentaron la premisa de que, si el comportamiento de los cuidadores puede generar problemas en el desarrollo psicológico de sus hijos, también puede solucionarlos. Por lo tanto, al modificar las prácticas parentales se cambian las conductas disfuncionales infantiles de forma más global, pues “el tratamiento de los problemas de comportamientos infantil ocurre en el ambiente natural y por parte de las personas que están a cargo de los niños” (Rey, 2006, p. 62).

De acuerdo con McMahon (1991), el conjunto de las líneas de investigación orientadas a fomentar el papel de los cuidadores conforma el desarrollo del entrenamiento a padres, el cual se divide en tres principales etapas. En esta revisión se describen los principales acontecimientos con base en dichos periodos y se agrega una cuarta para señalar los avances y limitaciones en lo que va del siglo XXI.

Primera Etapa (Finales de 1960's – Medios de 1970's)³

Surgen los primeros estudios conductuales que proponen la participación de los padres como sustancial para generar cambios en el comportamiento de sus hijos a partir del desarrollo de las técnicas de modificación conductual y de la inclusión de paraprofesionales⁴ en el tratamiento.

Durante esta etapa las investigaciones estaban dirigidas a confirmar si era posible modificar el repertorio infantil a través de la enseñanza de los principios del reforzamiento a sus cuidadores. Dado que el entrenamiento a padres estaba en sus inicios, el cuerpo de investigaciones era en su mayoría estudios de caso sin medidas objetivas, y cuyas intervenciones consistían en dar instrucciones (O'Dell, 1974).

Un ejemplo de lo anterior puede discernirse en lo reportado por Jensen y Womack (1967), quienes atendían a un niño de 6 años con autismo para enseñarle habilidades de autocuidado; en algunas sesiones instruyeron a su madre en los principios del reforzamiento y algunas técnicas. Como resultados reconocieron que ambas formas para modificar el repertorio del niño eran efectivas, excepto cuando la madre se encontraba bajo un alto estrés y cuando era inconsistente, aunque en realidad no lo midieron, ni tampoco atendieron las complicaciones presentadas.

³ Los años señalados en cada una de las tres etapas deben considerarse sólo como una aproximación temporal de los hechos y cambios.

⁴ Población ajena a la profesión correspondiente (en este caso de la Psicología); puede tratarse del público en general o personas de otras profesiones.

Este último señalamiento también destaca el poco énfasis prestado al comportamiento de los padres al aplicar los procedimientos, pues en esta primera etapa era poco relevante su calidad de vida o *salud mental* (Badia, 2005).

Debido a las limitaciones metodológicas mencionadas, las cuales eran incidentes en más de un campo del Análisis Conductual aplicado, Baer et al. (1968) propusieron que cualquier reporte de una investigación realizada debería incluir la descripción precisa de las características cuantitativas del cambio conductual de los participantes, los instrumentos de medición, las manipulaciones experimentales diseñadas, la tecnología de los procedimientos, así como la efectividad y generalización del cambio.

La inclusión de apartados específicos sobre las características de los participantes, las variables y su modificación fue vital para organizar un cuerpo de investigación íntegro que permitiera la difusión de los conocimientos desarrollados, la replicación y progreso de los estudios orientados al entrenamiento a padres. Sin la redacción adecuada de los reportes, el Análisis Conductual no podría demostrar su carácter científico en ninguno de los campos básicos o aplicados.

Los primeros estudios metodológicos que incluían la participación de los padres en la modificación conductual de sus hijos estaban dirigidos a comportamientos agresivos, hiperactividad, daño cerebral (Patterson, 1974; Wiltz y Patterson, 1974) y conducta disfuncional (Rinn et al. 1975).

Las aportaciones de tales estudios fueron que contaron con instrumentos objetivos y un grupo control, lo que permitió corroborar su eficacia; además, en su mayoría fueron aplicados de manera grupal, lo cual destacó la viabilidad de atender una mayor cantidad de casos con menores costos temporales y económicos. Por el contrario, algunas de sus limitaciones fueron que los cambios no se mantenían en todos los niños a lo largo del tiempo (Rinn et al., 1975) y que la tasa de deserción podía llegar a ser hasta del 50% (Patterson, 1974).

Segunda Etapa (Mediados de 1970's – Mediados de 1980's)

De acuerdo con Williams et al. (1991), esta etapa del entrenamiento a padres y la anterior comparten que las intervenciones se llevaban a cabo en los hogares de los usuarios y por la enseñanza principalmente de tres procedimientos: el reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO), el tiempo fuera y la economía de fichas.

Cabe resaltar que dichos procedimientos generaban mejores resultados cuando se empleaban en conjunto para atender problemáticas como el comportamiento disruptivo (Budd et al., 1976), agresivo y desafiante oposicional (Wahler y Fox, 1980).

A diferencia de la primera etapa, donde apenas comenzaban a formularse los medios para probar la efectividad del entrenamiento a padres, en la segunda se dio el auge para la promoción de dicha efectividad, buscando expandir sus beneficios en términos de temáticas, difusión y efectos post-tratamiento.

La acumulación de problemáticas atendidas por medio del entrenamiento a padres, la publicación de varios manuales, desde una orientación conductual, como *Parents are teachers* (Becker, 1971), *Families: Applications of Social Learning to Family Life* (Patterson, 1975) y *Living with children* (Patterson y Guillon, 1976), así como los resultados satisfactorios obtenidos a través de estos programas, permitió la consolidación de que son los padres quienes deban “aprender a resolver los problemas del hijo ya que podrán intervenir en problemas futuros” (Egea, 2017, p. 110).

A pesar de la efectividad demostrada, los estudios seguían reportando limitaciones similares a las del periodo anterior, lo que llevó a comprender la necesidad de que los resultados se mantuvieran y generalizaran. Aunque esto fue un tema de interés general para el tratamiento de los problemas psicológicos y no exclusivo del entrenamiento a padres, desde estos años fue de gran interés estudiarlo en esta área (Koegel y Rincover, 1977; McMahan, 1991).

La premisa de la generalización sustenta que, una vez concluido el tratamiento, habrá mejorías derivadas de la solución de cierto problema, las cuales no fueron planeadas o incluidas

en el diseño de la intervención. Al respecto, se han reconocido distintos tipos de generalización de los resultados: contextual, temporal, familiar y comportamental (Forehand y Atkenson, 1977).

La generalización contextual indica la ocurrencia del repertorio conductual entrenado en distintos escenarios es decir que, aunque la conducta meta esté planeada para ejecutarse en un contexto específico se presentaría en todos los escenarios en los que el niño esté inserto (Lochman et al., 1984).

La generalización temporal (también denominada mantenimiento) se refiere a que el repertorio entrenado sigue ocurriendo a lo largo del tiempo. Este tipo de generalización suele estudiarse desde tres meses hasta un año posterior a la conclusión del tratamiento (Pisterman et al., 1989).

Otro tipo de generalización es el familiar, donde el repertorio de los hermanos (si también era problemático) cambia sin que ellos hayan estado sujetos a un tratamiento porque los padres también aplican lo aprendido con el resto de sus hijos, lo cual destaca que “se entrenan habilidades para el manejo conductual general y no sólo procedimientos específicos para un solo niño” (Arnold et al., 1975, p. 688).

Por último, la generalización comportamental es el cambio de conductas que no fueron atendidas, ya sea la reducción de alguna problemática o el aumento de una habilidad funcional, a partir de la modificación de otras conductas (Pratt y Kerig, 1986).

Así pues, se dirigieron estudios sobre la generalización de los resultados del entrenamiento a padres en cuanto a solución de problemas para conflictos familiares (Robin et al., 1977); niños con autismo en aulas escolares (Koegel et al., 1978); habilidades de autocontrol para conductas disruptivas (Sanders y Glynn, 1981); y el aumento de conductas prosociales de los hermanos (Eyberg y Robinson, 1982), entre otros.

Las principales conclusiones obtenidas durante este periodo fueron que aun cuando las intervenciones tengan un alto grado de efectividad existen otras variables en los contextos no clínicos que no suelen ser consideradas ni manipuladas, y por ende la generalización no sucede

de manera natural (Koegel y Rincover, 1977). “Los niños no pierden las conductas que aprendieron, simplemente no ocurren, a menos que sean re-expuestos a las contingencias del tratamiento” (Lovaas et al., 1973, p. 162).

Si bien tal afirmación parecería desalentadora sobre los beneficios del entrenamiento a padres, en realidad sólo confirma su argumento inicial. Es el ambiente, el que determina nuestro comportamiento y únicamente será funcional mientras esté sujeto a ciertos arreglos contingenciales, por lo que los cuidadores deben generar las habilidades necesarias para aplicar continuamente los procedimientos entrenados.

Vale la pena subrayar que dicha aplicación continua no hace referencia a que los padres (y sus hijos) deberían mantenerse bajo tratamiento psicológico indefinidamente, sino a que una vez concluidas las sesiones sean capaces de solucionar ese mismo problema (u otros similares) en cualquier otro momento a lo largo del desarrollo de sus hijos.

Con el fin de fomentar la generalización, durante esta etapa también se concluyó que debían diseñarse estrategias concretas. Entre ellas, se sugirió asignar tareas en casa (Robin et al., 1977), incluir la enseñanza de instrucciones, retroalimentación y habilidades de autocontrol, definir posibles fuentes de conflicto y apoyo en los ambientes naturales (Sanders y Glynn, 1981), evaluar rigurosamente los alcances (Forehand y Atkenson, 1977; Koegel et al., 1978) y normalizar las funciones del reforzamiento durante la transición entre las condiciones del tratamiento y el postratamiento (Lovaas et al., 1973).

Tercera Etapa (Mediados de 1980's – 1990's).

Los intereses más importantes del entrenamiento a padres a finales del siglo XX estuvieron relacionados con las características formativas de los terapeutas, la expansión de sus métodos a nuevas poblaciones, así como un planteamiento inicial de la relevancia de las características de los padres.

Tavoillot (1982; citado en Bartau et al., 2001) describió ciertos cambios en las tareas de los terapeutas a lo largo del desarrollo del entrenamiento a padres, donde primero solían

concentrarse en dar consejos e instrucciones detalladas sobre lo que los cuidadores debían hacer, adoptando un rol de especialista-experto y manteniendo una relación asimétrica con los padres; posteriormente (en lo que sería la tercera etapa), el papel de los terapeutas era ya menos directivo porque fomentarían que los padres tomaran más decisiones generando así una relación simétrica.

Sin embargo, la revisión sistemática de Grazziano y Diament (1992) que incluía la valoración de las características y actividades de los terapeutas mostró que, hasta entonces, no existían estudios empíricos con orientación conductual que compararan las habilidades, experiencia o datos sociodemográficos de los terapeutas que trabajaran en el área de entrenamiento a padres.

De tal manera que en esta etapa comenzó a presentarse un cambio tácito en la forma que se impartían los entrenamientos; la formación de los terapeutas cobró relevancia teórica y aplicada, aunque sin un sustento metodológico que pudiera demostrar diferencias significativas entre las características y habilidades más efectivas.

Por otra parte, el reconocimiento de que la mayoría de los participantes eran caucásicos con un nivel socioeconómico medio priorizó la aplicación del entrenamiento con poblaciones de otros grupos étnicos o vulnerables, como padres afroamericanos, de bajos recursos y solteros (Forgatch y DeGarmo, 1999), familias multiproblemáticas (Booth et al., 1989) o en riesgo de maltratar a sus hijos (Wolfe et al., 1988), padres con depresión y problemas maritales (Dadds et al., 1987; Shaffer et al., 2001).

Durante esta etapa Toro (1984) subrayó uno de los puntos más críticos del entrenamiento a padres, las dificultades que conlleva hacer partícipes directos a los cuidadores. La inasistencia, deserción y no aplicación de los procedimientos empezaban a ser tan comunes que se reconocieron como un grave problema al grado de cuestionar si cualquier padre debiera someterse al entrenamiento.

En vista de tal contraposición, la suma del cambio en el rol de los terapeutas y el estudio de la influencia de las características y problemáticas de los cuidadores desencadenó la propuesta de que era necesario contar con la cooperación (Williams et al., 1991), la validez social (McMahon, 1991) y la aceptación de los padres (Rennie y Landreth, 2000) para reducir los entrenamientos fallidos y la deserción.

Cuarta Etapa (2000 - 2022)

La tercera etapa sentó las bases para comprender que los problemas psicológicos de los padres, los eventos situacionales estresantes y el nivel de calidad de vida familiar tienen repercusiones importantes en la calidad de su participación en los entrenamientos (Badia, 2005; Guevara y Soto, 2012; Roberts, 2008).

La perspectiva de que los padres son agentes *culpables* del comportamiento de sus hijos queda obsoleta, y en cambio prepondera una mejor comprensión de las dificultades a las que suelen verse enfrentados, las afectaciones de éstas en la relación con sus hijos y en su participación en los entrenamientos.

Debido a ello los entrenamientos integraron la enseñanza a los cuidadores en relación con los procedimientos en solución de problemas, habilidades sociales y control de la ira (Rey, 2006), además de abrir nuevas líneas de investigación para la identificación de variables implicadas con la integración y el compromiso parental, y la alianza terapéutica (Roberts, 2008).

Así mismo, se adopta un marco de intervención primaria y empiezan a diseñarse programas preventivos para el suicidio, abuso de drogas, educación afectivo-sexual, y el maltrato infantil (Rey, 2006; Robles y Romero, 2011).

A partir de los descubrimientos y avances mencionados hasta el momento, el estudio del entrenamiento a padres ha alcanzado un perfeccionamiento importante. Se ha identificado que su efectividad para el tratamiento de múltiples problemáticas infantiles oscila entre niveles medios ($d = 0.51$) y altos ($d = 0.99$), en una escala del 0 al 1 (Lozano, 2017).

De acuerdo con Lozano (2017) los programas que han demostrado ser más efectivos, principalmente por la rigurosidad de su metodología empleada, son el *Parent Management Training-The Oregon Model* (Kjøbli et al., 2013), el *1,2,3 Magic Parenting Program* (Porzing-Drummond et al., 2014), *Incredible Years* (Eames et al., 2010), el *Parents Plus Children's Programme* (Mendoza et al., 2014), y *Home Start* (Hermanns et al., 2013, Van Aar et al., 2015).

Por otro lado, es menester señalar que el curso de la pandemia por COVID-19 ha definido nuevos retos para todas las áreas de la Psicología aplicada, entre ellas el entrenamiento a padres, por lo que se ha incrementado el uso de los formatos digitales para evaluar e intervenir con el fin de respetar los lineamientos de distanciamiento social.

A dicha manera de brindar los servicios psicológicos se le ha llamado *telepsicoterapia* o *servicios de telesalud-mental* y hasta el momento se han probado en poblaciones de preescolares con problemas conductuales (Fehrenbacher, Schoeny, Reed, Shattell y Breitenstein, 2020), niños con TEA (Fisher et al., 2020), niños con afectaciones médicas (Wade et al., 2020), hijos de padres veteranos (James et al., 2020) y niños con obesidad (Canário et al., 2021).

Con respecto a las limitaciones encontradas, una de las más alarmantes es la deserción, los bajos niveles de compromiso terapéutico y el fracaso en mantener a largo plazo los cambios positivos producidos. Es de los aspectos más preocupantes no sólo por sus repercusiones, sino porque ha sido señalado como un problema a lo largo del desarrollo del entrenamiento a padres (Assenany y McIntosh, 2002; Patterson, 1974; Toro, 1984) y al cual no se le ha prestado suficiente atención.

Actualmente, gran parte de los estudios al respecto se mantienen en un nivel teórico, no se ha consolidado un consenso sobre las definiciones de todos los constructos señalados, no se han desarrollado muchos instrumentos objetivos que los evalúen (Becker et al., 2018; Chacko et al., 2016; Lindsay et al., 2014) y, como si no fueran suficientes problemas, menos del 40% de

estudios aplicados sobre entrenamiento a padres hacen un seguimiento de sus resultados (Lozano, 2017).

En síntesis, la etapa más reciente del entrenamiento a padres ha representado *nuevos* dilemas en términos conceptuales, metodológicos y aplicados, los cuales serían más sencillos de resolver si la mayoría de los analistas de la conducta interesados en el área evitaran diseñar distintos paquetes de tratamiento basados en las mismas técnicas, y se enfocaran más bien en avanzar con las limitaciones aquí presentadas.

La efectividad del entrenamiento conductual a padres ha quedado aclarada entre la comunidad profesional desde hace casi medio siglo, lo que se ha descubierto a lo largo de los años es que existen otras variables a las que se deberían prestar atención para incrementarla, sobre todo en escenarios naturales y con cualquier población.

Claramente una vez que se llegue a una conclusión relativamente general sobre los asuntos mencionados en esta cuarta etapa, se identificarán otras cuestiones por atender, así es la Psicología científica; pero, en orden de fomentar que los padres ayuden de mejor manera a sus hijos podríamos empezar con las últimas expuestas.

1.2 Definición

Ahora bien, los progresos en las líneas de investigación mencionadas anteriormente, desde finales de la década de los 60's hasta el siglo XXI, han concretado la definición y caracterización del entrenamiento a padres de forma mayoritariamente consensuada, al menos desde el Análisis Conductual Aplicado (ACA), algunas de esas definiciones son las siguientes.

McMahon (1991) conceptualizó al entrenamiento a padres como un enfoque del tratamiento de problemas conductuales infantiles. Así mismo, para Rey (2006) es un "enfoque terapéutico que consiste en capacitar a madres, padres u otros cuidadores en principios, técnicas y estrategias que les permitan entender y tratar directamente los problemas de comportamiento de sus hijos" (p. 62).

De manera similar, Robles y Romero (2011) lo definen como un

tipo de intervención donde los padres son concebidos como agentes de cambio (...) y quienes son instruidos en procedimientos concretos que les permitan potenciar la conducta prosocial de sus hijos, fortalecer la vinculación afectiva entre padres e hijos y favorecer la creación de un clima familiar positivo, rompiendo, de este modo, la progresión y generalización de los primeros problemas conductuales (p. 86).

Para Guevara y Soto (2012) es tanto una “forma de entrenamiento, (...) para manejar mejor las conductas de sus hijos y promover su desarrollo psicológico, y una forma de intervención directa para regular las interacciones familiares” (p. 1037).

Desde otra perspectiva, Martín et al. (2015) señalan que es un “recurso psicoeducativo eficaz para conseguir cambios importantes en las competencias parentales, y así contribuir al ejercicio positivo de la parentalidad” (p. 74).

Así pues, existe un acuerdo en que el entrenamiento a padres consiste en enseñar a los cuidadores formas de cambiar determinado problema conductual de sus hijos mientras refuerzan la ocurrencia de otros más benéficos para su propio desarrollo, su familia y eventualmente para la sociedad.

Con respecto a cómo se le conceptualiza, mientras que para algunos es un enfoque, para otros es un tipo de intervención, o bien un recurso psicoeducativo más.

Considerando el desarrollo histórico por el cual ha pasado (y en el que sigue), el entrenamiento a padres no puede ser entendido sólo como un recurso psicoeducativo pues implica más que enseñar estrategias a los cuidadores. El entrenamiento a padres enfatiza las relaciones funcionales entre padre e hijo que mantienen una conducta problemática, aspira a la generalización de sus resultados e incluso últimamente busca contar con la validez de los participantes.

Así mismo, el entrenamiento a padres no es un enfoque, los enfoques terapéuticos hacen alusión a la perspectiva teórica (conductual, humanista, cognitiva, etc.) a partir de la cual se diseña el entrenamiento.

De tal forma que en el presente escrito se considerará al entrenamiento a padres como un tipo de tratamiento para los comportamientos problemáticos infantiles y adolescentes; es el conjunto de procesos que permiten la modificación, o prevención, de conductas disfuncionales principalmente a través de la participación de los cuidadores.

En el resto del capítulo se hace una revisión de los principales componentes, en cuanto a evaluación y diseño, de algunos de los programas de entrenamiento a padres (PEP) mencionados (Bodiford y Hambree-Kigin, 2010; Eames et al., 2010; Kjølbi et al., 2013; Porzing-Drummond et al., 2014; Rodríguez et al., 2019), de otros pertenecientes a instituciones gubernamentales e internacionales (Landaverde, 2011; Cálcena, 2010) y de algunas guías de estrategias (Nashiki et al., 2011; Verdugo y Rodríguez, 2011).

1.3 Estructura de los Programas de Entrenamiento a Padres (PEP)

Los PEP basados en el Análisis Conductual se constituyen de cuatro etapas: evaluación, diseño, aplicación y seguimiento. Verdugo y Rodríguez (2011) señalan que el proceso inicia con un primer contacto que establecerá las bases de la relación terapéutica; posterior a ello se valora la situación para después planificar las sesiones de intervención, (dicha planeación está sujeta a cambios aun mientras se están aplicando); finalmente, se prevén las repercusiones, se refuerza lo aprendido y se hace un seguimiento.

La forma en que estas etapas se llevan a cabo depende de dos factores generales, de las características globales del servicio y de las particularidades del caso. El primer factor implica los lineamientos establecidos por cada institución, o profesional, de su experiencia, modelo teórico, de los avances obtenidos en investigaciones, recursos materiales, del tiempo disponible, instalaciones e incluso de las circunstancias sanitarias presentes.

En cuanto al segundo factor, comprende el repertorio conductual (de niños y cuidadores), ajuste de dicho repertorio con el periodo de desarrollo, las condiciones biológicas y ambientales tanto pasadas como presentes, (si ya ingresó a la educación formal) su desempeño académico,

y relaciones con otros; cabe destacar que dichas particularidades se identifican por medio de la evaluación inicial (Guevara et al., 2001).

Aunque las múltiples divergencias de proceder parecieran estar en controversia con la estandarización de los programas de intervención, para fines de evaluar su eficacia en otras poblaciones, es indispensable reconocer que algunos requisitos deben ajustarse por la falta de recursos (principalmente económicos-estructurales) y por las indiscutibles diferencias de cada caso; “los componentes de intervención siempre deben ajustarse a las necesidades y características de la familia” (Verdugo y Rodríguez, 2011, p. 64).

Por ende, a continuación, se presenta la clasificación de los distintos elementos en cuanto a la evaluación y el diseño de la intervención de los programas de entrenamiento a padres.

Evaluación

En primer lugar, los principales instrumentos de evaluación en los PEP son cuestionarios y escalas que pueden ser respondidos por los padres o por los terapeutas, los cuales miden la frecuencia y/o gravedad de determinado problema conductual o habilidades tanto de los niños como de sus padres.

De acuerdo con Lozano (2017), en el caso de la evaluación conductual de los niños, los instrumentos más empleados son el *Eyberg Child Behavior Inventory* (ECBI), la Escala de Áreas de Conductas-Problema y *The Parent Problem Checklist*. En México, uno de los instrumentos más empleados y reconocidos para el mismo fin es el Inventario de Habilidades Básicas (Macotela, 2012).

Las herramientas que se emplean más comúnmente para evaluar las habilidades y posibles problemáticas de los padres son la *Parent Practices Interview* (PPI), el Inventario de Prácticas de Crianza, *The Parenting Scale*, la Lista de Evaluación Precoz de Riesgos, el Cuestionario de Fortalezas y Dificultades, la Escala de Clima Social en la Familia, la Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos, *The Parental Anger Inventory*, y *The Depression Anxiety Stress Scale* (Lozano, 2017).

Por lo general, la evaluación del comportamiento de los niños está básicamente dirigida a identificar conductas problema o las habilidades por desarrollar, mientras que en el caso de los padres es común incluir instrumentos que evalúen otros posibles problemas comórbidos, así como la percepción sobre la resolución de la problemática inicial y la autoeficacia para aplicar los programas.

La mayoría de los instrumentos citados dirigidos a los padres son de autorreporte y si bien cumplen con las propiedades psicométricas establecidas, además de ser sencillos de aplicar, conllevan un margen de error básicamente inevitable. Existe la posibilidad de que los cuidadores alteren su discurso para evitar ser juzgados por los terapeutas, que olviden algún detalle o desconozcan el desenvolvimiento de cierto suceso.

En orden de reducir tales limitaciones, es conveniente emplear más de un instrumento que evalúe las mismas variables, u opuestas (esperando una correlación negativa); basarse en distintas estrategias de evaluación; consultar a más de una fuente, como otros familiares o profesores; o bien, evaluar en distintos momentos o bajo varias circunstancias para poder comparar la información recabada.

Otra estrategia de evaluación es el Análisis Funcional (AF), cuyo propósito es “identificar todos los elementos de la contingencia, las relaciones que se establecen entre ellos y las variables disposicionales y motivadoras que están influyendo” (Froxán, 2020, p. 140).

Cabe aclarar que se han considerado tres métodos de uso del AF, indirecto, observacional (o descriptivo) y experimental, cuyas diferencias radican en la obtención de los datos, más no en su análisis (Desrochers y Fallon, 2014; Martin y Pear, 2008).

El método indirecto se basa en la aplicación de ciertos cuestionarios que buscan identificar los estímulos antecedentes y consecuentes que mantienen determinado comportamiento a través de la información proporcionada por los padres o profesores, uno de ellos es el *Questions About Behavioral Functions* (Matson y Vollmer, 1995).

El método observacional es aquel en que, como su nombre indica, se observa directamente el comportamiento de padres e hijos en escenarios naturales y/o clínicos, donde los observadores no participan ni alteran intencionalmente la situación con el fin de reconocer las variables que mantienen usualmente dicho comportamiento.

Por su parte, el método experimental también observa el comportamiento de los padres e hijos, aunque bajo diversas circunstancias. Se prueba si las respuestas problemáticas de los participantes (especialmente los niños) están mantenidas por ciertas funciones de reforzamiento positivo social o tangible, o de reforzamiento negativo.

Algunos de los comportamientos problemáticos en los que el AF ha sido empleado como principal estrategia de evaluación, dentro de los PEP, son las agresiones, rabietas (Marcus et al., 2001; Matson, 2009), autolesiones, autoestimulación (Desrochers y Fallon, 2014), problemas en el desarrollo (Wacker et al., 2008), trastornos de sueño, hiperactividad e incumplimiento de tareas (Marinho y Silveiras, 2000) y fobia a la oscuridad (Cámara, 2014).

En el caso de los métodos observacional y directo, evaluar conductas problema requiere definir las operacionalmente, asignarles un código, establecer un periodo de línea base, capacitar a los terapeutas, calcular el acuerdo entre observadores, elegir el tipo de medida más apropiado, diseñar y emplear los registros correspondientes. Además, los tres métodos implican el análisis de las relaciones funcionales identificadas.

En comparación con los instrumentos de autorreporte, esta forma de evaluación suele ser considerada como la más compleja porque implica varios procedimientos, más recursos y, por lo general, mayor tiempo. Por ello, el AF es una de las formas de evaluación empleadas en menor medida (sobre todo para evaluar el comportamiento de los padres) por los PEP, aunque contradictoriamente mayor recomendada por ser la más objetiva, válida y confiable (Robles y Romero, 2011; Lozano, 2017), independientemente de la temática que esté siendo abordada.

Finalmente, el uso excesivo de los instrumentos de autorreporte conlleva otra limitación, no se evalúa lo que realmente hacen los cuidadores, sino lo que dicen que hacen. Preguntar

sobre sus percepciones y no evaluar sus habilidades en sí es un grave error, puesto que no se conoce cómo está aplicando cierto procedimiento, se identifica si tal cuidador considera que lo está aplicando de manera correcta.

El comportamiento de los cuidadores debería ser más y mejor evaluado a partir de los instrumentos pertinentes. Si se estuviera evaluando la validez social de un programa, seguramente la mejor opción sería hacerlo con una escala de opinión tipo *Likert*; sin embargo, si lo que se pretende es evaluar la entrega de reforzadores a conductas prosociales, o la aplicación de cualquier técnica, sería menester hacer uso de la observación.

Diseño

Una vez que se cuentan con los resultados de la evaluación se procede a planificar las sesiones del programa en términos de objetivos, formato, nivel de participación, técnicas, estrategias, materiales, reglamentos y tareas. Aunque la evaluación inicial claramente ha concluido, también debe evaluarse la pertinencia y funcionalidad de los componentes de las sesiones durante la etapa de aplicación para obtener mejores resultados.

Objetivos. El primer elemento del diseño de la intervención es el objetivo, que se deriva directamente de los resultados de la evaluación, aunque puede contarse con metas generales aplicables a determinadas poblaciones como: reducir las respuestas de estrés, aumentar las habilidades de afrontamiento, disminuir las autolesiones, favorecer el desempeño académico, etc., cada intervención psicológica contará con objetivos específicos distintos porque estará atendiendo problemas de personas diferentes bajo situaciones delimitadas.

Al inicio de este capítulo ya se vislumbraba aquella meta compartida de los PEP, cambiar el comportamiento disfuncional de los padres (y enseñarles las formas más propicias) para cambiar el de sus hijos. Kazdin (1997, citado en Eames et al., 2010) planteó que el objetivo de estos programas era modificar el manejo de técnicas de los padres al enseñarles prácticas más efectivas, incrementando el uso específico de instrucciones y reforzamiento, así como estableciendo estrategias disciplinarias no aversivas.

De igual manera, Lozano (2017) define su objetivo principal como "cambiar las interacciones negativas, los ciclos coercitivos y los procesos que incluyen la educación aversiva e inconsistente entre padres e hijos" (p. 85).

Por otro lado, si bien los objetivos están enfocados en lo que esperamos de los padres después del programa, también deben considerarse aquellas conductas esperadas de los niños, por lo que sería conveniente incluirlas dentro de los objetivos para establecer una forma de evaluación y poder reportarlo como parte de los resultados.

De acuerdo con Guevara et al. (2001) la redacción de los objetivos en programas conductuales debe ser en términos de la actividad de a quién está dirigido (en este caso, los padres), en términos observables, necesita especificar un criterio de ejecución, referirse a una conducta concreta, evitar palabras innecesarias y ser funcionales según su entorno.

Generalmente los artículos publicados sobre la implementación de algún PEP no incluyen los objetivos particulares planeados (es decir, los de cada sesión), principalmente por los criterios de edición impuestos por cada revista científica; por el contrario, es más común encontrar el conjunto de objetivos en los manuales o guías metodológicas.

Para mostrar la redacción final de algunos objetivos, en la tabla 1 se citan ejemplos de tres programas diferentes, su respectiva población y conducta problema a la que estuvieron dirigidos.

Tabla 1

Ejemplos de objetivos de los PEP

Manual	Población	Objetivos
Educando a los hijos, los padres como agentes del cambio conductual (Rodríguez et al., 2019)	Padres de entre 20 y 45 años interesados en disciplinar de forma afectiva y eficaz a sus hijos.	Que los padres desarrollen habilidades de manejo de contingencias con la finalidad de implementar la disciplina positiva en sus hijos.

Manual	Población	Objetivos
Parent-Child Interaction Therapy (Bodiford y Hembree-Kigin, 2010)	Padres de hijos (de entre 3 y 6 años) quienes presentan comportamientos disruptivos, agresivos y problemas de desarrollo.	Modificar la conducta a través de la atención selectiva, ignorando conductas inapropiadas, redirigiendo actividades inapropiadas y proveyendo atención incompatible a conductas prosociales.
Guía metodológica para realizar talleres con madres y padres (Cálcena, 2010)	Padres de hijos (de entre 5 y 11 años) interesados en prevenir prácticas violentas.	Aprender a reconocer emociones de ira o enojo, así como técnicas de relajación, para responder sin violencia al momento de poner límites a los hijos e hijas.

Formato. Si bien los objetivos determinan lo que se espera lograr al concluir el programa, también deben definirse otros elementos cuantitativos para su implementación. Así, se entenderá como formato a la periodicidad, duración, cantidad de participantes y escenario establecidos para llevar a cabo las sesiones de los PEP.

Nashiki et al. (2011) señalan que la periodicidad más común de los PEP es la semanal cuando se trata de talleres, pero también pueden ser según las juntas escolares (como con la entrega bimestral de calificaciones).

Así mismo, su duración puede variar entre seis (Rodríguez et al., 2019) y 12 sesiones (Kjobli et al., 2013; Eames, et al., 2010) de aproximadamente dos horas; en el caso de las intervenciones breves pueden consistir entre 3 y 5 sesiones (Porzig-Drummond et al., 2014).

En cuanto a la cantidad de participantes, este puede ser grupal, individual o por díadas padre-hijo. Con respecto al formato grupal, pueden considerarse entre 10 y 15 cuidadores (Rodríguez et al., 2019; Kjobli et al., 2013; Eames, et al., 2010) más uno o dos líderes, facilitadores o terapeutas que guíen las sesiones.

Resulta menester valorar el número de participantes para un mejor manejo del grupo pues, aunque algunos mencionan que puede llegar hasta 30 (Porzig-Drummond et al., 2014)

pueden darse complicaciones con la resolución de dudas o atención de cada caso particular si se cuenta con una cantidad grande de participantes.

En el caso del escenario, típicamente los entrenamientos tienen lugar en salones de centros o instituciones cuyas características no son rigurosas, pero como se mencionaba anteriormente, también pueden darse a través de plataformas digitales. La estructura general de esos últimos consiste en dos partes, donde la primera es la entrega de ejercicios autodidactas informativos y la segunda consiste en videoconferencias con los terapeutas para revisar los contenidos e implementar los procedimientos correspondientes.

Nivel de participación. Como se ha mencionado a lo largo del capítulo, la participación de los cuidadores es imprescindible para generar cambios efectivos en el comportamiento de los hijos, idealmente, “las intervenciones con padres necesitan involucrar a todos los que toman decisiones, principalmente papás y otros cuidadores significativos” (Panter-Brick et al., 2014, p. 1208).

Ahora bien, las distintas maneras en que se involucra a tales cuidadores en el entrenamiento a padres son otro elemento importante de su diseño; suele ser lo que diferencia a un programa del otro, la proclamada innovación y en lo que recae su promoción de replicación.

De acuerdo con Corona (1997) el nivel de participación de los cuidadores es la “forma en que será integrado al proceso educativo, lo cual, dependerá tanto de los fundamentos, metas y objetivos del programa, (...) como de las actitudes familiares” (p. 6); y puede ir desde un contacto mínimo hasta la integración absoluta.

Rey (2006) plantea que en los PEP existen dos posibles enfoques (no excluyentes entre sí) de la participación, la capacitación en prácticas de crianza donde prepondera la enseñanza de técnicas de modificación conductual para que los padres puedan afrontar el comportamiento problemático de sus hijos; y el segundo, que busca generar habilidades de solución de problemas, manejo del estrés y habilidades sociales para los cuidadores bajo el supuesto de que

un mejor afrontamiento de las experiencias estresantes cotidianas tendrá repercusiones benéficas en sus prácticas parentales.

En un sentido similar, Forehand, Jones y Parent (2013) plantean que se han definido distintos roles para los cuidadores como agentes de cambio (aplicando ellos mismos las técnicas de modificación conductual), consultores (brindando información), colaboradores (ayudando al niño a adquirir habilidades), o co-clientes (con el fin de manejar sus propios problemas psicológicos).

Dicha concepción del rol establecido dependerá del problema conductual a tratar, v. gr. si se trata de conductas disruptivas, los padres son agentes de cambio al ejercer mayores prácticas de control; en cambio, si se tratara de conductas ansiosas el papel de los padres sería como consultores y/o co-clientes.

De tal forma que pueden identificarse tres niveles de participación acumulativos; cabe resaltar que un mismo programa puede incluir más de uno de los niveles mencionados, de forma progresiva.

Teórico. Los PEP están diseñados para exponer, explicar e informar determinadas temáticas, y en algunos casos técnicas o estrategias. La participación de los cuidadores consiste en asistir a las sesiones y plantear dudas que sean resueltas por los facilitadores.

Metodológico. El programa se centra en la enseñanza de los procedimientos de determinadas estrategias y prácticas. Los cuidadores asisten a las sesiones, generan dudas, resuelven ejercicios de forma individual o con otros cuidadores, exponen ejemplos cotidianos y realizan dinámicas relacionadas con la problemática que se esté atendiendo.

Directo. La parte central del diseño del PEP es el ensayo y práctica de técnicas para la modificación de determinado problema conductual de los menores, con el niño presente; es decir, los cuidadores aplican las técnicas aprendidas a cierto comportamiento de sus hijos, por lo que comúnmente no comparten estas sesiones con otros cuidadores, sino que es una participación por díadas cuidador-niño.

Técnicas y Estrategias. Bajo el marco de la psicología conductual, evidentemente las técnicas empleadas deberán ser las derivadas del Análisis Conductual⁵, empero pueden diferenciarse aquellas enseñadas a los padres para modificar el comportamiento de sus hijos y las que se utilizan con los mismos padres para llevar a cabo el programa.

Sobre las utilizadas para modificar la conducta del menor, Rey (2006) las clasifica en tres grupos: las que buscan aumentar respuestas apropiadas, como los programas de reforzamiento, economía de fichas y contrato conductual; las que reducen respuestas inadecuadas, como: el reforzamiento diferencial de otras conductas (o conductas incompatibles), extinción, castigo negativo, costo de respuesta y tiempo fuera; y las orientadas a que los niños adquieran destrezas según su nivel de desarrollo, v.gr. modelamiento, moldeamiento por aproximaciones sucesivas y encadenamiento.

Ahora bien, aquellos procedimientos para enseñarles a los cuidadores a cambiar a sus hijos pueden ser también técnicas de modificación conductual como el reforzamiento positivo, la sobrecorrección, ensayo conductual, instrucciones y modelamiento (Verdugo y Rodríguez, 2011; Bodiford y Hembree-Kigin, 2010).

Además, dependiendo de la cantidad y del nivel de participación establecidos, pueden realizarse ejercicios de juego de roles, discusiones, debates, reflexiones, explicaciones, anécdotas y dinámicas grupales (Nashiki, et al., 2011; Cálceña, 2010).

Materiales. Al igual que con las técnicas y estrategias, los materiales utilizados en las sesiones de los PEP dependen, en parte, del nivel de participación de los cuidadores y, por otro lado, de los recursos y preferencias de los terapeutas. Mientras que algunos PEP se diseñan para ser sumamente dinámicos (es decir, que todos los involucrados realicen varias actividades de múltiples tipos), otros están diseñados para ser más breves, por lo que no necesitan muchos artefactos.

⁵ Véase Anexo A para consultar la definición de las técnicas de modificación conductual mencionadas a lo largo de todo el proyecto.

Pueden ser bastante sencillos como plumones, colores, juguetes, hojas de ejercicios, trípticos, carteles, murales, circulares informativas, diarios o buzones (Nashiki, et al., 2011; Rodríguez et al., 2019) y también pueden ser mucho más elaborados y complejos, desde presentaciones, videos, películas (Porzig-Drummond et al., 2014) o instalaciones como una cámara Gessel (Bodiford y Hembree-Kigin, 2010).

Reglamentos. Es común que los PEP incluyan la elaboración de un reglamento de comportamiento de los participantes (sobre todo cuando tienen un formato grupal) para que las sesiones puedan llevarse a cabo de una forma más provechosa. Suelen incluir aspectos sobre la confidencialidad de lo compartido por los miembros durante las sesiones, la responsabilidad en cuanto al turno y horario de asistencia, el respeto de las opiniones ajenas y la petición de palabra (Landaverde, 2011; Nashiki, et al., 2011).

Suele recomendarse que los reglamentos se redacten en conjunto con los participantes del programa y en la primera sesión de la intervención para sentar las bases de la relación terapéutica entre coordinador y cada cuidador, y al mismo tiempo prevenir futuros problemas en la participación grupal.

Tareas. Son todos aquellos ejercicios designados a los padres para que los realicen en cualquier escenario diferencial al clínico, por lo general en casa, los cuales están relacionados con el componente conductual que se haya revisado en la sesión actual, principalmente con el fin de reforzar lo aprendido hasta el momento y generalizar dicho aprendizaje a sus actividades cotidianas con el niño.

La asignación de tareas es pues la “proporción de labores terapéuticas a un individuo para que las complete fuera de la sesión para reforzar o facilitar conocimientos y habilidades” (Becker et al., 2018, p. 7).

Al igual que con cualquier otra actividad planeada dentro del programa, es elemental que las tareas cuenten con un criterio de ejecución y sean evaluadas con base en este. No todas las tareas se diseñan con el propósito de evaluar lo mismo, pues en las primeras sesiones pueden

designarse algunas para valorar el seguimiento de instrucciones de los participantes y conforme avance el programa se utilizan para evaluar un cambio en sus prácticas parentales.

Si bien algunas pueden ser relativamente sencillas (como llevar a la sesión cierto material), otras pueden ser más prolongadas (como aplicar determinada técnica con el niño bajo condiciones definidas), por lo que es fundamental asegurarse de que la asignación de una tarea es apropiada en el momento elegido para cierto cuidador y que su realización no resultará contraproducente.

En la tabla 2 se compilaron las principales características de los programas descritos anteriormente con la finalidad de que el lector pueda apreciar mejor sus diferencias y similitudes, dichos PEP cuentan con un alto grado de efectividad y tienen una orientación Conductual.

Los objetivos están dirigidos a la promoción de la mejora de prácticas parentales, ya sea para reducir problemas conductuales de los niños o prevenir prácticas disfuncionales. Al ser objetivos generales, no cumplen con todos los criterios establecidos por Guevara et al. (2001), empero los seis están redactados en términos observables, incluyen la participación de los cuidadores y los resultados esperados, son funcionales y evitan palabras innecesarias.

Sobre la evaluación de los objetivos, los instrumentos mayormente empleados son entrevistas, escalas e inventarios. Como se comentaba antes, la observación directa es menos empleada; el *Parent-Child Interaction Therapy* (PCIT) la incluye como una estrategia, y el programa *Incredible Years* (IY) se basa fundamentalmente en ella, ambos apoyándose de sistemas de codificación.

Con respecto a las variables evaluadas, además de la conducta problema, aquellos programas que valoran las repercusiones en otras áreas, como en entornos académicos, comunitarios o en el comportamiento parental (respuestas de estrés, ansiedad y/o depresión) son el PMTO, el *1-2-3 Magic Parenting Program* y el PCIT.

Tabla 2*Comparación de Programas de Entrenamiento a Padres*

Programa	Objetivo general	Instrumentos de evaluación	Modalidad	Duración	Nivel de participación ^a	Técnicas	Tareas
PMTO (Kjobli et al., 2013).	Promover habilidades de crianza efectivas para reducir y prevenir problemas conductuales infantiles.	ECBI, <i>Home and Community Social Behavior Scales</i> , CBCL <i>School Social Behavior Scales</i> , <i>Teacher Report Form</i> , <i>Adherence Scale</i> ^b .	Grupal- 16 participantes	12 sesiones semanales de 150 minutos.	Metodológico	Ensayo conductual, Solución de problemas	Sí
<i>Incredible Years</i> (Eames et al., 2010).	Reducir comportamientos disruptivos infantiles a través de prácticas parentales positivas.	<i>Dyadic Parent-Child Interaction Coding System</i> (DPCIS), <i>Leader Observation Tool</i> .	Grupal- 12 participantes	12 sesiones, dos veces a la semana.	Metodológico	Modelamiento, Ensayo conductual, Reforzamiento positivo	No
Sin violencia se educa mejor (Cálcena, 2010).	Aprender formas o técnicas para poner límites a los hijos e hijas sin violencia.	Entrevista semiestructurada.	Grupal- 25 participantes	Cinco sesiones de 75 a 140 minutos.	Metodológico	Tiempo fuera, RDO y RCI, Castigo negativo, Discusiones	

Programa	Objetivo general	Instrumentos de evaluación	Modalidad	Duración	Nivel de participación ^a	Técnicas	Tareas
<i>1-2-3 Magic Parenting Program</i> (Porzig-Drummond et al., 2014).	Reducir prácticas parentales disfuncionales y problemas conductuales infantiles.	ECBI, DASS-21, <i>Emotion-Related Parenting Styles Self-Test, Therapy Attitude Inventory</i> .	Grupal- 30 participantes	Tres a cinco sesiones de 120 minutos.	Teórico	Modelamiento, Tiempo fuera Castigo negativo, Reforzamiento positivo	No
Educando a los hijos. (Rodríguez et al., 2019).	Desarrollar habilidades de manejo de contingencias para implementar la disciplina positiva.	Entrevista semiestructurada, resolución de ejercicios.	Grupal- 10 a 15 participantes	Seis sesiones semanales de 100 minutos.	Metodológico	RDO, Castigo negativo, Modelamiento, Discusiones, Ensayo conductual	No
PCIT (Bodiford y Hembree-Kigin, 2010).	Mejorar la relación padre-hijo mediante el seguimiento del liderazgo del niño y técnicas de modificación conductual.	Entrevista semiestructurada, ECBI, <i>Sutter-Eyberg Student^b Behavior Inventory</i> .	Díadas padre-hijo	12 a 16 sesiones semanales de 60 minutos.	Directo	Ensayo conductual Modelamiento Instrucciones Tiempo fuera Reforzamiento positivo	Sí

^a Basado en los niveles de participación de los cuidadores propuestos en este mismo trabajo, véase página 30.

De los seis programas citados, sólo dos de ellos evalúan variables directamente relacionadas con el diseño del programa; el *1-2-3 Magic Parenting Program* evalúa la satisfacción de los padres con el programa, mientras que el *Parent Management Training- Oregon Model* (PMTO) evalúa la adherencia de los participantes a éste.

Todos, a excepción del PCIT, se imparten en sesiones grupales de 10 a 30 participantes, donde el programa de Rodríguez et al. (2019) es el que sugiere la menor cantidad, y el *1-2-3 Magic Parenting Program* el que propone la mayor cantidad de participantes.

En el caso de los programas citados las sesiones varían entre tres y 16, se imparten semanalmente o dos veces por semana. El programa con las sesiones más cortas es el PCIT, con una duración de 60 minutos; mientras que las sesiones más largas (de 150 minutos) pertenecen al PMTO.

Por otra parte, la mayoría de los PEP tienen un nivel de participación metodológica pues los procedimientos se enseñan a partir de ejercicios que deben resolver los mismos cuidadores. Todos los programas, menos el Sin violencia se educa mejor de Cálcena (2010) y el *1-2-3 Magic Parenting Program*, emplearon el ensayo conductual para entrenar a los cuidadores. Sin embargo, el primero hizo uso de discusiones grupales y por ello su nivel de participación también es de tipo metodológico.

El *1-2-3 Magic Parenting Program* es el único con un nivel de participación teórico porque las actividades de los cuidadores durante las sesiones se limitan a observar, leer y escuchar la información correspondiente, no realizan ningún ejercicio práctico individual o entre ellos, ni como tarea en casa.

Por el contrario, el PCIT es aquel diseñado con un nivel directo, principalmente por su modalidad de díadas. Una vez que se enseña a los padres sobre el funcionamiento y características de las técnicas, además de haberlas ensayado con el terapeuta, las sesiones se centran en que los cuidadores apliquen los procedimientos con sus propios niños en el escenario clínico.

En cuanto a las técnicas, puede notarse que existe uniformidad pues se emplean básicamente las mismas en todos los programas citados, reforzamiento positivo, castigo negativo, tiempo fuera, RDO y RCI, lo cual se debe a que los objetivos son similares entre sí.

Por último, solamente los programas PMTO y PCIT designaron a los cuidadores por lo menos una tarea por sesión. A pesar de que un PEP emplee la observación directa, como en el caso del IY, evaluar los progresos con las tareas, permitiría una identificar los avances y problemas que los cuidadores enfrentan cuando el terapeuta no se encuentra cerca.

Como puede verse, aunque cuenten con una misma estructura general, existen diversas variedades de los PEP, mientras que unos implican sesiones prácticas entre padres e hijos, otros están orientados a informar y reflexionar; cada uno de ellos diseñado para concretar sus propios objetivos, cuya alta efectividad ha sido corroborada.

Si bien los programas buscan ser replicados con determinada población, no puede omitirse que son susceptibles al cambio, en menor o mayor medida, debido a los factores (del servicio y del caso) que ya se mencionaban.

De tal forma que cada terapeuta está sujeto a tomar las decisiones pertinentes para adaptar determinado programa con sus recursos y el caso atendido. Los PEP, y cualquier otro programa de intervención psicológica, deberían emplearse como recomendaciones generales, no como manuales de cocina (Bodiford y Hambree-Kigin, 2010).

La existencia de tantos programas para una misma problemática podría deberse justamente a que cada individuo (o grupo de) cuenta con un repertorio conductual particular, y por consiguiente resulta innecesario e inefectivo enseñar exactamente lo mismo a todos.

Finalmente, cada psicólogo diseñará la intervención o programa que considere adecuado basándose en los principios del Análisis Conductual y en la estructura descrita previamente, en términos de evaluación, objetivos, formato, técnicas, estrategias, tareas, materiales y reglamentos.

La cuestión más importante debiera ser cómo nos aseguramos de que los cuidadores permanezcan en esas intervenciones a lo largo de las sesiones, y que además apliquen los procedimientos en los escenarios no clínicos de interés, es decir que se comprometan con el entrenamiento.

En resumen, el entrenamiento a padres ha resultado benéfico para la resolución y prevención de distintas problemáticas con poblaciones infantiles y adolescentes. Una de las más estudiadas ha sido el comportamiento disruptivo, principalmente debido a que el nivel de participación de los cuidadores es de tipo directo, y porque es de los comportamientos que cambian más efectivamente con este tipo de tratamiento.

Algunos de los PEP mencionados en este capítulo que están dirigidos a atender tal problemática en infantes y adolescentes son los de Bodiford y Hembree-Kigin (2010), Eames et al. (2010), Kjobli et al., (2013), y Porzig-Drummond et al., (2014). En el siguiente capítulo se analizan los principales componentes teóricos y metodológicos, desde la perspectiva del Análisis Conductual, concernientes al comportamiento disruptivo.

II. Comportamiento Disruptivo y Desafiante Infantil

Como se mencionaba en el capítulo anterior, se han diseñado programas de entrenamiento a padres para atender múltiples problemáticas de los infantes y adolescentes; entre las más comunes están el comportamiento disruptivo y desafiante (Fernández-Parra, et al., 2013; Lozano, 2017; Murphy et al., 2007).

De acuerdo con la investigación de Erskine et al. (2016) sobre la prevalencia mundial de problemas psicológicos en niños y adolescentes, las conductas disruptivas y antisociales tienen una prevalencia de 5.03% siendo el cuarto problema del desarrollo psicológico más común entre los menores de edad, y el segundo no relacionado con problemas neuropsicológicos más frecuente⁶.

Si bien los resultados proporcionados por Erskine et al. (2016) son sumamente enriquecedores para conocer las tasas de frecuencia sobre distintos trastornos a nivel internacional, el estudio también permite identificar conflictos críticos sobre su clasificación. Según los mismos autores, 124 países de los 184 incluidos en el estudio no contaban con ningún registro poblacional o institucional de la prevalencia de problemas psicológicos.

De ello podría deducirse la falta de interés de los gobiernos por la *salud mental* de sus habitantes pues hacer censos para conocer la prevalencia de problemas psicológicos no parece tan común. En el caso de México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) sólo cuenta con datos relacionados al suicidio y depresión, y no se tiene una clasificación por grupos de edad.

No obstante, el hecho de que tantos países no cuenten con registros de ese tipo podría tener su origen en las divergencias de diagnóstico. Para afirmar que cierta proporción de la población nacional presenta algún problema psicológico se requiere de una metodología precisa,

⁶ Según tal estudio, los tres primeros problemas más frecuentes son el TDAH, depresión y TEA.

en la cual todas las fuentes coincidan en la definición y descripción de dicho tipo, pues de lo contrario sería inútil tratar de contabilizarlo.

Lamentablemente, la incorrecta clasificación de los problemas psicológicos es común, principalmente por la divergencia de posturas teóricas que acuñen una terminología y etiología distinta a una misma condición, por lo que el hecho de que tantos países no cuenten con un registro de los problemas psicológicos también podría deberse a los desaciertos de nuestra disciplina.

Un diagnóstico equivocado puede ser sumamente perjudicial para quien lo recibe y sus allegados, la estigmatización y la recepción de un fallido tratamiento (incluso farmacológico) podrían generar peores consecuencias que el posible verdadero problema de las personas, sobre todo si se inicia a una temprana edad (Scharg y Divoky, 1976).

“Las evaluaciones superficiales y los tratamientos poco supervisados generan y multiplican diagnósticos erróneos, oportunidades perdidas para cambiar la calidad de vida de las personas, y un potencial abuso de sustancias cuando los medicamentos no se monitorean cuidadosamente” (Hinshaw y Scheffler, 2014, p.33).

Así pues, con el fin de aminorar dicha problemática teórica y para reducir las dificultades en el marco del entrenamiento a padres como alternativa de tratamiento, en este capítulo se discuten las conductas infantiles clasificadas como disruptivas o desafiantes, sus definiciones conceptuales y operacionales encontradas en la literatura, y el empleo del Análisis Funcional para su evaluación.

2.1 Comportamiento Disruptivo

En primera instancia, debe señalarse que el comportamiento disruptivo y el desafiante generalmente son estudiados como dos problemáticas diferentes, de hecho, el segundo suele ser reconocido como Trastorno Negativista Desafiante o bien, Oposicionista Desafiante. Sin embargo, en este escrito se consideran como semejantes dado que comparten varios elementos; a continuación, se describen y comparan sus definiciones conceptuales y operacionales.

Definiciones Conceptuales

Como en cualquier problema psicológico, las definiciones conceptuales ofrecidas están basadas en distintos ámbitos o inclinaciones teóricas, aquí se destaca una internacional, una neuropsicológica y otra conductual, ya que son las mayormente empleadas.

El comportamiento disruptivo es considerado por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V, por sus siglas en inglés, 2016) como un conjunto de trastornos: Trastorno Negativista Desafiante, Trastorno Explosivo Intermitente, Trastornos Conductuales, Trastorno de la Personalidad Antisocial, Piromanía, Cleptomanía y otros. En una versión anterior el TDAH estaba incluido dentro de dicho conjunto, pero su traslado de esta clasificación a trastornos del neurodesarrollo destaca, desde la postura del DSM-V, que el comportamiento disruptivo no es generado por alteraciones biológicas.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11, 2018) propone como definición conceptual que “los trastornos de comportamiento disruptivo y disocial se caracterizan por problemas comportamentales persistentes que van desde marcados comportamientos desafiantes, desobedientes, provocadores o maliciosos” (p. 191); en el DSM-V (2016) la definición más parecida a esta es la del Trastorno Conductual, “un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad” (p. 246), el cual implica la agresión a personas o animales, destrucción de la propiedad, engaño y/o robo.

En el caso del comportamiento disruptivo las definiciones propuestas anteriormente permiten apreciar la dicotomía entre los dos manuales de diagnóstico señalados. Mientras que para uno la conducta disruptiva es un espectro de diversos trastornos, para el otro es algo más *específico*; y, aunque existe una relativa similitud entre definiciones, no es con respecto al mismo término.

Al margen de lo planteado por el DSM-V y la CIE-11, desde un punto de vista neuropsicológico el comportamiento disruptivo se ha definido como aquel

síndrome clínico que se caracteriza más significativamente por el compromiso en actos repetidos de agresión contra otros que a menudo van acompañados de poca o ninguna consideración por los efectos de tal comportamiento en los demás ni por el valor de cumplir órdenes, peticiones o expectativas de conformidad de sus padres y otras figuras de autoridad (Tolan y Leventhal, 2013, p. 1).

Mientras que el planteamiento de la psicología conductual es que el comportamiento disruptivo equivale a desobedecer cierta instrucción, no llevando a cabo una actividad concreta requerida, actuando en contra de una norma establecida o, permanecer realizando una actividad de la que se solicitó retirarse (Porcel, 2010).

En un contexto escolar, Rodríguez (2017) propone que una conducta es considerada como disruptiva “porque interrumpe la interacción con el docente, los alumnos y el material utilizado, e impide la adquisición de aprendizajes (...) es un comportamiento que altera el contexto donde se efectúa” (p. 1125).

Así mismo, para Koegel et al. (1992) es disruptiva “cualquier conducta que cause una alteración en las sesiones, tal como interrumpir la presentación de un estímulo como tarea, dirigiendo la conducta lejos de la tarea, o interfiriendo con la respuesta a dicha tarea” (p. 147).

Se reconoce que la orientación internacional y la neuropsicológica comparten más elementos entre sí, principalmente porque tienen un fundamento médico en el cual se pretende diagnosticar uniformemente los casos. A diferencia de la postura conductual, en la que no se hace referencia a síndromes o trastornos, y en la que es insuficiente definirla conceptualmente.

Definiciones Operacionales

Siguiendo ese último punto, el Análisis Conductual establece que toda respuesta debe ser definida operacionalmente, es decir en términos de lo que se observa que un organismo (en este caso, un niño) hace o dice, y cómo lo ejecuta.

Una definición operacional requiere ser clara, precisa y concreta; puede ser funcional o topográfica, en el primer caso se describe la función de la respuesta en el ambiente, y en el

segundo se describe según varios parámetros, frecuencia, duración, magnitud, latencia, etc. (Cooper et al., 2007).

Desde esta orientación, el uso de definiciones operacionales en la evaluación del comportamiento es vital porque “sólo la conducta manifiesta y ejecutada en situaciones adecuadas nos permite asegurar el aprendizaje” (Guevara et al., 2001, p.48).

Cabe destacar que ninguna definición de tipo operacional puede ser considerada como universal, pues dependerá completamente de la observación del comportamiento de determinado sujeto bajo circunstancias concretas; en vista de ello, las presentadas a lo largo del capítulo son únicamente ejemplos y no se propondrá una final.

Algunas de las conductas disruptivas que Koegel et al. (1992) observaron en tres niños de entre 3 y 4 años de edad, fueron: llorar, gritar, autoestimulación verbal lo suficientemente alta como para encubrir las instrucciones del terapeuta, voltear su cabeza y/o cuerpo lejos del terapeuta (o la tarea), abofetear, tomar objetos, aletear con las manos por más de dos segundos, barrer la mesa con las manos, cubrir su cara y/o boca con sus manos, recostarse sobre su asiento o mesa, y levantarse de su asiento durante la presentación estimular.

Aguilar y Navarro (2008) definieron algunos ejemplos de conductas disruptivas de tres niños de 8 y 14 años, como “el rechazo sistemático de las tareas académicas; hacer constantes ruidos con la boca, las manos o los lápices; emitir frecuentes ruidos en la clase; destruir el material escolar; y, agresiones verbales a los compañeros y profesores” (p. 134).

Por su parte, Cuenca y Mendoza (2017) estudiaron el comportamiento de 14 estudiantes de educación básica, de entre 6 y 10 años, cuyos padres, profesor y compañeros denominaran como “desobedientes”. Al observar el comportamiento de los participantes a lo largo de seis sesiones en el aula, clasificaron la conducta disruptiva en dos tipos: verbal y motriz, definiéndolas de la siguiente manera:

Disrupción verbal. Conducta física y/o verbal del sujeto focal de conversar con otros, enseñar juguetes, interrumpir con temas fuera de clase, hablar sin levantar la mano para participar, hacer sonidos con objetos, mano o pies; grita, canta, silba, se burla.

Disrupción motriz. Conducta física del sujeto focal de andar fuera de su lugar, desplazar la silla, subirse a la silla o mesa, cambiarse de lugar sin permiso, correr en el salón, pegar en la mesa con las manos u otro objeto, sacar objetos (p. 2700).

En el mismo sentido, Corsi et al. (2009) observaron a 38 estudiantes de secundaria quienes presentaban problemas conductuales durante las clases, obtuvieron un 95% de confiabilidad, y definieron el comportamiento disruptivo de la siguiente manera, con base en tres niveles de intensidad:

Leve. Conductas incompatibles con la realización de actividades académicas. Las más frecuentes fueron no seguir las instrucciones de la docente, mirar por la ventana, leer asuntos no relacionados con la clase, consumir alimentos, maquillarse y conversar asuntos no relacionados con la clase.

Moderada. Conductas que interfirieran con el desarrollo de la clase y que distrajeran al resto del curso. Las más frecuentes fueron gritar, hacer ruido con la voz o con objetos, cantar, bailar, lanzar papeles, decir groserías y decir sobrenombres de forma ofensiva.

Severa. Todo comportamiento agresivo que cause daño físico o amenace a terceros, como los golpes a otros estudiantes, la sustracción de objetos, el daño al mobiliario del establecimiento y en los materiales de otros estudiantes (p. 70).

Las definiciones citadas concuerdan en algunos elementos entre ellas, principalmente en que este tipo de comportamientos alteran el curso planeado de las sesiones (terapéuticas o académicas; aunque también podría ser la rutina diaria de convivencia) generando afectaciones al propio individuo, así como a quienes lo rodean porque impiden el logro de un determinado objetivo.

A excepción de lo propuesto por Tolan y Leventhal (2013), en general, se coincide en que el comportamiento disruptivo son distintas respuestas que pueden agruparse en: incumplimiento o interrupción de instrucciones, rabietas y agresiones.

Un elemento compartido a destacar es que las conductas disruptivas pueden llegar a ser tan intensas que incidan en agresiones motrices o verbales a las personas u objetos de su alrededor. Empero, no se especifica si debe entenderse como el encadenamiento de ciertas respuestas donde la última es una agresión (v. gr. gritar, alejarse, lanzar un objeto contra alguien), o si las respuestas agresivas podrían ocurrir de forma aislada y considerarse por sí mismas como disruptivas.

Ninguna de las definiciones explicita que este tipo de comportamiento suceda únicamente en un ambiente, por lo que se entiende que pueden ocurrir en cualquier escenario. Sin embargo, la escuela es uno de los escenarios en los que se han estudiado con mayor frecuencia las conductas disruptivas porque los profesores pueden observar y comparar el comportamiento de grupos de niños de las mismas edades (McKinney y Morse, 2012).

En cuanto a la edad, ninguno de los autores citados (ni el DSM-v o la CIE-11) establecen parámetros que delimiten la ocurrencia de conductas disruptivas, aunque puede apreciarse que durante la adolescencia se incluyen otras respuestas como maquillarse, platicar con otros (o leer) sobre un asunto no académico (Corsi et al., 2009), conductas que por el periodo evolutivo serían poco comunes de realizar en la infancia.

En general, ninguna de las definiciones citadas propone parámetros específicos de frecuencia o duración con los que podría denominar una respuesta como disruptiva, excepto una de las conductas propuestas por Koegel et al. (1992). Únicamente Corsi et al. (2009) proponen una forma de clasificar las distintas respuestas por nivel de gravedad.

2.2 Comportamiento Desafiante

Al igual que en el apartado del comportamiento disruptivo, en este se exponen las definiciones conceptuales y operacionales del repertorio desafiante.

Definiciones Conceptuales

No se identifica una gran variedad de perspectivas en las que se basen las definiciones conceptuales del comportamiento desafiante, por lo que se presentan aquella de tipo internacional (como en el disruptivo) y otra conductual.

A diferencia del comportamiento disruptivo, en el caso del comportamiento desafiante los manuales de clasificación mencionados comparten más elementos. Por su parte, la CIE-11 (2018) categoriza el trastorno desafiante y opositor como una derivación o subtipo del comportamiento disruptivo, siendo este

un patrón persistente (por ejemplo, 6 meses o más) de comportamiento marcadamente desafiante, desobediente, provocativo o malicioso que ocurre con más frecuencia de lo que se observa típicamente en individuos de edades y nivel de desarrollo similares, y que no se limita a la interacción con los hermanos (p. 191).

Así mismo, para el DSM-V (2016) el Trastorno Negativista Desafiante es uno de los trastornos del comportamiento disruptivo, y lo define como “un patrón de enfado/ irritabilidad (pierde la calma), discusiones/actitud desafiante (desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas) o vengativa que dura por lo menos seis meses (...)” (p. 243).

Ambos manuales coinciden en la prolongación de las respuestas, en la gravedad para las áreas de funcionamiento, en su denominación y en que debe ocurrir con alguien más que los hermanos.

Con respecto al comportamiento desafiante, ha sido definido como aquel que (...) en más de una ocasión causara más que un daño menor a sí mismo u otros, o destruyera su ambiente inmediato de vivienda o trabajo; o requiriera la intervención de más de un miembro de staff; al menos semanalmente lo colocara en peligro, o causara un daño que no pudiera ser reestablecido por el staff, o causara más de una hora de

alteración; o que generara más que unos minutos de interrupción diariamente (Qureshi y Alborz, 1992, p. 139).

De forma más general, Emerson (2001) plantea que es el grupo de cualquier Conducta culturalmente anormal de tal intensidad, frecuencia o duración que la seguridad física de la persona u otros es puesta en grave peligro; o, conducta que es propensa a limitar seriamente el uso, o que resulta en el acceso rechazado, de facilidades ordinarias en su comunidad (p. 3).

Definiciones Operacionales

A lo largo del tiempo se han catalogado como desafiantes a distintas conductas, las cuales suelen diferir según el grupo de edad estudiado, mientras que para los adultos es común incluir respuestas criminales, en los niños no son tan comunes; en este caso se señalan aquellas conductas consideradas como desafiantes presentadas por infantes y preadolescentes.

Didden et al. (2006) llevaron a cabo un metaanálisis en el cual analizaron 80 artículos publicados entre 1980 y 2005, donde la mayoría de los casos eran de hombres con una edad promedio de 14.5 años. A partir de ellos, encontraron que las principales conductas desafiantes tratadas eran las agresiones físicas, la conducta disruptiva y la destructiva.

Lowe et al. (2007) estudiaron la prevalencia de las topografías del comportamiento desafiante en 196 niños menores de 16 años. Encontraron que las más comunes eran el incumplimiento y las rabietas, le siguieron las agresiones (golpear a otros con las manos u otras partes del cuerpo), las conductas destructivas (destruir propiedades personales o de otros, y objetos pequeños) y, en menor frecuencia, las autolesiones (golpear su propia cabeza con las manos u otras partes del cuerpo).

Siguiendo la misma línea, Petty et al. (2009) consideraron como desafiantes a las conductas agresivas y destructivas de niños de entre 5 y 13 años. Además de las agresiones, autolesiones y conductas disruptivas, los comportamientos estereotipados de diferentes

trastornos (TDAH y TEA) han sido incluidos en el mismo grupo de desafiantes (Desrochers y Fallon, 2014).

Así mismo, bajo escenarios académicos comenzó a sugerirse la integración de otras respuestas, aunque no tan distintas al resto. Flower et al. (2014) incluyeron conductas disruptivas, agresiones físicas y verbales, peleas, faltas de respeto hacia autoridades, conductas antisociales negativas, interacciones sociales inapropiadas, salir de su asiento, hablar sin permiso, y la violación de reglas de la clase.

De manera más concreta, Nicholls et al. (2019) señalan los siguientes criterios, donde el individuo tendría que cumplir con al menos uno de ellos para categorizar su comportamiento como desafiante:

- a) Presenta autolesiones de forma diaria o semanal.
- b) Agrede o destruye a personas y/u objetos de forma diaria o semanal.
- c) Presenta respuestas estereotipadas mínimo una ocasión cada hora.

En suma, existe una diversidad considerablemente alarmante de respuestas que podrían ajustarse con la definición propuesta por Qureshi y Alborz (1992), por lo tanto, hasta el momento se ha concluido que cualquier conducta puede ser considerada desafiante si su intensidad, frecuencia o duración interfiere con el funcionamiento individual; o bien, si su frecuencia es semanal o diaria (Balboni et al., 2020).

Puede notarse que las definiciones del comportamiento desafiante no tienen una orientación precisamente teórica, sino que están planteadas según ciertos parámetros cuantitativos para su identificación; o bien, según sus consecuencias, tan peligrosas que generarían un rechazo social hacia quien las ejecute.

De tal manera que el comportamiento desafiante se caracteriza principalmente porque genera un daño a la misma persona, a otras personas y objetos, pues todos los autores citados destacan la incidencia de destrucciones de materiales o infraestructura; o, agresiones físicas y/o

verbales. Las otras conductas que también se consideran desafiantes son las autolesivas, estereotipadas, rabietas e incumplimiento de instrucciones.

Se han enfatizado algunos criterios en términos de frecuencia, duración e intensidad para considerar una respuesta como desafiante. En cuanto a la primera, se coincide en que la ocurrencia debiera ser diaria o semanal; por lo general, su duración tendría que ser superior a una hora; sobre su intensidad, sería lo suficientemente grave para implicar daños severos a la misma persona u otros (Balboni et al., 2020; Nicholls et al., 2019; Qureshi y Alborz, 1992).

Antes de proseguir debe señalarse que, aunque el uso del DSM-V y de la CIE-11 suele ser común para diagnosticar determinado conjunto de conductas, han recibido críticas severas. Desde su inclinación etiológica mentalista, la falta de evidencia empírica, las contradicciones o similitudes entre distintos trastornos que imposibilitan diferenciarlos claramente, y la falta de coherencia longitudinal (Aldhous, 2012).

Por tales razones, el empleo de ambos manuales de diagnóstico se ha vuelto no sólo cuestionable sino también poco recomendable, motivo por el cual en el presente trabajo sus propuestas quedan descartadas para sustentar una definición del comportamiento disruptivo y desafiante.

2.3 Propuesta de Definición Conceptual

Al inicio de este capítulo se mencionaba que, aunque el comportamiento disruptivo y desafiante comparten varios elementos, a lo largo del tiempo han sido catalogados como dos problemas heterogéneos, en los siguientes párrafos se discierne la conveniencia de tal clasificación diferencial.

De entrada, en términos de las respuestas es casi imposible identificar sus diferencias pues ambas clasificaciones engloban en su mayoría a los mismos grupos de conductas: agresiones (o destrucciones), incumplimiento de instrucciones y rabietas; las respuestas autolesivas y estereotipadas son las únicas que no han sido consideradas como disruptivas.

Si ambos grupos se refieren a los mismos tipos de respuestas es incoherente incluir a las conductas disruptivas en el grupo de las desafiantes, como si aludieran a otro tipo de conductas problemáticas (Desrochers y Fallon, 2014; Didden et al., 2006; Flower et al., 2014).

Así mismo, ambos grupos de comportamientos no son incompatibles entre ellos; aun cuando en términos extraordinariamente generales podría argumentarse que las conductas disruptivas alteran y las desafiantes dañan. Una agresión impide concretar el curso de una actividad con los criterios de ejecución planeados; y, como ya se mencionaba anteriormente, los demás grupos de respuestas pueden aumentar en tal medida que se genere una agresión.

Por otro lado, si bien se ha tratado de establecer niveles de intensidad de las conductas disruptivas (Corsi et al., 2009), sus parámetros no son tan precisos como con las desafiantes. Así, la principal divergencia entre ambas clasificaciones radicaría en indicadores como la duración, frecuencia e intensidad, donde el comportamiento desafiante tiene valores más altos que el disruptivo.

No obstante, un comportamiento que sea tan grave como para poner en riesgo la integridad de sí mismo u otros no empieza a ocurrir con tal magnitud espontáneamente, sino que es posible que aumente progresivamente hasta alcanzar esos niveles. Por lo tanto, el hecho de que esos tipos de respuestas ocurran con menor frecuencia, duración o intensidad no amerita una menor preocupación o un menor interés para su atención.

En tal sentido, cualquier conducta desafiante es disruptiva, y una conducta disruptiva puede tener un nivel de gravedad tan alto para ser considerada desafiante. Por lo tanto, el uso de uno u otro concepto debería depender únicamente de sus valores cuantitativos presentes.

Ahora bien, en ambos casos (disruptivo y desafiante) los términos norma social, regla o instrucción se han empleado de forma casi indiscriminada para referir aquello que se desobedece o incumple. Sin embargo, no pueden definirse con base en cualquiera de ellos como si fuesen iguales.

En primer lugar, es poco conveniente definir una conducta disruptiva en términos de parámetros sociales globales porque no existen,; una norma social es establecida por un determinado grupo de personas, más no por la humanidad entera. Mientras que un grupo puede calificar cierta conducta como prosocial, otro puede calificar esa misma como antisocial (Staats, 1979).

Incluso su valoración con respecto a un mismo grupo social conlleva dificultades, pues la consideración de una conducta como disruptiva depende de su presentación discriminada ante cierto grupo de estímulos, no sólo espaciales sino también temporales, de primer, segundo y enésimo orden.

Por ejemplo, gritar y correr podría considerarse inadecuado si el niño se encuentra en su salón de clases, donde lo no disruptivo sería mantenerse sentado mientras concluye sus tareas; si ese mismo niño grita y corre en el patio en horarios de clase, también sería considerado disruptivo, pero si se comporta de la misma manera en el patio y durante el horario de su receso, entonces no sería un problema.

En definitiva, debería excluirse el término de norma social al estudiar el comportamiento disruptivo y desafiante, aunque sean manifestadas en escenarios donde se encuentren grupos sociales.

En segundo lugar, una regla es un “evento verbal que puede evocar una conducta a partir de la descripción de las relaciones entre la respuesta y los eventos antecedentes y consecuentes” (Froxán, 2020, p. 41), su estructura más común es la descripción de una contingencia de tres términos, aunque pueden adoptar distintas modalidades, omitiendo algún componente.

Por otro lado, una instrucción es la expresión verbal, oral o escrita, que comanda la ejecución de cierta respuesta, y que en ocasiones incluye las circunstancias bajo las cuales debe ejecutarse. Cumple básicamente con el mismo propósito que una regla, aunque su estructura

puede ser mucho más breve pues no describe los tres elementos de una contingencia, y por ello son consideradas como reglas incompletas (Mallot et al., 2003).

En comparación, las reglas no se circunscriben a una situación específica, sino que pueden ejercer control en una gran variedad de situaciones, mientras que las instrucciones no son genéricas, su demanda depende de las circunstancias (Cerutti, 1989; Froxán, 2020; Ribes et al., 1998).

Con base en lo anterior y en lo propuesto por Camacho y Ortiz (1994), quienes mencionan que para que un comportamiento sea delimitado como desobediente debe darse bajo circunstancias específicas, pareciera que el término más conveniente para hablar del comportamiento disruptivo y desafiante sería el de instrucción.

Precisamente porque las instrucciones varían con cada situación, debe aclararse que el incumplimiento de cualquier instrucción dada no implica por sí mismo que un comportamiento sea disruptivo o desafiante, pues para que sea considerado así también debe cumplir con los criterios de alteración y daño.

De tal forma que aquellas instrucciones incumplidas deben alterar el curso de una actividad y generar repercusiones negativas para la misma persona u otros. Aquellas situaciones bajo las cuales un infante desobedezca una instrucción que atente contra su integridad (como aquellas relacionadas con el abuso sexual) no pueden considerarse disruptivas.

Por el contrario, el tipo de instrucciones que se esperan cumplan los niños y que son de interés si no se cumplen, son las que están orientadas a promover su desarrollo, que les permitan generar “habilidades para establecer y mantener relaciones recíprocas” (Santoyo y Espinoza, 1988, p. 24), y que incrementen su autonomía en la ejecución de tareas, donde el infante no requiere del apoyo adulto para completarlas (Macotela, 2012).

En ese sentido, para conceptualizarse como disruptivo, la instrucción que se esté dando debe estar orientada a promover habilidades básicas, motrices, sociales, comunicativas y/o académicas, de tal forma que su desobediencia “implica la interrupción o desajuste en el

desarrollo evolutivo del niño imposibilitándolo para crear y mantener relaciones sociales saludables, tanto con adultos como con sus pares” (Sifuentes, 2015, p. 53).

Por lo anterior expuesto, en este trabajo se propone que el comportamiento disruptivo es cualquier conducta diferencial al seguimiento de una instrucción inclinada a favorecer el desarrollo del sujeto o a proteger la integridad del entorno en que se encuentre, ya sea que esté conformado por personas, objetos o animales; y que tenga como resultado la alteración de una actividad propia y/o ajena.

De modo que se considerarán como disruptivas y desafiantes a las rabietas, agresiones, autolesiones y al incumplimiento de instrucciones; todas serán disruptivas porque alteran el contexto en que se presentan, y desafiantes si su ocurrencia cumple con los criterios establecidos por Balboni et al. (2020) es decir, si su frecuencia es semanal o diaria; o bien, si su intensidad, frecuencia o duración interfiere con el funcionamiento individual.

2.4 Análisis Funcional

En este último apartado se describen las conductas disruptivas señaladas bajo el marco del Análisis Conductual Aplicado para comprender mejor los procedimientos dirigidos para su evaluación y tratamiento.

Como se mencionó en el capítulo anterior, una de las principales estrategias de evaluación de los problemas comportamentales es el Análisis Funcional, ya sea observacional o directo, puesto que es el más efectivo para identificar las relaciones funcionales que mantienen la ocurrencia de cierta conducta.

A continuación, se presentan algunas definiciones operacionales, topografías, forma de medición, funciones y procedimientos de intervención de las respuestas denominadas previamente como disruptivas. Para su atención particular deberán establecerse sus respectivas topografías y definiciones operacionales, según la observación de cada caso.

Incumplimiento de Instrucciones

Se definen como “conductas incompatibles a estar comprometidas en las tareas o instrucciones, no prestando atención en actividades académicas” (Flower et al., 2014, p. 553).

En un contexto clínico, DiDomenico (2003) lo definió como “cualquier respuesta del niño en oposición a la instrucción del terapeuta, o respondiendo con un *no*” (p. 135). En el mismo sentido, Wiskow et al. (2017) consideraron una conducta como incumplimiento “si el participante decía *no*, corría lejos del terapeuta, tiraba los materiales de la mesa, o respondía de manera incorrecta al ejercicio” (p. 404).

Algunos autores han definido intervalos exactos dentro de los cuales el niño debe completar o iniciar la actividad descrita por el terapeuta, desde cinco (Wiskow et al. 2017) hasta 10 segundos (Wilder et al., 2007), de lo contrario se considera como conducta disruptiva.

En ese sentido, el tipo de medida recomendado para evaluar el aumento del cumplimiento de instrucciones es el de latencia, donde el estímulo sería la instrucción y se contabilizaría el tiempo que tarda el niño en comenzar a completarla. De esta forma, los registros deberían mostrar una reducción de la latencia según avancen las sesiones de la intervención.

Este tipo de respuestas suelen estar mantenidas por reforzamiento negativo, pues su ejecución permite el escape inmediato de una tarea asignada (Desrochers y Fallon, 2014; Hodnett et al., 2018; Martin y Pear, 2008).

Dado que se busca que el infante deje de escapar de las tareas e instrucciones solicitadas, es común utilizar técnicas que incrementen comportamientos opuestos (cumplir la instrucción), como el reforzamiento diferencial (alternativo o incompatible), instigación física, economía de fichas y costo de respuesta (Corsi et al., 2009; Wiskow et al., 2017).

No obstante, debe considerarse la posibilidad de que una instrucción no se cumpla si ésta no es lo suficientemente clara para el infante que la está recibiendo. Por lo tanto, una alternativa de tratamiento es el entrenamiento a los adultos para la emisión de instrucciones adecuadas verbales, gestuales y físicas (Corsi et al., 2009; Marcus et al., 2001), además de salones

ordenados y bien manejados con expectativas claras sobre el comportamiento de los niños (Vitiello y Wileiford, 2020).

Rabietas

Los berrinches han sido de las respuestas infantiles más comunes en ser reportadas por los padres como un problema que afecta el funcionamiento de sus actividades personales y académicas (Carr y Newsom, 1985; Green et al., 2011).

De acuerdo con Wilder y Hodges (2019) los berrinches son “manifestaciones de comportamiento emocional negativo que varían en apariencia, duración e intensidad (...) consisten en una o más conductas inapropiadas” (p. 1), los cuales suelen durar entre 3 y 5 minutos, pero que en casos extremos pueden superar las dos horas.

Existe un consenso general en que aquellas respuestas que conforman una rabietas infantil son gritar, llorar de manera larga y aguda, protestar (Green et al., 2011), tirarse al suelo, agitar los brazos y piernas, lanzar objetos o salir corriendo del salón de clases (Marcus et al., 2001).

Una rabietas de niños preescolares puede ser tan leve manifestándose al decir *no quiero* o *no* a un volumen más alto del nivel normal de conversación, de forma aguda y con un llanto inteligible (Wilder et al., 2006). Aunque, también pueden ser tan graves como para presentar agresiones y destrucción de la propiedad (Lejeune et al., 2019).

Al igual que con el incumplimiento, las rabietas son comúnmente mantenidas por reforzamiento negativo pues previenen una demanda, instrucción o situación (Desrochers y Fallon, 2014; Marcus et al., 2001).

La ejecución de un berrinche también puede mantenerse por reforzamiento positivo, ya sea tangible o social como la atención de las personas significativas que se encuentran alrededor (padres o profesores), quienes regularmente no atienden a los niños excepto cuando comienzan una rabietas que los interrumpe de sus actividades (Martin y Pear, 2008).

Si un berrinche se mantiene por la atención inmediata proporcionada, para eliminarlo debe dejar de proporcionarse dicha atención mediante técnicas como la extinción y el tiempo fuera (Marcus et al., 2001). Sin embargo, si el berrinche ocurre con la función de escapar de una demanda, no puede emplearse el tiempo fuera pues las condiciones establecidas con ello seguirían reforzando la rabieta, en tal caso la extinción sería el principal procedimiento para eliminar su ocurrencia.

La propuesta del Análisis Conductual no consiste únicamente en retirar la atención proporcionada, sino en que se refuercen con atención los comportamientos más propicios, en vez de las rabietas. Así pues, en conjunto con la reducción de las respuestas problema, se busca incrementar respuestas incompatibles a través de procedimientos como la economía de fichas y el uso adecuado del reforzamiento, RDO o reforzamiento no contingente (Wilder y Hodges, 2019).

Las formas de medición más comunes para estas respuestas son de frecuencia y duración, las cuales permiten identificar las condiciones en que incrementan las rabietas y cómo disminuyen con el tratamiento.

Agresiones

Son “cualquier ejecución o intento de golpear, patear, morder, rasguñar, empujar, lanzar objetos, escupir, jalar el cabello o, pellizcar” (Marcus et al., 2001, p. 90) a cualquier persona de su alrededor.

De igual manera, Emerson et al. (2001) describen distintas topografías de la agresión, como “golpear a otros con las manos o con objetos; rasguñar, escupir, morder, jalar el cabello a otros; decir cosas hirientes y crueles” (p. 84), siendo el golpear a otros con las manos la topografía más frecuente por parte de los niños.

Asfixiar también es un tipo de conducta agresiva, la cual ha sido definida operacionalmente como “colocar sus brazos o manos alrededor del cuello de otra persona y apretarlo por más de dos segundos” (Hodnett et al., 2018, p. 562)

Además de las previamente señaladas, Flower et al. (2014) señalan que las agresiones son un contacto físico que genera tropiezos, empujones leves y destrucción de la propiedad ajena. Lowe et al. (2007) agregan a este grupo de conductas hurtar materiales o comida de otros, usar armas para amenazar, así como las agresiones verbales.

Con respecto a las agresiones verbales, Cuenca y Mendoza (2017) las definen como cualquier “conducta física y/o verbal que el sujeto focal dirige a otros, por ejemplo, burlas, apodos, insultos, hablar con malos modales, denigrar a otros” (p. 2700).

Por otra parte, algunos autores como Martin y Pear (2008) han planteado que las agresiones son mayoritariamente conductas respondientes cuyos principales componentes fisiológicos son los temblores, respiración agitada y una expresión facial ceñida.

Con base en la última definición puede entenderse que las agresiones no suelen ser mantenidas por sus consecuencias, sino por los estímulos que las anteceden, tales como sonidos fuertes, cambios en la rutina, la transición entre tareas la interrupción de una actividad reforzante (Matson, 2009; Wilder et al., 2006; Wilder et al., 2007), o como consecuencia de la extinción de alguna otra conducta, como las rabietas (Martin y Pear, 2008).

No obstante, considerando el resto de las definiciones presentadas, se ha estudiado que estas respuestas también son operantes y pueden estar mantenidas por reforzamiento positivo tangible, como la entrega de juguetes o comida, (Hodnett et al., 2018; Marcus et al., 2001).

A pesar de que también pueden ser mantenidas por reforzamiento positivo, a diferencia de las rabietas, las agresiones no pueden modificarse a través de la extinción porque implican un peligro para los demás el cual no podría ignorarse.

En caso de que las agresiones ocurran por los antecedentes, el control de estímulos no es el procedimiento más efectivo pues no puede manipularse cada ambiente futuro en que se encuentre el infante.

Ya sea que las agresiones se emitan o se mantengan por reforzadores positivos, su modificación está orientada a la reducción de éstas y el incremento de sus incompatibles, como conductas prosociales (Corsi et al., 2009; Cuenca y Mendoza, 2017).

Las técnicas empleadas para tales objetivos son el RDO, economía de fichas y sobrecorrección. Además, también se ha sugerido el uso del contrato contingencial para niños a partir de los 9 años, quienes tengan habilidades para comprenderlo y negociarlo con el adulto responsable (Matson, 2009)

Debe destacarse que, así como no puede emplearse la extinción con estas respuestas, tampoco es recomendable evaluarlas con el AF de tipo experimental, e incluso con el descriptivo, para evaluar la frecuencia y magnitud de las agresiones se sugiere usar listas de chequeo que reporten los padres, profesores o compañeros (Matson, 2009).

Autolesiones

Petty et al. (2009) las definieron como “conductas de contacto no accidental que podrían resultar en un daño al tejido” (p. 360). Sus consecuencias pueden llegar a ser tan graves como para generar el desplazamiento de los dientes, el desprendimiento parcial de la retina, o una conmoción cerebral (Mallot et al., 2003).

Emerson et al. (2001) señalan que las principales topografías de las autolesiones consisten en golpearse la cabeza con cualquier otra parte del cuerpo u objetos, morderse, rasguñarse a sí mismo; comer objetos no comestibles, introducir sus dedos en espacios del cuerpo, jalarse el cabello, inducirse el vómito, rechinar los dientes, tragar aire e incluso beber en exceso.

Una de las topografías más comunes de las autolesiones es morderse, definida operacionalmente como “poner sus dientes en contacto con su piel” (Hodnett et al., 2018, p. 562). Otra forma de autolesión muy frecuente y altamente mortal es la ingesta persistente de sustancias no comestibles, denominada Pica. Se ha definido operacionalmente como “colocar un objeto no comestible pasando el plano de los labios” (Taylor, 2020, p. 43).

A diferencia de las mencionadas anteriormente, las autolesiones han sido de las conductas más complicadas de estudiar porque no suelen estar mantenidas por un cambio en su ambiente, sino en el mismo cuerpo de las personas, además de que los infantes suelen manifestar las autolesiones al encontrarse solos o en ambientes con bajos niveles estimulantes.

En general, se afirma que las autolesiones se mantienen por el reforzamiento positivo sensorial intrínseco o automático, es decir que estas conductas son reforzantes por su misma ejecución (Desrochers y Fallon, 2014; Mallot et al., 2003; Martin y Pear, 2008; Taylor, 2020).

En el mismo marco del reforzamiento positivo, se ha señalado que las autolesiones pueden estar mantenidas por la recepción de atención o incluso estímulos tangibles como juguetes o comida (Hodnett et al., 2018).

Por otra parte, Balboni et al. (2020) proponen que las autolesiones se mantienen por reforzamiento negativo, pues su ejecución disminuye cierto dolor o molestia física, sobre todo en casos de niños con TEA. Así mismo, se ha identificado que estas respuestas son reforzadas negativamente por el escape de ciertas actividades o situaciones sociales (Petty et al., 2009).

No sólo el estudio de estas respuestas ha sido complicado sino también su tratamiento, pues son respuestas cuyo reforzador siempre está disponible porque es el mismo cuerpo del niño) y donde no siempre pueden utilizarse los procedimientos más efectivos porque conllevan un riesgo.

El procedimiento más común para atender las autolesiones es el RDO (Hodnett et al., 2018), la interrupción de la respuesta y redirección, también conocido como sobrecorrección, (Taylor 2020).

Otros procedimientos que se han intentado es la protección de la parte del cuerpo que se esté lastimando, v. gr. si se trata de rasguñarse se cubren las manos del niño con cierto tipo de guantes de tal forma que las uñas jamás tocan la piel y bajo esas condiciones puede utilizarse la sociedad porque el niño continúa ejecutando el movimiento sin hacerse daño (Martin y Pear, 2008).

La modificación de las topografías más graves de las autolesiones representa otras complicaciones pues la ausencia de su ejecución ocurre durante intervalos casi nulos. Además, el castigo positivo tangible no suele ser una opción dado que el infante ya se ha sobreexpuesto a un estímulo aversivo generando una saciedad de su efecto; lo que se ha intentado es el castigo positivo con estímulos básicamente inofensivos, como rociar agua en la cara (Mallot et al., 2003).

Al igual que con las agresiones, en sus formas más graves, es poco ético evaluar las autolesiones por medio del AF experimental por lo que es más aceptable usar el AF descriptivo donde sus tipos de medida más comunes son de frecuencia y duración.

Mantenimiento de las respuestas

Como se ha mencionado a lo largo del capítulo, el comportamiento disruptivo y desafiante se denominan así por los siguientes criterios:

- a. Son respuestas de escape cuya ocurrencia evita el cumplimiento de una tarea o la interrupción de una situación reforzante.
- b. Su ejecución altera el curso de una actividad en cualquier ámbito (escolar, clínico, familiar).
- c. Interrumpe el logro de un objetivo orientado a fomentar el desarrollo del infante.
- d. Conlleva un daño físico y/o psicológico para el mismo ejecutante u otros.

El grupo de respuestas denominadas conductas disruptivas no debe considerarse como exclusivo, sino que se incluyeron aquellas que se considera cumplen con los cuatro criterios señalados. Además, como señalaban Balboni et al. (2020) cualquier comportamiento puede ser desafiante si su ocurrencia interfiere con el funcionamiento individual, por lo que tal agrupación queda abierta a discusión.

En cuanto a las funciones del comportamiento disruptivo y desafiante, existe un consenso general de que son respuestas usualmente mantenidas por medio de reforzamiento negativo (Wilder et al., 2006; Wilder et al., 2007), aunque pueden mantenerse por otras condiciones.

Fee et al. (2016) estudiaron el comportamiento desafiante (entendido por ellos como agresiones, autolesiones, autoestimulación y gritos) de niños a través del AF descriptivo y hallaron que las principales funciones de tales conductas consistían en la recepción de reforzadores tangibles, de la atención de sus padres o profesores, y en escapar de las tareas a las que pudieran estar sujetos.

Con fines de síntesis y comparación, en la tabla 3 se agrupan los estímulos identificados como contingentes a las respuestas disruptivas de acuerdo con lo reportado en la literatura. La tabla está dividida en los reforzadores positivos y negativos, y a su vez en estímulos tangibles, sociales, demandas y sensoriales.

Tabla 3.

Posibles estímulos que mantienen el comportamiento disruptivo y desafiante.

Respuestas	Reforzador positivo			Reforzador negativo		
	Tangible	Social	Sensorial	Demandas	Social	Sensorial
Incumplimiento				x		
Rabietas	x	x		x		
Agresiones	x	x				
Autolesiones	x	x	x	x	x	x

Aquellas respuestas que se mantienen por la recepción de reforzadores positivos son las rabietas, agresiones y autolesiones, las tres respuestas reciben estímulos de tipo tangible y social, mientras que las autolesiones son además reforzadas por estímulos sensoriales.

El incumplimiento, las rabietas y las autolesiones se mantienen por reforzamiento negativo, donde evitan una demanda o instrucción. Cabe destacar que, aunque las agresiones son las únicas que no tienen una función de escape, son la respuesta al cambio de una actividad reforzante, y su ejecución busca evitar que ésta sea interrumpida.

Las autolesiones son las únicas señaladas como mantenidas por la evitación de estímulos sociales y sensoriales. Así mismo, y en acuerdo con la dificultad de estudio mencionada, parece ser que las autolesiones son reforzadas por todos los tipos de estímulos señalados, tanto por reforzamiento positivo como negativo.

Las funciones descritas para cada respuesta son las que se han reportado como las más comunes, empero no significa que estas funciones sean universales y ocurran de tal manera para todos los casos; para su estudio aplicado y atención siempre es imperativo evaluar las relaciones funcionales que permiten la ocurrencia y mantenimiento de las conductas problema.

Al respecto, existen otras variables que deben considerarse al evaluar el comportamiento infantil antes de afirmar que es disruptivo o desafiante. Desrochers y Fallon (2014) clasifican algunos de esos factores intervinientes en

Organísmicos: Estado motivacional (hambre, sed), estado temporal corporal (menstruación, fatiga), respuestas emocionales condicionadas (miedo, ansiedad, enojo), estado de salud (alergias, gripe), efectos por la ingesta de medicamentos.

Familiares: Abuso, negligencia, pérdida de empleo, fallecimiento de un familiar.

Académicos: Tamaño de la habitación, cantidad de personas, proximidad del profesor, temperatura, ruido, iluminación, instrucciones y expectativas poco claras, ayuda inadecuada, eventos especiales, visitantes (p. 10).

Si durante el periodo de evaluación las circunstancias ambientales bajo las que suele desempeñarse el infante cambian por alguno de esos factores mencionados, es altamente probable que su repertorio conductual esté afectado por ellos y por lo tanto no se trata de un comportamiento problema del niño.

Ahora bien, las funciones y los factores anteriores permiten comprender que un niño se comporta de manera disruptiva o desafiante por las relaciones funcionales mantenidas en su entorno. Si escapan de una tarea es porque nadie les ha enseñado a completarla adecuadamente y, evidentemente, los reforzadores tangibles no caen del cielo.

El entorno de los niños está controlado por lo que hacen los adultos a cargo, por ello para modificar conductas tan problemáticas como las disruptivas necesita cambiar lo que los adultos hacen, entrenándolos en reducir las respuestas problema y aumentar sus incompatibles, todo con la finalidad de promover el desarrollo de los niños y prevenir complicaciones para los niños y sus familias.

Así pues, el entrenamiento a padres ha sido la forma de intervención más efectiva para modificar el repertorio conductual de los cuidadores. Las principales técnicas enseñadas en los entrenamientos a padres para modificar el comportamiento disruptivo y desafiante infantil son el uso adecuado del reforzamiento, RDO, RCI, extinción, tiempo fuera, castigo negativo e instrucciones (Matson et al., 2011).

Como conclusión de este capítulo, puede decirse que cuando se genera un repertorio problemático, como el disruptivo, es indispensable considerar tres elementos: los cuidadores no son culpables, sino responsables; hay que prestarle la atención necesaria; y debe evitarse el uso de etiquetas.

Sobre el primer elemento, es sumamente importante aclarar que si bien son los padres y profesores quienes regulan el comportamiento de los niños, no significa que sean culpables de la generación de conductas problemáticas porque no lo hacen con el propósito de interferir con el desarrollo de los menores.

La forma en que los cuidadores responden a los berrinches, agresiones, etc. está recíprocamente determinada por el comportamiento de los niños. La entrega de un estímulo tangible o social (atención) ante una respuesta disruptiva incrementa su posibilidad de ocurrencia futura, pero también colabora a disminuir su intensidad en el momento de su aplicación.

El reforzamiento de esas respuestas es un medio que funciona para evitar (en ese momento) la situación tan aversiva en la que se ven envueltos; con el paso del tiempo utilizan el mismo tipo de prácticas parentales ante distintos comportamientos indeseados, desconociendo la relación funcional existente.

Los hijos (las personas, en general) no somos buenos o malos porque nuestros padres lo sean; las primeras etapas de nuestras vidas actuamos como nos han enseñado y no nos lo enseñaron por una entidad intrínseca y mística, sino porque funcionaba para evitar eventos aversivos o conseguir ciertos reforzadores, porque así aprendieron ellos a educar o simplemente porque no conocían otra manera.

En cuanto a brindar la atención necesaria significa que, a pesar de la falta de criterios cuantitativos específicos para las conductas disruptivas, debe procurarse que los cuidadores no se alarmen tanto, ni tampoco que hagan omisión de la ocurrencia de respuestas problemáticas.

El hecho de que un niño remotamente se rehúse a completar una tarea o insulte a alguien no quiere decir que tenga un trastorno, pues podría ser la respuesta a alguno de los factores intervinientes señalados. De igual forma, si son respuestas reiteradas no puede argumentarse que son signos normales de la edad, sino que están siendo mantenidos por un estímulo (o respuesta de alguien) en su ambiente.

Por último, en la primera mitad de este capítulo se mantuvo una discusión con fines teóricos acerca de la designación de términos para este tipo de respuestas problemáticas porque es incongruente y poco efectivo emplear dos diferentes para referirse al mismo grupo de comportamientos, empero no se discutió para alentar el uso de etiquetas.

Las etiquetas alarman a los cuidadores que las escuchan, aluden a entes internos inexistentes y fomentan la exclusión de la participación de los niños en ciertas actividades de distintos ámbitos, esas son algunas de las razones por las que debe evitarse su uso.

Los términos designados a cierto grupo de respuestas sirven para guiar nuestro trabajo como psicólogos, para conocer las estrategias que han empleado otros para los mismos fines, pero un tratamiento (tradicional o de entrenamiento a padres) siempre debe estar basado en los resultados de la evaluación del caso.

Como se ha abordado, al final cada caso requiere de un tratamiento particular derivado de la definición y evaluación de las relaciones funcionales que mantienen cada respuesta problemática presentada con determinada topografía.

Todo lo analizado en estos dos primeros capítulos establece las pautas bajo las cuales es importante estudiar detenidamente el compromiso terapéutico parental, el cual es uno de los elementos primordiales para que las definiciones (y sus debates teóricos), la evaluación y los PEP tengan sentido.

Hasta ahora se han descrito uno de los problemas conductuales más frecuentes y su principal forma de intervención, en el siguiente capítulo se exponen las variables a considerar para reducir los problemas de deserción a lo largo de los entrenamientos a padres, y así apoyar el cumplimiento de sus respectivos objetivos.

III. Compromiso Terapéutico Parental

Hasta el momento se han descrito las conductas problema infantiles de interés y su principal forma de intervención, el entrenamiento a padres. En orden de que una intervención tenga resultados satisfactorios y efectivos, ésta debe ser generalizable entre poblaciones, terapeutas y escenarios; su difusión, aceptación y cumplimiento por parte de los usuarios debe ser factible; así como también debe ser rentable (Chambless y Hollon, 1998).

A lo largo de este trabajo se ha afirmado que, en general, el entrenamiento a padres cuenta con un alto grado de efectividad pues suele cumplir con los criterios señalados. Sin embargo, no está libre de limitaciones metodológicas que atentan contra su efectividad.

Una de sus principales limitaciones radica en los alarmantes índices de abandono terapéutico que oscilan entre el 8 y 60% de la población clínica (Assenany y McIntosh, 2002; Prinz y Miller, 1996; Wierzbicki y Pekarik, 1998). Si bien cada terapeuta establece un parámetro diferente, se entiende que un usuario abandona el tratamiento, en este caso el PEP, cuando deja de asistir a las sesiones, cuando lo da por terminado sin la aprobación del terapeuta, o sin haber cumplido los objetivos planeados (Kazdin, 1996).

De acuerdo con Prinz y Miller (1996), algunos comportamientos de los padres que predicen una posible deserción son llegar tarde a las sesiones, cancelar su asistencia a último momento, faltar sin avisar al terapeuta, no realizar las tareas designadas, un bajo nivel de interacción en el entrenamiento, quejarse frecuentemente de la dificultad de las actividades o rehusarse a practicar en cualquier escenario.

Resulta evidente que si los cuidadores dejan de asistir a las sesiones no aprenden las habilidades que necesitan, por lo que no modifican funcionalmente el comportamiento problemático de sus hijos y, por ende, aumentan las complicaciones del desarrollo del niño; sin la recepción del entrenamiento, los problemas no sólo quedan sin solucionarse, sino que se agravan gradualmente, como se señaló en el capítulo anterior.

Así mismo, la deserción afecta negativamente a los centros e instituciones que brindan la atención, pues los terapeutas invierten tiempo, esfuerzo y materiales que no generan los beneficios esperados; además, alarga las listas de espera para aquellas personas que podrían completar el tratamiento.

Con base en esto, la prevención y solución del abandono terapéutico han fundamentado algunos intereses de estudio más recientes en el área del entrenamiento a padres, cuya premisa podría resumirse en que “no importa cuán efectivo sea un entrenamiento a padres, su verdadera utilidad depende de que las familias se comprometan con el servicio” (Johnston y Burke, 2020, p. 147).

En este capítulo se discute el proceso en el cual incide el compromiso, la diversidad de términos acuñados y sus respectivas definiciones, modelos explicativos, así como las medidas generales y particulares para evaluarla. En el presente, se busca sustentar teóricamente el problema con la finalidad de establecer las bases de estrategias metodológicas que incrementen el compromiso y a su vez promuevan la efectividad del entrenamiento a padres.

3.1 Proceso Terapéutico

“Un entendimiento del proceso terapéutico requiere un análisis detallado de sus efectos y de cómo cambian a lo largo del tiempo” (Patterson y Chamberlein, 1994, p. 68). Al reconocer el conjunto de sucesos a los que los padres se ven expuestos, incluso antes de iniciar, permite comprender las razones por las cuales abandonan los programas o por las cuales no terminan de comprometerse; en esta sección se indica la concatenación de aquellos eventos generales.

En el primer capítulo se describieron elementos de los PEP formulados por los terapeutas en términos de la evaluación y el diseño, sin embargo, para los usuarios (en este caso los cuidadores) el proceso terapéutico representa más aspectos que los preparados por los terapeutas.

La revisión de la literatura (Axford et al., 2012; Becker et al., 2018; Chacko et al., 2016; Garvey et al., 2006; Johnston y Burke, 2020; Patterson y Chamberlein, 1994; Roberts, 2008)

permite discernir y compilar el proceso terapéutico para los cuidadores potenciales usuarios de un PEP en cinco etapas: identificación, búsqueda, acceso, asistencia y despedida (ver figura 1).

Identificación

El proceso inicia cuando los padres identifican algún comportamiento de sus hijos como problemático, lo cual sucede especialmente cuando éste tiene un impacto familiar significativo, cuando genera altos niveles de estrés, si amerita varios reportes escolares, o bien si los padres pueden comparar dicho comportamiento con el de otros niños de edades similares y no les parece normal (Garvey et al., 2006; Johnston y Burke, 2020).

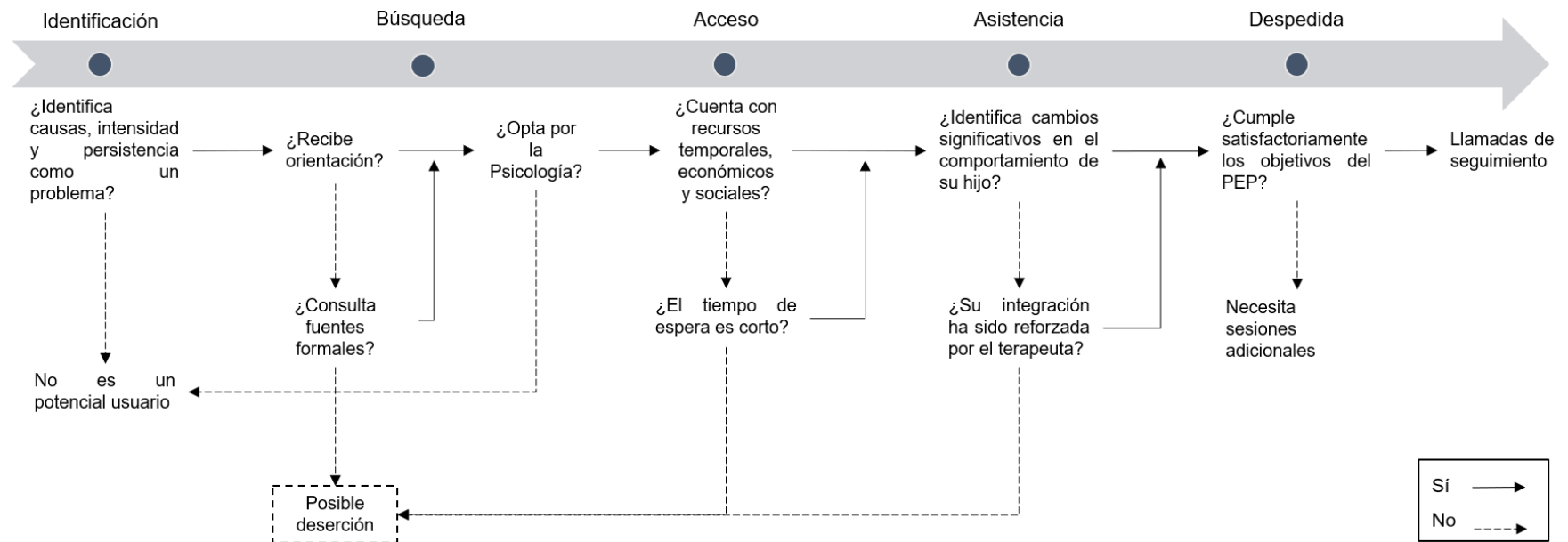
Además de la severidad, para que los cuidadores reconozcan tal situación como un motivo de preocupación suficiente para pedir ayuda deben estimar la temporalidad como persistente y no considerarlo como transitorio, *una etapa que pasará eventualmente*, ni como *un signo normal de la edad* que no necesita ser atendido.

Así mismo, resulta conveniente que los padres hayan recibido información general sobre el tipo de problemática presente de tal manera que no adjudiquen sus causas a eventos fortuitos o religiosos, sino que puedan identificarlo como algo modificable, ya sea que inicialmente lo consideren de índole médico o bien, psicológico.

Como se discutió en el capítulo anterior, el reconocimiento adecuado de los problemas conductuales infantiles tanto para profesionales como para los padres es sumamente controversial y pocas ocasiones exitoso; sólo entre el 30 y el 70% de niños que presentan un comportamiento disruptivo o desafiante son reconocidos por sus cuidadores (Girio-Herrera et al., 2013; Johnston y Burke, 2020).

Es menester comprender que esta etapa de identificación no sucede espontáneamente, sino que se debe a la exposición (usualmente) prolongada a determinadas circunstancias aversivas, como las ya señaladas, donde además las prácticas de crianza regularmente empleadas no generan cambios positivos y significativos en el comportamiento del niño.

Figura 1
Momentos críticos durante las fases del proceso terapéutico



Es menester comprender que esta etapa de identificación no sucede espontáneamente, sino que se debe a la exposición (usualmente) prolongada a determinadas circunstancias aversivas, como las ya señaladas, donde además las prácticas de crianza regularmente empleadas no generan cambios positivos y significativos en el comportamiento del niño.

Búsqueda

Si los cuidadores han reconocido el problema al que se ven enfrentados empieza la segunda etapa del proceso, la búsqueda de ayuda, la cual desafortunadamente no siempre es de tipo profesional. De acuerdo con Girio-Herrera et al. (2013), en el caso de norteamericanos con un bajo nivel socioeconómico, el 73.7% de los padres de niños preescolares con conductas problemáticas consultan principalmente fuentes informales, es decir familiares, amigos y vecinos para que los aconsejen en medidas disciplinarias.

De tal forma que el porcentaje de búsqueda de ayuda profesional general es muy bajo y, en consecuencia, es aún menor la búsqueda directa de psicólogos. Al respecto, es más probable que los cuidadores soliciten atención psicológica si los pediatras de sus hijos lo recomiendan (Pyle et al., 2019); si consideran que es el medio adecuado para solucionar el problema y si estuviesen cómodos discutiéndolo con alguien desconocido (Johnston y Burke, 2020).

Otra de las barreras enfrentadas por los cuidadores en esta segunda etapa del proceso terapéutico es que desconozcan a dónde acudir; a menos que los pediatras o las escuelas los orienten, resulta complicado encontrar por sí mismos un centro o institución confiable, cercano y económicamente accesible (Axford et al., 2012).

Acceso

Después de valorar lo anterior y comparar las opciones, la tercera parte de este proceso es el acceso al servicio, que consiste en elegir una de las opciones encontradas e inscribirse en ella. Dadas las circunstancias mencionadas, pocas familias terminan inscribiéndose en algún PEP; en el caso del comportamiento disruptivo, las tasas de inscripción caen entre el 19 y el 25% de los niños que se ha identificado lo presentan (Johnston y Burke, 2020).

En esta tercera etapa, idealmente, ya se ha explicado a los cuidadores los lineamientos del PEP, los costos, horarios, duración, formato (si será grupal o en díadas), orientación psicológica del programa y responsabilidades a las que estarán sujetos por ser ellos los participantes esenciales.

Con respecto al último punto, algunos terapeutas destacan a los cuidadores la importancia de su asistencia continua y las repercusiones de sus faltas a las sesiones, v. gr. algunos (Miller y Prinz, 2003) acuerdan con los padres que si faltan en tres ocasiones consecutivas a las sesiones su inscripción al programa será cancelada.

Cabe destacar que entre la inscripción y el inicio del PEP pueden presentarse algunas dificultades para los cuidadores como las largas listas de espera, cuyo tiempo promedio puede ser hasta de 12 semanas (Gross et al., 2018); eventos estresores vitales como mudanzas, la pérdida de empleo y sustento económico, o la muerte de un familiar cercano. Es decir, acontecimientos que sumados a posibles dudas no resueltas de los cuidadores pueden hacer reconsiderar la factibilidad de acudir a las sesiones inscritas.

Asistencia

En ese mismo sentido, cuando inicia la cuarta etapa, la asistencia al programa, los cuidadores se ven enfrentados a múltiples dificultades, desde la falta de un medio de transporte para llegar al centro, la interferencia con los horarios laborales o el cuidado de otros hijos, la imposibilidad de pagar todo el tratamiento, la falta de tiempo, o el poco apoyo percibido por otros cuidadores del niño (Girio-Herrera et al., 2013; Gross et al., 2018; Koerting et al., 2013).

Por otro lado, dado que las primeras sesiones son evaluativas, hasta ese momento es casi imposible que los cuidadores noten cambios significativos en el comportamiento de sus hijos, los cuales refuercen su asistencia al programa, a pesar de que no tengan que afrontar alguna de las barreras mencionadas.

De igual manera, el diseño e implementación del tratamiento llegan a ser poco reforzantes para los cuidadores si el lenguaje utilizado por los terapeutas es muy técnico, directivo o

confrontativo (Haine-Schlagel y Walsh, 2015), si las actividades les parecen complicadas, inútiles o ineficaces (Koerting et al., 2013), o si solicitaron el servicio específicamente para tratar los problemas de sus hijos y en cambio reciben un tratamiento enfocado en ellos como cuidadores (Miller y Prinz, 2003).

La acumulación de lo señalado desde la primera etapa hasta ahora, sin la atención de los terapeutas para hacer ajustes, inevitablemente aumenta el miedo, preocupación, estigma y desconfianza de los cuidadores hacia el proceso terapéutico (Johnston y Burke, 2020; Koerting et al., 2013), por lo que no es de extrañar que las tasas de deserción sean tan altas.

Despedida

Bajo dicho escenario, no todos los padres llegan a la última etapa del proceso, la despedida, la cual se distingue por el cumplimiento total de los objetivos planeados; para los cuidadores, el proceso terapéutico suele finalizar con la última sesión o con algunas esporádicas llamadas de los terapeutas.

No obstante, aunque el proceso terapéutico finalice, el trabajo para los cuidadores continúa a lo largo del desarrollo de los niños, pues se espera que apliquen lo entrenado de forma generalizada con cada situación que lo amerite.

Así pues, se evidencia que existen múltiples posibles eventos aversivos que castigan la participación de los cuidadores a lo largo de las etapas descritas, y muy pocas que la refuerzan. De tal forma que la tasa de cuidadores integrados a un proceso terapéutico se reduce progresiva y drásticamente en cada una de estas cinco etapas.

Se identifica que algunas de esas circunstancias son modificables, como el comportamiento de los terapeutas y al diseño de los programas; mientras que otras son inamovibles incluso para los cuidadores pues se deben a las características sociodemográficas de las familias como el número de integrantes, la localización de su vivienda, las particularidades de su ocupación como los horarios laborales o el sueldo recibido.

Estas últimas condiciones rebasan el alcance de la Psicología pues seguirán representando un riesgo de abandono, independientemente de los ajustes formulados por los terapeutas para aminorar la deserción, y no deberían ser considerados como problemas psicológicos, sino socioeconómicos.

En cambio, pueden presentarse otras situaciones no relacionadas con el entrenamiento y que no son inamovibles para los cuidadores. En la figura 1 se aprecia que en dos casos el proceso terapéutico se anula, éstos son si los cuidadores no identifican un problema o, si no eligen a la Psicología como el medio para solucionarlo; dichos cuidadores no son potenciales usuarios porque no establecerán un contacto con los terapeutas, ni con un PEP.

La influencia de las condiciones aquí descritas como barreras o facilitadores del proceso terapéutico ha generado el interés por determinar aquellas que disminuyen las altas tasas de deserción. Desde el estudio particular de los cuidadores, de los niños, de los terapeutas y los programas, empezando por definir el resultado a lograr.

3.2 Conceptos y Definiciones

Así como existe un esfuerzo por delimitar el repertorio conductual objetivo para los niños, también es preciso establecer lo que se espera de sus cuidadores; emprender un campo de estudio únicamente a partir del problema (la deserción) no permitiría identificar si se ha solucionado.

A la contraparte de la terminación anticipada de una intervención se le ha denominado de múltiples formas, cada una con connotaciones (epistemológicas y prácticas) distintas. Algunos de esos conceptos son: adherencia, motivación o disposición al cambio, retención en el tratamiento, cambio o compromiso terapéutico.

En este apartado se enfocará en adherencia y compromiso dado que son los más comunes en la literatura; para discutir ampliamente los términos de connotación actitudinal y motivacional, se abordarán en el apartado de modelos teóricos.

Adherencia Terapéutica

Si bien la deserción terapéutica es un problema común a cualquier área de la Psicología aplicada, su estudio para prevenirla y reducirla se ha centrado en el campo relativo a la salud.

Las principales investigaciones al respecto están orientadas a poblaciones con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) (Pérez, 2014; Santillán, 2014), diabetes (Alonso, 2021; Martínez-Pérez et al., 2021), hipertensión arterial (Ingaramo et al., 2005), asma (Juárez, 2010), esquizofrenia (Jurado, 2017) y depresión (Perales, 2018); las dos últimas desde un punto de vista médico-farmacológico.

En cuanto a su definición conceptual y operacional, con la adherencia terapéutica existe un consenso general desde que Meichenbaum y Turk (1987) establecieron que ésta es “la implicación del paciente en un curso mutuamente acordado de una conducta para generar un cambio terapéutico” (p.20).

En ese sentido, se ha destacado que la adherencia es una colaboración entre usuario y terapeuta, puesto que no se reduce al seguimiento de instrucciones médicas, sino que implica una participación del usuario (Becker et al., 2015; Nock y Ferriter, 2005).

Así, un paciente adherido a su tratamiento asistiría puntualmente a sus citas médicas, consumiría su medicamento en las proporciones y los horarios adecuados, haría cambios en su estilo de vida (como hacer ejercicio o beber más agua), realizaría las tareas indicadas en casa y evitaría ser inconsistente con respecto a todo lo anterior (Moore y Symons, 2011).

Cabe destacar que la principal forma de operacionalizar la adherencia es la comparación del medicamento ingerido reportado contra el medicamento recetado, según el régimen establecido (Santillán, 2014). Con respecto a su evaluación, no existen graves problemas metodológicos pues el reporte verbal de los usuarios puede contrastarse fácilmente con los resultados de exámenes médicos, de forma que es posible identificar de la veracidad de sus respuestas.

En definitiva, la adherencia terapéutica es un marco teórico-metodológico claro y estructurado, razón por la cual sigue acumulando evidencia sólida en distintas poblaciones con padecimientos médicos, como las ya señaladas. A pesar de ello, no puede afirmarse que tendría el mismo éxito con poblaciones que no reciben un tratamiento exclusivamente farmacológico.

Claro, la definición de Meichenbaum y Turk (1987) no delimita que la adherencia terapéutica aplique únicamente para regímenes médicos; habla de comportamientos que realizan los usuarios en conjunto con los profesionales de la salud para alcanzar un objetivo, y por ello se estudia desde nuestra disciplina. No obstante, la metodología diseñada está sumamente enfocada a la ingesta de fármacos.

En esa dirección, no sería conveniente utilizar el término de adherencia en el área del entrenamiento a padres por los siguientes motivos.

El entrenamiento a padres de hijos que presentan un repertorio conductual disruptivo consiste en la enseñanza de conceptos y técnicas de modificación conductual, no en la administración de fármacos.

En segundo lugar, el entrenamiento requiere que los cuidadores apliquen determinados procedimientos con relación a cierto repertorio de sus hijos; los padres son agentes de cambio, no los únicos usuarios del tratamiento.

En tercer lugar, la evaluación de la adherencia no coincide con los objetivos generales de los PEP, dado que no implica la ingesta de medicamento, es inviable comparar el reporte verbal de los padres con efectos fisiológicos.

Por último, aunque de índole burocrático, el estado de arte en el campo de la adherencia está tan dirigido a la Psicología de la salud que es prácticamente imposible encontrar reportes enfocados al entrenamiento a padres, lo que limita significativamente los avances científicos en el área.

Compromiso Terapéutico

A diferencia del término anterior, con el compromiso terapéutico no existe un consenso sobre su definición conceptual y operacional, lo cual podría deberse a la etapa del entrenamiento a padres en que comenzó su estudio, el tardío reconocimiento formal de su importancia y los conflictos epistemológicos que aún enfrenta la Psicología en general.

En un sentido amplio, se ha señalado que el compromiso implica la interacción entre niño, familia, terapeuta, servicio de la organización y factores estructurales o sociodemográficos (Becker et al., 2018) o bien, que es el conjunto de prácticas destinadas a mejorar la efectividad de los programas (Haine-Schlagel y Walsh, 2015).

En cuanto a las definiciones más particulares, existe una clara divergencia sobre la orientación teórica y los tipos de factores involucrados, mientras que unos lo definen desde una postura radical, precisando que es el conjunto de ciertos elementos; otros lo explican como un proceso, a partir de cogniciones y actitudes.

Desde la postura radical del conductismo, el compromiso terapéutico parental es la asistencia continua, la participación en las sesiones y el cumplimiento de las tareas designadas a lo largo de todo el programa, desde la etapa de inscripción hasta la conclusión de este (Axford et al., 2012; Clarke et al., 2015; Garvey et al., 2006; Gross et al., 2018; Ingoldsby, 2010).

A dicha concepción algunos (Baker-Ericzén et al., 2013; Martínez et al., 2015) han agregado el elemento de la adherencia, retomando su significado descrito anteriormente, con el fin de destacar la participación de los cuidadores.

Otros autores (Chacko et al., 2016), que también consideran a la adherencia un elemento del compromiso, han acotado que es el “grado en que las familias cumplen el tratamiento, aplican las habilidades entre sesiones, completan las tareas, y participan en las actividades de las sesiones” (p. 205), lo cual es básicamente el conjunto de los mismos elementos señalados desde la postura radical del conductismo.

Por otro lado, se ha criticado que la asistencia por sí misma al entrenamiento no representa un compromiso terapéutico, argumentando que un padre puede asistir a todas las sesiones, pero no necesariamente modificará sus prácticas de crianza. Esto ha llevado a estudiarlo como un proceso de dos aspectos, conductual y actitudinal, siendo el último un “involucramiento emocional generado a partir de la creencia de que el tratamiento es útil y benéfico” (Staudt, 2007, p. 185).

Así, la perspectiva de que lo sugerido por el conductismo radical es reduccionista e incompleto ha generado que el compromiso terapéutico sea entendido como la suma de la asistencia, de la adherencia y de una preparación cognitiva.

Aquella dimensión actitudinal o cognitiva es entendida como el grupo de ciertas expectativas que tienen los cuidadores sobre su propia participación y los resultados de la intervención; así como su comprensión y aceptación del tratamiento, donde lo perciben como justo, apropiado y razonable para resolver el problema presente (Becker et al., 2015; Chacko et al., 2016; Ingersoll y Berger, 2015).

Como se señalaba, las limitaciones para definir el compromiso terapéutico parental están basadas en las oposiciones epistemológicas de nuestra disciplina. La principal razón por la que se han agregado elementos *más completos* está basada en el insostenible supuesto mentalista de que nuestro comportamiento está motivado por causas relativamente ocultas que deben estudiarse.

Dicha postura alude a las cogniciones, expectativas y actitudes para intentar explicar que un padre completamente involucrado en el entrenamiento hace más que sólo llegar a la clínica y escuchar lo expuesto por el terapeuta.

Afirman que lo pensado por los cuidadores con respecto a sí mismos, sus hijos y el programa determina su compromiso y eventual éxito de los objetivos, sin embargo, atribuyen esto a variables que, dicen, no son cualquier tipo de respuesta, sino que son encubiertas e inaccesibles para los terapeutas (y el resto del mundo).

Es un supuesto insostenible porque no existe nada psicológico a nuestro interior que determine acciones o pensamientos, la aseveración de que algo invisible (o que no puede encontrarse directamente) genera eventos visibles, es ilógica y categorialmente errónea (Ryle, 1949).

Las causas internas a las que suelen referirse para estudiar ampliamente el compromiso también son conducta, “la diferencia de accesibilidad concierne al observador, no al fenómeno; el fenómeno es lo que es, independientemente de su accesibilidad” (Fréixa, 2003, p. 600). Además, la única forma en que se ha pretendido identificar las cogniciones adjudicadas es por medio del reporte verbal, que a fin de cuentas son respuestas manifiestas.

En ese sentido, como se revisó en el primer capítulo, el reporte verbal como única estrategia de evaluación es insuficiente para corroborar el logro de los objetivos y para ajustar los elementos del diseño, por ello es imperativo evaluar el compromiso y las habilidades de los cuidadores mediante la observación, y evitar ignorar las limitaciones de guiarse sólo con lo que dicen los padres.

Lo anterior no significa que los terapeutas deban ignorar las opiniones de los cuidadores; sus dudas, quejas o sugerencias son valiosas en términos de su satisfacción con el programa, empero la literatura al respecto es inconsistente.

Mientras que algunos han encontrado una correlación positiva entre la satisfacción y el compromiso terapéutico, no una relación predictiva entre ambos (Ingersoll y Berger, 2015; Moore y Symons, 2011), otros ni siquiera han encontrado correlaciones negativas significativas (Gross et al., 2018; McKee et al., 2020) de tal forma que no puede proponerse que uno cause el otro.

Así pues, el compromiso no puede entenderse en términos de adherencia por lo ya expuesto, y no conlleva un *involucramiento emocional*; aquellos términos de connotación dudosa se refieren a formas particulares de comportarse, no a motivos ocultos de otra índole.

En efecto, un padre que asiste impuntualmente a las sesiones, que participa en las discusiones hablando sobre otros temas no relacionados, o que se excusa de no aplicar los

procedimientos en casa porque “el niño se lo impidió” (a pesar de no expresar tener dudas en la sesión anterior), difícilmente está comprometido con el tratamiento, aunque cumpla con los elementos centrales: asistencia, tareas y participación.

La verdadera crítica que se podría hacer al Análisis Conductual es que hace falta detallar los parámetros morfológicos de las respuestas esperadas, además de los cuantitativos, para establecer una mejor definición del compromiso terapéutico, cuyas especificaciones dependerán de los criterios de cada PEP.

Finalmente, dado que la deserción es la no conclusión del tratamiento, en este trabajo se sostiene que, conceptualmente, el compromiso terapéutico parental en los PEP es un repertorio de mantenimiento en el proceso terapéutico desde la etapa de inscripción hasta el cumplimiento de los objetivos del programa; y, operacionalmente, puede distinguirse como clases de respuestas: asistir, participar y realizar las tareas.

3.3 Variables de Afectación

Dentro de este apartado se sintetizan los hallazgos sobre las variables correlacionadas y predictivas del compromiso terapéutico parental, delimitándolas desde dos perspectivas, la cognitiva, con el propósito de informar al lector sobre los resultados más estudiados en la literatura; y la conductual, que se basa en los principios científicos del análisis del comportamiento.

Perspectiva Cognitiva

Las líneas de investigación que se basan en esta orientación psicológica explican el compromiso terapéutico como un “proceso por el cual las familias desarrollan y mantienen una conexión, mientras simultáneamente demuestran y comunican información, necesidades, actitudes y valores” (McGinty et al., p. 489).

En general, los modelos cognitivos afirman que el estudio del compromiso terapéutico de los padres no puede reducirse a una explicación conductual manifiesta porque existen factores que determinan el sentido actitudinal del compromiso, el cual a su vez tiene repercusiones en el sentido conductual, por lo que las explicaciones deben ser *más profundas*.

A continuación, se desglosan las principales variables que, desde la perspectiva cognitiva, afectan el compromiso de los cuidadores con el PEP. Se recomienda ampliamente al lector valorar estas variables al término del apartado, donde se discuten sus aportaciones y limitaciones.

Desventaja Socioeconómica. Se refiere al conjunto de limitaciones económicas, sociodemográficas y/o estructurales las cuales los cuidadores no pueden cambiar, sino que son ajenos a los programas de atención. Esto incluye un bajo nivel educativo de los padres, pocos ingresos económicos, pobres condiciones de vivienda, conformación familiar vulnerable (padres solteros o jóvenes, pertenencia a un grupo minoritario), inflexibilidad de los horarios laborales y poco apoyo social (Kazdin, 1996; Prinz & Miller, 1996).

De acuerdo con Staudt (2007) dichas barreras no aumentan el abandono por sí mismas, sino que un nivel socioeconómico bajo suele correlacionarse negativamente con el compromiso porque las creencias, expectativas y atribuciones de esas personas son diferentes, de forma que reducen el tiempo y energía con los que cuentan las familias para cumplir satisfactoriamente los programas.

Problemas Parentales. Son los problemas médicos y psicológicos que enfrentan los cuidadores independientemente del repertorio conductual de sus hijos; desde estrés, depresión, ansiedad, problemas maritales, rutinas cotidianas desorganizadas, hasta abuso de sustancias, antecedentes criminales o cáncer y Alzheimer (McMahon y Forehand, 2005; Prinz y Miller, 1996).

Cogniciones Relativas al PEP. Los cuidadores formulan opiniones particulares sobre su motivo de consulta, el tratamiento y la necesidad de modificar los problemas psicológicos de sus hijos. De acuerdo con la perspectiva cognitiva, estas opiniones conforman las expectativas, creencias, atribuciones todo lo cual afecta su aceptación y relevancia percibida sobre el programa (Nock y Photos, 2006)

Lo anterior, a su vez, genera cierta actitud hacia el tratamiento, la cual influencia el grado del compromiso conductual y, por lo tanto, se obtienen resultados satisfactorios (o no) en términos del cumplimiento de los objetivos del programa.

Para definir algunos de esos conceptos, se entiende que las expectativas son los resultados esperados tanto del programa como del terapeuta; las creencias son la suma de pensamientos sobre sí mismos como cuidadores o la intervención; y las atribuciones son las causas adjudicadas al comportamiento de los niños (Prinz y Miller, 1996).

Por otro lado, la aceptación y relevancia percibida por los cuidadores se refiere al “grado en que el consumidor del tratamiento ve los procedimientos como razonables, justos y agradables” (Kazdin, 2000, p. 158)

Morrisay-Kane y Prinz (1999) delimitaron un esquema atribucional-afectivo-expectativo (es decir, lo que los padres piensan y sienten) derivado de la acumulación de la ineffectividad para modificar el comportamiento del niño.

En dicho esquema se consideran dos posibles escenarios de atribución, en el primero el niño es problemático debido a su propia culpa, mientras que en el segundo los cuidadores se perciben como no responsables de las causas.

La etapa afectiva depende de la parte atribucional de cada curso, en el referente al niño genera vergüenza, estigma, enojo y desesperanza; en el referente al padre se comparte el efecto de desesperanza, además de apatía y una percepción de poco apoyo; todo ello percibido por los cuidadores, según a quién le atribuyan el problema.

Por consiguiente, se tienen bajas expectativas de que el niño cambie o bien, bajas expectativas de que el padre será un agente de cambio efectivo, de tal forma que ambos cursos culminan en una motivación y participación limitadas, llevando a un bajo grado de compromiso terapéutico parental.

Alianza Terapéutica. Destaca la importancia de las habilidades del terapeuta para mantener una buena relación profesional con los cuidadores, y para ajustar los elementos del diseño necesarios (Staudt, 2007). Las habilidades interpersonales y comunicativas en conjunto con el estilo de interacción y la sensibilidad del terapeuta hacia los cuidadores repercuten gravemente en el compromiso, promoviendo el éxito o el fracaso del programa.

En concordancia con lo señalado por Kazdin et al. (1997), si los cuidadores se sienten criticados o incomprendidos por el terapeuta es altamente probable que deserten del programa, en cambio si el terapeuta se inclina por un estilo facilitador es más sencillo para los padres comprometerse.

Ahora bien, entre las principales aportaciones de la perspectiva cognitiva en el estudio del compromiso terapéutico parental se destacan la consideración e interés por los problemas propios de los cuidadores y la influencia de las habilidades del terapeuta.

Durante las primeras etapas del entrenamiento a padres la calidad de vida de los cuidadores y la manera en que los terapeutas llevaban a cabo los programas no eran tema de interés para la mejora del desarrollo infantil (Badia, 2005), y al incluirlos como variables de afectación se abrió una discusión para rediseñar las técnicas de los entrenamientos.

Sin embargo, existen severas limitaciones en la perspectiva cognitiva que no pueden ignorarse.

En primera, se recurren a, por lo menos, cinco términos (expectativas, creencias, atribuciones, aceptación y relevancia percibida) que sólo pueden identificarse mediante el reporte

verbal, cuyas definiciones no pueden distinguirse claramente entre sí y que se usan para explicar exactamente el mismo punto, lo que los cuidadores dicen que piensan.

En segundo lugar, tratar de negar la influencia de las condiciones ambientales en nuestro comportamiento (en este caso, el compromiso) para sustentar la premisa estoica de que lo único que determina los actos de las personas es su respectiva interpretación de los hechos es inútil; todos estamos inmersos en condiciones específicas a lo largo de nuestras vidas, no podemos separarnos de unas sin situarnos en otras.

Describir el compromiso terapéutico a partir de la dependencia recíproca entre pensamientos, creencias o constructos personales hasta agotar todos los términos cognitivos posibles *ad infinitum* no tiene sentido lógico (Ryle, 1949).

Al intentar rastrear el origen de la primera creencia que se tuvo al respecto se concluiría que ese origen está en las condiciones ambientales donde el cuidador estaba inmerso, porque ni siquiera se tiene acceso directo a sus pensamientos sólo a su reporte verbal sobre ellos.

Resultaría más conveniente entender que el reporte verbal es únicamente parte de una misma clase de respuestas, más no la explicación de que un padre esté, o no, comprometido con el tratamiento porque tanto lo que dice como lo que hace está determinado por su entorno.

En último lugar, las explicaciones de la perspectiva cognitiva sobre el compromiso recaen en la generalización (que era su crítica inicial al Análisis Conductual). Es claro que las variables señaladas anteriormente afectan de cierta manera que los padres se comprometan con el PEP, empero no es por su simple existencia asumida en todo momento.

Las variables expuestas (desventaja socioeconómica, problemas parentales y alianza terapéutica) afectan porque establecen una relación con el resto del entorno, suceden con un repertorio conductual específico en un momento delimitado y los resultados derivados forman un historial.

Somos responsables de construir explicaciones que solventen estos errores epistemológicos para diseñar mejores intervenciones, por ello en el siguiente apartado se delimitan variables de afectación desde la perspectiva conductual.

Perspectiva Conductual

Desde el Análisis Conductual, una definición clara del fenómeno permite identificar sus topografías y funciones, reconocer las condiciones que lo generan, favorecen o disminuyen, y cambiarlo efectivamente.

En las páginas iniciales de este capítulo se sustenta que el compromiso terapéutico parental es un repertorio de mantenimiento en el proceso terapéutico desde la etapa de inscripción hasta el cumplimiento de los objetivos del PEP. En este apartado se delimita, además, que dicho repertorio se compone de tres principales comportamientos: la asistencia, la participación y el cumplimiento de tareas.

En vista de contribuir al desarrollo de una explicación sistemática del tema, se presentan los hallazgos más significativos de algunas de las principales investigaciones conductuales dirigidas a estudiar aquellas condiciones ambientales que afectan cada respuesta del compromiso terapéutico en los PEP (véase tabla 4).

Los resultados derivados de dicho cuerpo de investigación están segmentados en contingencias positivas y negativas pues el análisis de las variables como contingencias respeta la premisa conductual básica de estudiar cualquier comportamiento como la relación mantenida entre las respuestas y los estímulos que rodean éstas, no sólo para entender cómo funciona, sino también para controlarlo (Mallot et al., 2003).

En tal sentido, y para una mejor comprensión de este apartado, es pertinente citar las definiciones de algunos conceptos empleados.

Contingencia positiva: “Probabilidad de aparición de un evento, dada la aparición de otro” (Froxán, 2020, p. 428).

Tabla 4

Compilación de estudios conductuales dirigidos a la identificación de contingencias que afectan el compromiso terapéutico parental.

Autores	Objetivo	Instrumentos ^a	Resultados	
			Contingencias positivas	Contingencias negativas
Allen y Warzak (2000).	Evaluar las variables asociadas a la adherencia parental sobre recomendaciones para la solución de problemas infantiles.	Teórico.	Generalización de habilidades entrenadas. Instrucciones precisas de los terapeutas.	Complejidad excesiva de los ejercicios. Incremento inmediato de la conducta problemática infantil. Uso de lenguaje técnico.
Assenany y McIntosh (2002).	Delimitar la literatura sobre los efectos negativos de los PEP conductuales.	Teórico.	-	Problemas médicos y psicológicos de los padres (depresión, pocas habilidades sociales, abuso de sustancias, conflictos maritales). Severidad grave del problema. Relación coercitiva con el niño.
Axford et al. (2012).	Examinar las dificultades para comprometer a los padres en los programas de entrenamiento.	Entrevista semiestructurada a los terapeutas.	Atención en sesiones grupales. Capacitación a terapeutas y administración. Seguimiento la lista de espera.	-

Autores	Objetivo	Instrumentos	Resultados	
			Contingencias positivas	Contingencias negativas
Becker et al. (2018).	Sintetizar la literatura sobre el compromiso terapéutico para identificar los elementos prácticos asociados a la mejora del compromiso.	Metaanálisis. ^b 48 artículos (1974 a 2016). PsychINFO, SocIndex y <i>PracticeWise Evidence-Based Services Database for children's mental health.</i>	Promoción de accesibilidad. Establecimiento de metas y contrato conductual. Recordatorios de citas. Asignación de tareas y ensayo conductual.	-
Boyle y Lutzker (2011).	Examinar la literatura dedicada a investigar los efectos de la generalización de las habilidades de los padres de hijos con problemas conductuales.	Metaanálisis. 16 estudios (1977 a 2002). PsychINFO. Porcentaje de generalización: % de cambio en escenarios no clínicos vs % de cambio en escenarios clínicos.	Entrenamiento con ejemplos suficientes. Programación de estímulos comunes. Generalización mediadora. Establecimientos de metas y automonitoreo.	-
Chacko et al. (2016).	Detallar la información sobre el compromiso en PEP Conductuales.	Metaanálisis. 262 estudios (1974 a 2014). PsychINFO.	Recursos económicos y materiales disponibles. Sesiones con formato individual.	-

Autores	Objetivo	Instrumentos	Resultados	
			Contingencias positivas	Contingencias negativas
Clarke et al. (2015).	Examinar la contribución de la asignación de tareas al compromiso parental.	Registros de asistencia, rúbrica para hoja de trabajo de tareas.	Sesiones individuales, grupales y reuniones con profesores. Evaluación funcional de la ejecución de tareas, administración del tiempo, modelamiento y retroalimentación.	-
Forgatch y DeGarmo (1999).	Describir evidencia experimental de la teoría coercitiva en un diseño aleatorio preventivo para familias divorciadas.	Observación directa. Escala de 5 puntos sobre el cumplimiento y uso de las tareas ($\alpha = .97$)	-	Nivel socioeconómico bajo. Prácticas parentales coercitivas (reciprocidad negativa, reforzamiento negativo del comportamiento problema).
Girio-Herrera et al. (2015).	Evaluar las barreras percibidas para acceder al sistema de salud mental por padres de familias en riesgo.	Cuestionario parental demográfico, <i>Barriers to Participation Scale</i> .	-	Problemas económicos. Interferencia con otras actividades.
Gross et al. (2018).	Examinar la variación del compromiso parental según el formato del programa.	Frecuencia de participación asistencia. <i>Engagement form</i> .	de y técnicas de modificación conductual guiada por los terapeutas.	Interferencia con otras actividades (trabajo, cuidado de otros niños).

Autores	Objetivo	Instrumentos	Resultados	
			Contingencias positivas	Contingencias negativas
Haine-Schlagel y Walsh (2015).	Proveer un marco conceptual de los componentes específicos del compromiso al tratamiento.	Metaanálisis. 24 estudios (1974 al 2013). PsychINFO, PubMed	Asistencia de todos los cuidadores principales a las sesiones.	Presencia de condición médica del niño. Verbalizaciones directivas y confrontativas de los terapeutas.
Ingersoll y Berger (2015).	Comparar el compromiso parental en una intervención con modalidad a distancia autodirigida y asistida por terapeuta.	Observación directa con lista de chequeo. Frecuencia y duración de ingreso a plataforma.	Explicaciones y modelamiento. Sesiones disponibles en cualquier horario.	Interferencia con otras actividades laborales.
Ingoldsby (2010).	Evaluar intervenciones que promueven la participación familiar en intervenciones de salud mental para padres e hijos.	Metaanálisis. 17 estudios (1980 a 2010). PsychINFO, PubMed	Incentivos económicos de apoyo. Sesiones adicionales para afrontamiento del estrés.	Psicoeducación inicial inefectiva. Contactos terapéuticos previos fallidos.
Jarmolowicz et al. (2008).	Evaluar los efectos del uso de lenguaje técnico y no técnico en la preferencia e integridad de los PEP.	Observación directa (respuestas correctas vs incorrectas). Cuestionario de significancia social calificado en una escala Likert de 5 puntos.	Instrucciones precisas, escritas y con un lenguaje común (no técnico).	Uso de lenguaje técnico.

Autores	Objetivo	Instrumentos ^a	Resultados	
			Contingencias positivas	Contingencias negativas
Kazdin et al. (2018).	Evaluar el impacto de múltiples arreglos para optimizar factores comunes y placebos con el fin de aumentar el cambio terapéutico.	BTPS, <i>Treatment Adherence Inventory</i> (TAI).	Control de estímulos, recordatorios de citas, reforzamiento social a la mitad del curso.	-
Lindsey et al. (2014)	Identificar elementos prácticos de intervenciones dirigidas a aumentar el compromiso en el servicio de salud mental.	Metaanálisis. 40 estudios (1974 a 2011). PsychINFO, SocIndex.	Promoción de la accesibilidad. Psicoeducación. Asignación y evaluación de tareas.	-
Martinez et al. (2015).	Examinar el efecto del uso de la psicoeducación para promover el compromiso terapeutico parental.	<i>Psychoeducation and engagement strategies observational coding system, Therapeutic Alliance Scale for Children.</i>	Discusión de las causas y metas incrementa la asistencia en las primeras sesiones.	Psicoeducación inefectiva, los terapeutas prestan mayor atención a los niños que a los padres.
Moore y Symons (2011).	Examinar el grado de adherencia a un PEP, y explorar la relación entre características de los padres y de los niños con su nivel de adherencia.	Batería diseñada por los autores ^c	Contrato conductual.	-

Autores	Objetivo	Instrumentos ^a	Resultados	
			Contingencias positivas	Contingencias negativas
McKee et al. (2020).	Identificar los factores relacionados con el compromiso parental.	Registros para la frecuencia de participación y tareas.	Compromiso de su pareja para realizar las tareas asignadas.	-
Nock y Ferriter (2005).	Sintetizar el trabajo previo sobre la participación parental de la terapia infantil.	Teórico.	Ajuste de expectativas. Estilo terapéutico facilitador y de apoyo. Sesiones adicionales.	Contactos terapéuticos previos fallidos.
Patterson y Chamberlein (1994).	Desarrollar un código para estudiar conductas de resistencia parental.	Observación directa. <i>Client Resistance Coding System</i> .	Niveles óptimos de entrenamiento confrontativo por los terapeutas.	Problemas psicológicos de los padres (depresión).
Reyno y McGrath (2006).	Determinar la fuerza de la asociación entre los predictores de la eficacia y abandono en los PEP.	Metaanálisis. 31 estudios (1980 a 2004). PsychINFO, Medline, Science Citation Index.	Programación adecuada del desvanecimiento. Apoyo familiar.	Problemas psicológicos de los padres (depresión, estrés).
Robles y Romero (2011).	Realizar un análisis de la eficacia de la intervención dirigida a padres en la modificación de los problemas de conducta surgidos en edades tempranas.	Metaanálisis. 20 estudios (1989 a 2009). PsychINFO, ISOC, ERIC y Medline.	Formato grupal con material audiovisual. Formato individual para padres con bajos recursos económicos y problemas psicológicos.	-

Autores	Objetivo	Instrumentos ^a	Resultados	
			Contingencias positivas	Contingencias negativas
Stocco y Thompson (2015).	Discutir las implicaciones en el entrenamiento a padres del comportamiento infantil.	Teórico.	-	Prácticas parentales que permiten el escape y la evitación inmediata del comportamiento problema. Comportamiento infantil socialmente aprobado.
Taylor et al. (2019).	Delinear las habilidades más importantes que deberían formar el repertorio de los analistas conductuales durante los PEP.	Inventario de 47 ítems calificados en una escala Likert de 5 puntos.	Mantenimiento de interacciones terapéuticas sociales positivas. Demostraciones de empatía, compasión y colaboración del terapeuta.	-

Nota: Todos los estudios cuasiexperimentales referidos estuvieron dirigidos hacia una población de padres con niños entre 3 y 12 años quienes presentarán conductas disruptivas o desafiantes.

^a. La mayoría de los estudios empíricos señalados emplearon otros instrumentos de medición, aquí se indican únicamente aquellos utilizados para evaluar el compromiso terapéutico. ^b. En el caso de los metaanálisis se nombran las respectivas bases de datos empleadas. ^c. Instrumento diseñado por mismos autores del artículo, véase sección de instrumentos de evaluación para más detalles.

Contingencia negativa: “Probabilidad de aparición (desaparición) de un evento, dada la desaparición (aparición) de otro” (Froxán, 2020, p. 428).

Estímulos suplementarios: “Serie de procedimientos que facilitan la adquisición inicial de la respuesta” (Ribes, 1976, p. 45)

Estímulo discriminativo: “Estímulo en cuya presencia se refuerza o se castiga una respuesta en particular” (Malott et al., 2003, p. 196).

Estímulo delta: “Estímulo en cuya presencia no se refuerza (o no se castiga) una respuesta en particular” (Malott et al., 2003, p. 196).

En general, debe entenderse que los eventos establecidos como contingencias positivas son aquellas que favorecen el compromiso, mientras que las contingencias negativas son aquellas condiciones que lo reducen, generando a su vez el abandono terapéutico.

Derivado de la anterior compilación de resultados encontrados en la literatura (tabla 4) se analizan tales eventos según la conducta del repertorio del compromiso terapéutico parental a la que corresponden: asistencia, participación y cumplimiento de tareas.

Cada respuesta del compromiso está representada en diagramas de las contingencias positivas y negativas con el fin de definir los eventos según sean antecedentes (A), la respuesta (R), o consecuentes (C); posteriormente, se describen las relaciones entre ellos que, a su vez, producen el mantenimiento o reducción del compromiso.

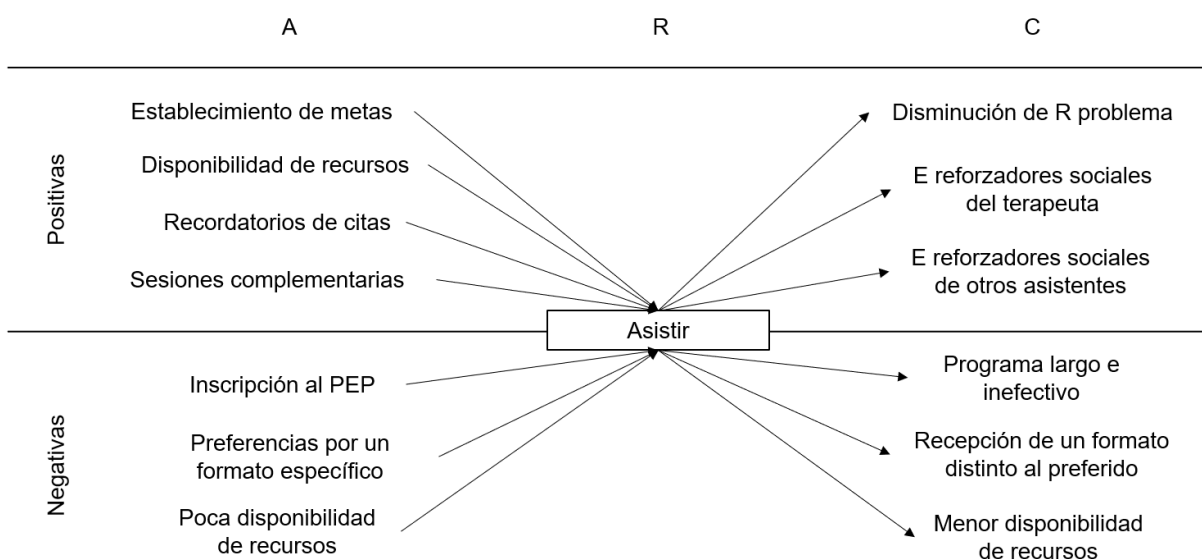
Asistencia. Esta respuesta del repertorio del compromiso terapéutico puede definirse operacionalmente⁷ como la presencia de cuidador e hijo (según corresponda) al escenario clínico durante el horario acordado.

En la figura 2 pueden apreciarse las contingencias positivas y negativas acorde a la asistencia, delimitando los antecedentes y consecuentes que determinan la probabilidad futura de su ocurrencia.

⁷ En cada respuesta se sugiere una definición operacional a considerar, sin embargo, sus particularidades y criterios de ejecución deberán ser establecidos por los responsables del tratamiento para cada PEP.

Figura 2

Contingencias conductuales relativas a la asistencia



Las contingencias positivas referidas a la asistencia son estrategias como el establecimiento de metas y expectativas; sesiones de temas complementarios; recordatorios para las citas; disponibilidad de recursos y, claro, que la conducta problema del niño disminuya con el paso de las sesiones (estos últimos dos aspectos se desarrollarán en la explicación de contingencias negativas).

Puede distinguirse que, como contingencias positivas, los recordatorios de citas son estímulos suplementarios de apoyo pues su uso indica al cuidador que el inicio del programa, o de la siguiente sesión, se aproxima en determinada fecha y que su asistencia es requerida. Mientras que el ajuste de expectativas o establecimiento de metas, como las sesiones de temas complementarios están basadas en el principio del reforzamiento.

Las primeras son contratos conductuales donde el terapeuta explica y ejemplifica las aportaciones del PEP, sus limitaciones, las condiciones y responsabilidades que deben asumir los cuidadores para conseguir modificar las conductas problemáticas (Martinez et al., 2015).

Como parte de un buen contrato conductual diseñado, se refuerza diferencialmente la asistencia y cumplimiento de las condiciones establecidas; el terapeuta felicitaría la asistencia constante del cuidador y reprendería las inasistencias no justificables, promoviendo su mantenimiento de éste en el programa.

En las sesiones de complemento los temas más comunes a tratar son la administración del tiempo, afrontamiento del estrés, y resolución de conflictos familiares. Si bien abordar estos temas puede ser altamente benéfico para la díada padre-hijo, los PEP no tienen la duración necesaria para entrenar tantas habilidades (técnicas de modificación conductual, relajación, asertividad, organización, etc.) adecuadamente, pues la prioridad recae en cambiar el repertorio de sus hijos.

Así, a menos que se deriven a intervenciones clínicas independientes al PEP, es posible que el aumento de la asistencia en ese tipo de sesiones se deba a la oportunidad que tienen los cuidadores para hablar con otras personas sobre algunos de los problemas cotidianos que enfrentan, y no tanto por la generación de dichas habilidades

Por el contrario, las condiciones que representan una contingencia negativa para la asistencia son que el programa resulte largo e inefectivo, que los cuidadores reciban un formato del PEP distinto al esperado, y un bajo nivel de recursos (económicos, temporales y/o infraestructurales).

Evidentemente, los cuidadores se inscriben a un programa esperando que les ayude a mejorar el comportamiento de sus hijos, por lo que asistir a múltiples sesiones que no les enseñen a cambiar su situación no les provee ningún tipo de reforzamiento.

Así, un historial repetido de asistencia a PEP inefectivos, largos e incoherentes genera un efecto de castigo de tal manera que asistir a programas nuevos reducirá con cada contacto terapéutico fallido hasta que cese completamente, suceso que también se ha denominado desamparo aprendido (Lewinsohn, 1975; Maier y Selligman, 1976).

Por otro lado, es común que los cuidadores prefieran algún formato (de cantidad)⁸ en particular, v. gr. los grupos vulnerables, como familias que hayan sufrido violencia, que cuenten con bajos recursos económicos, que enfrenten problemas médicos y/o psicológicos asisten más frecuentemente a PEP individuales, mientras que para el resto de los cuidadores es más común que asistan a programas con formato grupal (Chacko et al., 2016; Robles y Romero, 2011).

Lo anterior podría deberse a que hablar de dificultades personales está mediado por la discriminación de quién está escuchando. Las audiencias numerosas conformadas por no profesionales podrían ser un estímulo delta para la exposición de las complicaciones durante la crianza de sus hijos y otras situaciones graves; mientras que la presencia única del terapeuta (y la certeza de que éste no divulgará lo comentado durante las sesiones) sería un estímulo discriminativo, tanto para asistir como para participar en el PEP.

Como última contingencia negativa de la asistencia están condiciones de bajos recursos, o problemas de accesibilidad. El análisis de las implicaciones de este elemento merece ser mayor al aquí abordado, ya que su explicación está basada en los principios de la economía conductual y por lo tanto sólo se expondrá brevemente.

De acuerdo con Montgomery (2011) la regulación del uso de recursos (económicos, materiales y temporales) está determinada por “la disponibilidad de sustitutos (reforzadores alternativos), el rango de precios (valor de las unidades estándar de refuerzo), y el nivel de ingresos (disponibilidad de repertorio o tiempo para emplearlo)” (p. 88).

Bajo esa línea, puede estudiarse cómo un bajo nivel de recursos afecta negativamente el compromiso terapéutico, especialmente la asistencia. Para empezar, si el rango de precios es elevado, en términos del costo monetario del PEP y de la ubicación del centro, ya sea lejana o que implique levantarse más temprano de lo normal.

⁸ Recuérdese que el formato de cantidad se refiere a cuántos participantes está dirigido el programa, a grandes rasgos, puede ser individual o grupal.

Además, si el nivel de ingresos es bajo pues no se cuenta con un medio de transporte propio, el horario establecido interfiere con otras actividades diarias (como el empleo y el cuidado de otros hijos) o se tengan otros gastos que atender para cubrir necesidades básicas o de tratamientos médicos.

En tercer lugar, si existe una disponibilidad de sustitutos, en este caso otra alternativa posible de *solución* v. gr. que los cuidadores puedan cesar de manera inmediata los berrinches del niño otorgándole lo que pide.

Estos elementos, en suma, permiten entender el alto riesgo de que los cuidadores no empleen sus recursos en asistir a un programa de entrenamiento, o bien, que deserten de uno al que se hayan inscrito.

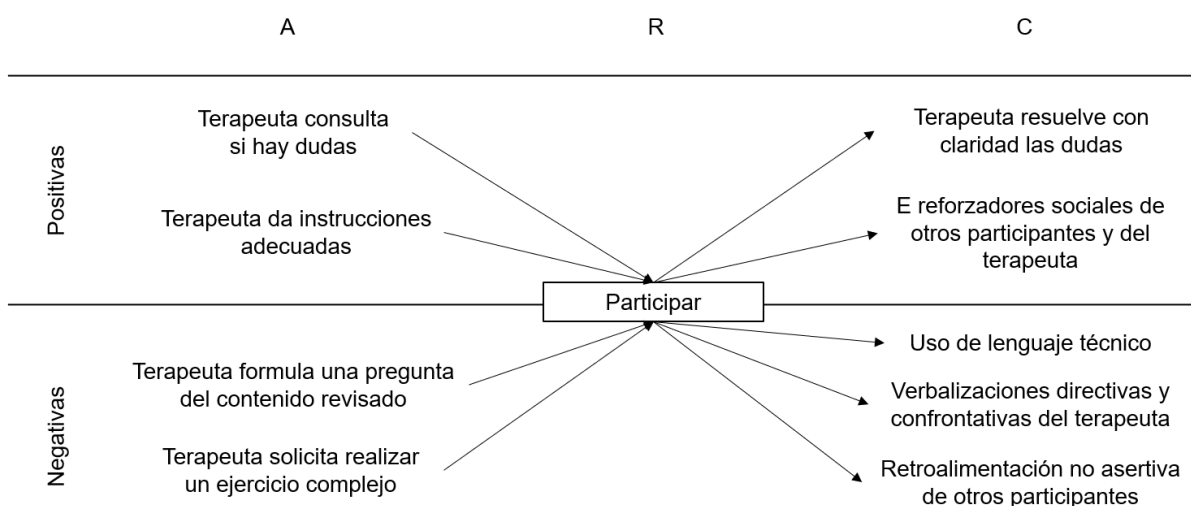
Participación. Es definida operacionalmente como la ejecución en el escenario clínico de las actividades individuales y/o grupales diseñadas por el terapeuta en cada sesión del PEP. Conlleva mayores alcances morfológicos que la asistencia ya que puede incluir el comentar ejemplos de su vida cotidiana, hasta retroalimentar la participación de otros cuidadores, o aplicar una técnica.

Es imperativo destacar que el terapeuta es el principal, por no decir único, responsable de moldear las habilidades de crianza; así que la manera en que lo haga y los arreglos contingenciales de los que se valga determinarán el grado en que un cuidador participe durante las sesiones (Axford et al., 2012; Haine-Schlagel y Walsh, 2015; Ingersoll y Berger, 2015; Taylor et al., 2019).

Por ende, como contingencias positivas a la participación (ver figura 3), se coincide en que el terapeuta dé instrucciones claras y precisas, que incentive la generación de preguntas (y las resuelva con claridad); así como que terapeuta, y demás cuidadores presentes, respondan con reforzadores sociales.

Figura 3

Contingencias conductuales relativas a la participación



Los cuidadores suelen participar más a lo largo de las sesiones de los PEP cuando se emplea un estilo terapéutico facilitador, colaborativo, compasivo y empático, empero, con niveles óptimos de confrontamiento. En términos manifiestos y objetivos, lo anterior quiere decir que el terapeuta

(...) escucha las preocupaciones del cuidador sobre su hijo; protege la confidencialidad del caso; explica las razones de las decisiones y procedimientos para el tratamiento; escucha y resuelve las posibles dudas de los cuidadores clara y calmadamente; reconoce y celebra los logros del niño y del cuidador; respeta los valores culturales y creencias del cuidador; reconoce las respuestas emocionales del cuidador cuando discuten circunstancias difíciles. (Taylor et al., 2019, p. 657)

Podría decirse que dichos comportamientos del terapeuta representan estímulos reforzadores sociales de la participación de los cuidadores por lo que no es de extrañar que, bajo esas condiciones, estos últimos expongan más dudas o comentarios durante las sesiones.

Aunado a lo anterior, si los demás cuidadores integrantes del programa escuchan atentamente mientras otro expone una duda; apoyan un punto de vista; y/o felicitan una ejecución exitosa, o la descripción de una, están reforzando positivamente la participación entre ellos.

En cambio, una complejidad excesiva de los ejercicios y/o preguntas, el uso de lenguaje técnico, las verbalizaciones directivas y confrontativas de los terapeutas, así como retroalimentación no asertiva del resto del grupo, son contingencias negativas a la participación (ver figura 3).

Como se mencionó en el segundo capítulo, las técnicas de modificación conductual mayormente entrenadas en los PEP son extinción, tiempo fuera, castigo negativo, RDO, RCI e instrucciones; procedimientos complejos de aplicar para cualquiera que no haya recibido una robusta formación en Análisis Conductual.

Al entrenar inadecuadamente la aplicación de esas técnicas, novedosas para los cuidadores, se enfrentan a las miradas fijas de sus compañeros, vagas indicaciones y constantes correcciones del terapeuta. Así, el castigo frecuente e incesante ante una amplia variedad de intentos para completar un ejercicio puede derivar en una baja significativa de dicha práctica cada vez que se le invite a participar.

Además de dichas condiciones, el empleo de un lenguaje técnico con paraprofesionales es aversivo para la participación de éstos porque no resuelve con claridad las preguntas o procedimientos por realizar, por el contrario, genera muchas más inquietudes entre los cuidadores y al momento de aplicarlo frente al grupo aumenta la probabilidad de errar el procedimiento.

De igual forma, los comentarios directos y confrontativos comúnmente son aversivos para la mayoría de los cuidadores pues representan poca empatía y comprensión de parte del terapeuta con las dificultades enfrentadas durante la crianza.

La relación entre dichos eventos genera contingencias negativas, disminuyendo el compromiso, de tal manera que las sesiones del PEP se vuelven condiciones aversivas lo que

afecta inicialmente a la frecuencia de la participación, y eventualmente a la asistencia de los cuidadores.

Cumplimiento de Tareas. Se recordará que las tareas tienen la finalidad de “reforzar o facilitar conocimientos y habilidades” (Becker et al., 2018, p. 7) abordados en las sesiones y que pueden ser de varios tipos, conseguir materiales didácticos, establecer una agenda, o aplicar un procedimiento.

En este trabajo se define que el cumplimiento de las tareas es la aplicación en escenarios no clínicos, por parte del cuidador, del entrenamiento dirigido previamente en las sesiones del PEP para modificar el repertorio problema del niño; es decir, que se entiende como tareas el empleo de las técnicas de modificación conductual (TMC) correspondientes.

A diferencia de la participación, las tareas están planeadas para realizarse en escenarios no clínicos porque la meta última de cualquier PEP es que el repertorio problema del menor sea modificado por las prácticas parentales manifestadas en cualquier lugar donde esté inmersa la díada padre-hijo; no basta con que el cambio se presente únicamente en las sesiones.

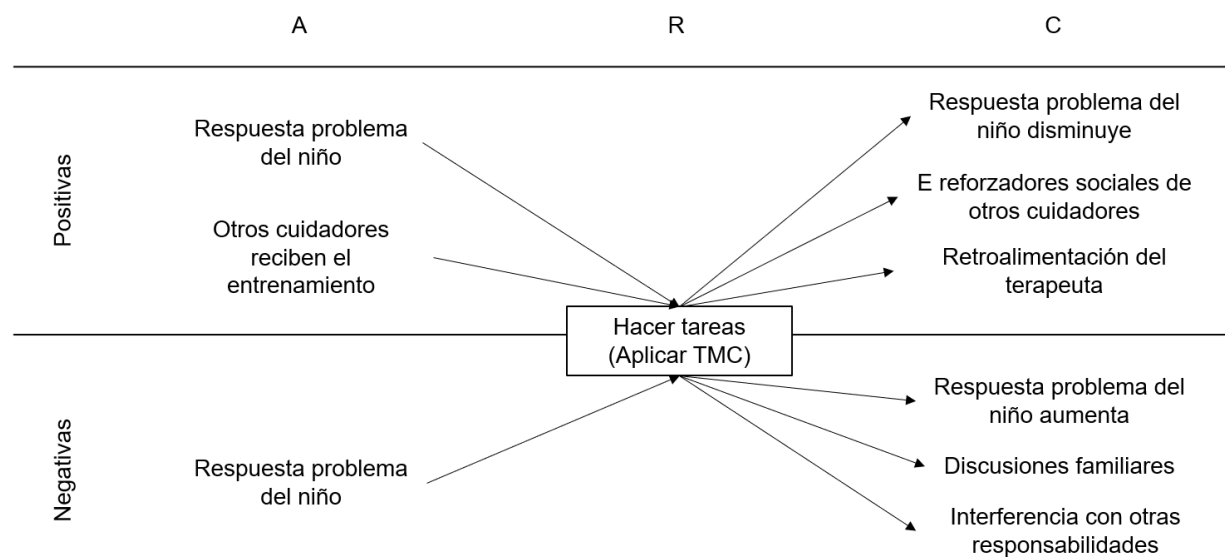
Así pues, en la figura 4 se muestran los acontecimientos relacionados con el cumplimiento de tareas como contingencias positivas y negativas.

Realizar las tareas será mantenido porque la conducta problemática del niño es reducida, porque otros cuidadores presentes refuerzan su cumplimiento, y más lejanamente, porque el terapeuta brinda la retroalimentación adecuada.

Al igual que en el caso de la asistencia, la reducción del comportamiento disruptivo es un reforzador negativo ya que al aplicar una TMC desaparece una situación aversiva. Aunque esto sólo puede ocurrir en casos particulares como con el uso de RDO, la economía de fichas y la sobrecorrección, pues son técnicas que no conllevan efectos adversos.

Figura 4

Contingencias conductuales relativas al cumplimiento de tareas



El apoyo de otros cuidadores es ampliamente reforzante en el cumplimiento de tareas porque consiste en recordatorios de su importancia, palabras de aliento cuando es complicado y felicitaciones conjuntas al lograr los resultados esperados, todo ello recibido de personas significativas para los cuidadores; representan reforzadores sociales naturales ya que permanecerán ahí incluso después de acabar el PEP.

En el caso de la retroalimentación del terapeuta, además de reforzar socialmente los logros, brinda orientación para corregir los posibles errores en la aplicación, ayuda a resolver las dudas pendientes que no se generaron durante las sesiones o, en caso de ser necesario, propone formas de disminuir la complejidad de la técnica para obtener mejores resultados.

Por el contrario, el aumento en la respuesta problema del niño, la generación de discusiones maritales o familiares y las interrupciones por otras obligaciones desfavorecen el cumplimiento de tareas.

Sin duda, para los cuidadores la mejor parte de aplicar las tareas en escenarios no clínicos es ver los cambios en el comportamiento del niño (Planalp et al., 2019). No obstante, las

principales técnicas de modificación como la extinción, el castigo negativo y el tiempo fuera generan una explosión de la respuesta problema, causando efectos aversivos inmediatos (Pérez et al., 2017).

En consecuencia, sin un entrenamiento adecuado, los cuidadores evitan cumplir el procedimiento y terminan reforzando negativa e intermitentemente la conducta problema del niño, lo que aumenta la dificultad de la aplicación futura.

Además, si la conducta problema se presenta en momentos complicados de la rutina diaria puede generar retrasos en otras obligaciones contraídas (llegar al trabajo o a la escuela), así que en su momento es más reforzante omitir las tareas que concluir las.

Los otros cuidadores involucrados quienes no reciben el entrenamiento, no lo aprueban y/o no lo aplica, al ver la aplicación de las técnicas con el niño suelen decir comentarios sobre la inutilidad del PEP, dan miradas de desaprobación, inician discusiones o bien, refuerzan la respuesta problema del niño.

Dichos cuidadores se convierten en un estímulo discriminativo basado en el castigo porque impiden la consecución de la tarea, de tal manera que los otros cuidadores dejarán de aplicar las técnicas mientras tales efectos sean una posibilidad.

Otro aspecto que complica la ejecución de las tareas es que los padres no pueden distinguir inicialmente los efectos a largo plazo de aplicar o no las técnicas. Es sólo hasta la siguiente situación en que el niño presente la conducta problema cuando se ven enfrentados a la misma secuencia coercitiva si no concluyeron la técnica adecuadamente.

En suma, el mantenimiento de un repertorio de compromiso terapéutico parental es reiteradamente castigado y brevemente reforzado a lo largo de los programas, situación que no suele analizarse profundamente al diseñarlos. Sólo es posible distinguir, e incluir en los PEP, las condiciones inmersas en el compromiso señaladas en este apartado a partir del estudio sistemático y conductual, apoyado de los instrumentos de evaluación pertinentes basados en los mismos principios teóricos.

3.4 Instrumentos de Evaluación

En este último apartado se describen los principales instrumentos y estrategias para evaluar el compromiso terapéutico parental de manera global y específica (asistencia, participación y cumplimiento de tareas), además de algunos orientados a identificar posibles casos de deserción prematura, cuyos resultados se relacionan negativamente con el compromiso.

Engagement Form

Es el único instrumento que evalúa concretamente el compromiso terapéutico parental, fue diseñado por Garvey et al. (2006) como parte de un PEP dirigido a prevenir conductas disruptivas en niños estadounidenses, del estado de Chicago, de dos a cuatro años.

Es un cuestionario de siete reactivos que se contestan en una escala de cuatro puntos, donde 1 es *para nada* y 4 es *la mayor parte del tiempo*. Los rangos de sus puntuaciones oscilan entre 7 y 28, mientras más próxima sea su calificación a 28, mayor es el grado de compromiso. Además de su brevedad, es un instrumento valioso al contar con un buen nivel de confiabilidad, $\alpha=0.87$.

Aunque, sus principales limitaciones son que no se ha aplicado en poblaciones diferentes y que suele utilizarse como medida de post-evaluación, no como una continua que indique el grado de compromiso durante las sesiones.

Ahora bien, se recordará que, operacionalmente, el compromiso terapéutico es la asistencia continua, la participación en las actividades y el cumplimiento de las tareas. Así pues, las medidas presentadas a continuación que evalúan de forma particular el compromiso están orientadas a dichos elementos.

Asistencia

De acuerdo con el metaanálisis conducido por Lindsey et al. (2014), en el que se revisaron 40 estudios publicados entre 1974 y 2011 orientados a intervenciones para reducir las

tasas de deserción terapéutica en población infante-adolescente, la asistencia es el efecto del compromiso mayormente reportado debido a su facilidad y casi nulo margen de error.

Generalmente, los terapeutas registran continuamente la asistencia de los cuidadores o, en algunos casos, videograban las sesiones y confirman lo registrado para evitar sesgos y así aumentar la confiabilidad de la medida.

Esta forma de evaluación pareciera ser la más sencilla de todas, no obstante, Kazdin (1996) señaló la inconsistencia de los parámetros establecidos para afirmar o negar el compromiso terapéutico debido a la variedad de duración de los PEP; no puede admitirse un límite de tres faltas si el programa consiste en cinco sesiones.

Así mismo, aun cuando estén comprometidos, es claro que los padres no están exentos de tener emergencias (accidentes, crisis familiares o enfermedades) que les impidan asistir al entrenamiento, o bien, condiciones bajo las cuales sería inevitable avisar anticipadamente a los terapeutas.

En ese sentido, es más conveniente medir la asistencia en porcentajes para evaluar el compromiso, lineamiento que generalmente oscila entre el 80 y 90% de las sesiones totales (Lindsey et al., 2014). Otros autores han sugerido comparar el porcentaje de sesiones perdidas y el de las asistidas, donde el segundo tendría que ser más alto; o incluso el porcentaje de ocasiones en que los padres llegaron después del horario estipulado (Miller y Prinz, 2003).

Con respecto a los PEP de formatos digitales, si son módulos prediseñados, la asistencia suele evaluarse en términos de la frecuencia y duración con la que se ingresa a la plataforma; si son módulos explicativos con el terapeuta, la asistencia puede evaluarse como en el resto de los programas (Ingersoll y Berger, 2015).

Participación

Se refiere a la ejecución de las actividades en escenarios clínicos, algunos (Gross et al., 2018) optan por evaluar la participación a través del *Engagement Form* descrito al inicio de este apartado, aunque también considere el cumplimiento de tareas dentro de sus reactivos.

Es el elemento más controversial del compromiso debido a dos principales razones: la poca inclinación para evaluarlo en términos morfológicos, no sólo cuantitativos; así como por la variedad de criterios delimitados en cada PEP pues no comparten el mismo formato y, por ende, sus actividades difieren entre sí.

Con respecto a la primera razón, medir la frecuencia de las ocasiones en que los padres comentan (lo que sea) a lo largo de las sesiones no representa la calidad de su participación y aún menos de su compromiso. No puede afirmarse que un cuidador está más comprometido con el tratamiento al hacer más de 10 comentarios sobre las barreras que enfrenta en todos los ámbitos de su vida, que si formulara tres preguntas esenciales acerca de la aplicación de una técnica.

De tal forma que la evaluación de la participación únicamente a partir de criterios cuantitativos no resulta una medida significativa o útil para identificar el grado de compromiso terapéutico. En cambio, delimitar las maneras esperadas de participar (el tópico, las expresiones no verbales, la relación con lo expresado por otros padres, etc.) es más efectivo.

Ahora bien, uno de los aspectos que generan diversidad en los PEP es el nivel de participación en los que se basa el diseño de las actividades, en el primer capítulo se describieron tres: teórico, metodológico y directo; mientras que en el nivel teórico sólo se explican conceptos, en los otros dos se entrenan habilidades, de tal manera que este elemento del compromiso exige evaluarse bajo criterios de ejecución diferenciales.

En el caso de las actividades de un nivel teórico, si es un PEP grupal, la participación de los cuidadores podría evaluarse según la formulación y respuesta de preguntas a los terapeutas, comentarios recíprocos hacia otros padres, o comentarios sobre ejemplos propios.

En cuanto a la participación en un nivel metodológico o directo, se evaluaría el grado de ejecución correcta de una habilidad.

De acuerdo con Sawyer et al. (2015) esto puede realizarse a partir de un análisis de tareas de la técnica a implementar y los ejercicios por sesión, utilizando la siguiente fórmula:

$$\text{Habilidad correcta} = \frac{\text{Etapas totales}}{\text{Etapas completadas}} \times 100$$

Las etapas totales se refieren a la cantidad de procesos comprendidos en el análisis de tareas de cada técnica y las etapas completadas al monto de aquellos procesos que el cuidador ejecutó correctamente. Dicha fórmula es valiosa porque sustenta una evaluación cuantitativa, en términos de porcentajes, y cualitativa con la identificación de cada etapa.

Así mismo, las variaciones se atribuyen según el formato de cada programa, v. gr. si es por díadas padre-hijo las discusiones grupales no tienen sentido porque durante las explicaciones únicamente se encuentran terapeuta y cuidador, por lo que en algunos casos no pueden incluirse los mismos criterios morfológicos de la participación.

Cumplimiento de Tareas

Al igual que con el elemento anterior, la cantidad de tareas evidenciadas no es tan sustancial como su calidad, por lo que se sugiere que las estrategias descritas a continuación se acompañen de un previo análisis de tareas del repertorio esperado.

Clarke et al. (2015) diseñaron la siguiente escala de tres puntos para calificar las tareas asignadas por sesión: 0 = No ejecutada; 1 = Ejecutada, pero incompleta; 2 = Ejecutada y completa. Donde la calificación que indicaría un mayor grado de compromiso sería la multiplicación de la cantidad de tareas totales por 2 (la máxima puntuación); y la menor calificación posible sería 0, es decir que el cuidador no entregaría ninguna tarea indicada.

Como medida general resulta bastante útil ya que genera una calificación global del elemento a lo largo de todo el entrenamiento. Sin embargo, no se detallan los lineamientos para calificar una tarea como “completa” o “incompleta”.

Es posible que Clarke y colegas no hayan delimitado los aspectos cualitativos sobre las tareas porque éstas varían a lo largo del programa aumentando gradualmente su dificultad, por lo que tendrían que formularse criterios específicos para cada una de ellas imposibilitando el cálculo de su promedio y la asignación de una calificación global que represente el compromiso.

Por otra parte, Moore y Symons (2011) diseñaron un inventario de 17 reactivos ordenados en cuatro secciones, en este escrito se considera únicamente la sección A por su pertinencia al elemento de las tareas.

Así, la sección A del inventario comprende siete reactivos, los primeros seis evalúan el grado en que los padres reportan ejecutar en casa las habilidades entrenadas, cada una de ellas tiene seis opciones de respuesta:

- a) 100%. b) 80-99%. c) 50-79%. d) 1-49%. e) Nunca. f) Aún no entrenada.

En caso de que en alguno de los reactivos anteriores se respondiera de una forma distinta a la opción a) (100%), el séptimo reactivo pregunta las razones por las cuales cierta habilidad no se ejecuta perfectamente, siendo las opciones de respuesta que: es demasiado difícil, es inefectiva, se cuenta con poco apoyo limitado de amigos y familia, otras aproximaciones clínicas parecen más apropiadas, no se cuenta con la energía suficiente para ser constante, o el entrenamiento no se alinea con los valores de la familia.

Este inventario permite identificar, en cierto modo, qué tanto aplican los padres las técnicas y algunas razones por las que no lo hacen siempre. No obstante, la medición no es precisa y únicamente se basa en el reporte verbal.

Una limitación general de este elemento del compromiso terapéutico es que se terminan evaluando pruebas escritas de los ejercicios en casa, no la aplicación de éstos, sobre todo por la baja accesibilidad de los terapeutas a los escenarios no clínicos donde inciden padre e hijo.

Difícilmente los terapeutas pueden asistir al domicilio de los cuidadores y observar sus respectivas interacciones con el niño evitando sesgos que influyan en el comportamiento de

ambos o, en todo caso, no cuentan con los recursos económicos y temporales para establecer una línea base o videograbar esas sesiones.

En el caso de los PEP con un formato digital tales limitaciones pueden solventarse eficazmente porque se agendan sesiones de intervalos cortos específicamente para evaluar la aplicación de las técnicas entrenadas, donde los cuidadores permiten a los terapeutas observar los ejercicios mediante una videoconferencia, y así evaluar la ejecución mediante sistemas de observación o listas de chequeo (Ingersoll y Berger, 2015).

Desafortunadamente, hasta ahora, aquellos PEP de formato presencial deben admitir que en la evaluación de las tareas existirá un rango de error que impide averiguar rigurosamente el grado en que los cuidadores están comprometidos con el entrenamiento.

Deserción Terapéutica

Dado que una de las metas primordiales es reducir la probabilidad de abandono terapéutico, éste puede emplearse como medida evaluativa para identificar la existencia (y grado) del riesgo de que los cuidadores no estén comprometidos con el programa, en cualquiera de sus elementos.

En ese sentido, el estudio dirigido por Gross et al. (2018) para examinar la variación del compromiso de 159 padres de niños preescolares que manifestaran conductas disruptivas incluyó una lista de chequeo que evaluara las razones por las cuales los padres desertarían, conformada por las siguientes: seguro médico inactivo, crisis familiares, mudanzas, pérdida de interés (por una mejoría en el comportamiento del niño, o por razones desconocidas), tiempo de espera largo, insatisfacción con las preguntas del terapeuta, falta de tiempo para completar el programa, conflictos con el horario de las sesiones, elección de otro tratamiento.

Si un cuidador rebasaba el límite de faltas permitidas, los terapeutas realizaban llamadas telefónicas en las que preguntaban al cuidador si enfrentaba alguna de las razones que había señalado durante la evaluación inicial y discutían la probabilidad de su regreso a las sesiones.

Por otro lado, Kazdin et al. (1997) diseñaron la *Barriers to Treatment Participation Scale* (BTPS) con el mismo objetivo de predecir el riesgo de abandono, dirigido a cuidadores estadounidenses de hijos con un rango de edad entre 3 y 13 años. El instrumento contiene 58 reactivos en total y se divide en dos principales secciones.

La primera, y mayor, parte engloba 44 reactivos a partir de cuatro subescalas: estresores y obstáculos que compiten con el tratamiento, demandas y problemas, relevancia percibida, y relación con el terapeuta. Esta sección califica los reactivos como un problema a partir de una escala Likert de cinco puntos donde 1 es “nunca” y 5 es “muy frecuentemente”, la suma de todas las respuestas es el índice total de barreras.

La segunda sección es una lista de eventos críticos que generarían desertar del programa, está conformada por 14 reactivos que se responden dicotómicamente (sí o no); mientras mayor sea la cantidad de eventos contestados con un sí, más alto es el riesgo de abandono terapéutico.

En resumen, y para cerrar este capítulo, se destacan las siguientes conclusiones sobre el estudio del compromiso terapéutico parental.

En primer lugar, se descarta el uso del término *adherencia terapéutica* para estudiar esta área pues su metodología está enfocada a los casos en que la conducta objetivo consista en cambios fisiológicos, no en el cambio de prácticas de crianza.

En segundo lugar, los modelos mentalistas expuestos coinciden en que la afectación del compromiso se debe a variables agrupadas en la percepción de la problemática, la relación terapéutica, la disponibilidad de recursos económicos y la satisfacción con el programa.

Buscar explicarlo con base en estos términos no explica nada de forma precisa, los supuestos resultan inverosímiles porque no existen medios válidos ni confiables para comprobarlos y entorpece el estudio científico de la Psicología.

La baja cantidad de instrumentos disponibles y los pocos estudios empíricos dedicados a generar estrategias promotoras son algunas de las principales limitaciones en el estudio del

compromiso y constituyen un área fértil que merece la atención de futuras investigaciones en los programas de entrenamiento a padres.

Finalmente, el compromiso terapéutico parental no es la consecución misma de los objetivos o el cambio en el comportamiento infantil, es el mantenimiento en el proceso para lograr esos objetivos. El abandono de tal proceso tiene tantas repercusiones como si los PEP no existieran, afectando al niño, a su familia, a sus compañeros de clase, y a la sociedad futura.

Si no atendemos lo suficiente este campo se pierde el sustento teórico-metodológico que tanto le ha costado obtener al entrenamiento a padres, no se diseñan las estrategias necesarias para promover su efectividad y evitar que las tasas de deserción sigan creciendo.

La sistematización del estudio teórico es uno de los primeros pasos, la planeación objetiva es el siguiente.

IV. Propuesta de Estrategias Metodológicas

El objeto último del estudio sistemático de cualquier evento psicológico debería llevar a la estructuración de prácticas que generen cambios significativos y funcionales en la vida de los usuarios. No puede detenerse en la indagación teórica o en las discusiones académicas, sino que debe buscar aplicarse con quienes lo necesitan.

A su vez, para afirmar que esas prácticas son valiosas necesita contarse con bases teóricas fundamentadas las cuales sean probadas en escenarios relativamente controlados, así “la intervención debe generar un cambio en el mecanismo hipotetizado y en el efecto más próximo” (Forgatch & DeGarmo, 1999, p. 711).

Bajo esa línea, y derivado de las premisas expuestas en el capítulo anterior como parte del modelo conductual, en este capítulo se describen algunas estrategias que pueden implementarse para aumentar el compromiso terapéutico durante los PEP, así como un apartado de evaluación y preparación previa a su aplicación.

Dicha propuesta necesitara comprobar su efectividad y confiabilidad en futuras líneas de investigación, así como también requiere estar basada en las necesidades de los cuidadores, características de los programas y en los resultados derivados de la evaluación correspondiente.

4.1 Evaluación

En este apartado se describirán aspectos a considerar como parte de dos tipos de evaluación, inicial y continua, dirigidas al compromiso terapéutico parental. Así mismo, es importante aclarar que éstos deben sumarse a la evaluación ya planeada en el PEP, sobre comportamientos disruptivos, el desarrollo psicológico del niño, habilidades del cuidador, etc.

Evaluación Inicial

En primer lugar, este tipo de evaluación debe identificar los principales estímulos reforzadores y aversivos que aumenten y reduzcan, correspondientemente, los repertorios que componen el compromiso terapéutico de los cuidadores inscritos a un PEP.

Cabe señalar que para esto no se sugiere el uso de una línea base, dado que necesitarían considerarse las primeras 15 sesiones del programa para evaluar y no todos los PEP cuentan con una duración tan extensa. De tal forma que se recomienda el empleo de entrevistas semiestructuradas, cuestionarios y listas de chequeo que incluyan reactivos como los enlistados en la tabla 5.

Tabla 5

Elementos de evaluación inicial del compromiso terapéutico parental

Respuesta del compromiso	Reactivos de evaluación	Opciones de respuesta
Asistencia.	¿Qué le motivaría a seguir asistiendo a las sesiones?	Ver mejorías en el comportamiento de mi hijo. Tener espacios para conversar con otros padres. Recibir retroalimentación sobre mi progreso. Sesiones dinámicas con actividades y juegos. Conocer otros temas (nutrición, problemas de sueño, relajación, organizar el tiempo, etc.) ^a Otro...
Participación.	¿Qué beneficios tendría para usted participar en las sesiones?	Ser escuchado por otros padres. Recibir orientación del terapeuta. Platicar con gente ajena a mi familia. Que mis dudas sean resueltas.

Respuesta del compromiso	Reactivos de evaluación	Opciones de respuesta
Participación	¿Qué no le gustaría que pasara al participar en las sesiones?	<p>Ser interrumpido por otros padres.</p> <p>Ser juzgado por otros padres o por el terapeuta.</p> <p>Que el terapeuta utilice palabras que desconozco.</p> <p>Otro...</p>
Cumplimiento de tareas.	¿Qué le motivaría a realizar las tareas?	<p>Tener el apoyo de mi familia cercana.</p> <p>Ver evidencia del progreso de mi hijo y mío.</p> <p>Haber practicado antes en las sesiones.</p> <p>Estar seguro de cómo aplicar los procedimientos.</p>
	¿Qué ocurriría para que dejará de hacer la tarea?	<p>No ver mejorías en el comportamiento de mi hijo.</p> <p>Tener discusiones sobre las tareas con otros miembros de mi familia.</p> <p>Falta de tiempo.</p> <p>Otro...</p>

^a En caso de elegir esta opción, el cuidador debe especificar la temática que le interese conocer.

Evaluación Continua

Este tipo de evaluación busca monitorear los cambios en los repertorios de compromiso a lo largo del entrenamiento y si, en efecto, hay una promoción de ellos.

Una manera sencilla para identificar esto es con un registro de ocurrencia, que en conjunto mida la frecuencia, de cada una de las respuestas del compromiso por cuidador. La figura 5 es un ejemplo de ello, se indican los nombres de los cuidadores de cada niño, una

columna para registrar la asistencia, participación y cumplimiento de tareas, una sección de comentarios, la fecha y número de sesión correspondientes.

Figura 5

Registro general del compromiso terapéutico

Participantes		Fecha:		Sesión:	
		Asistencia	Participación	Tareas	Comentarios
Niño	Cuidador A				
	Cuidador B				

Nótese que se sugiere agrupar los nombres de los cuidadores por niño porque el apoyo de otros familiares principales es una condición importante para asistir y realizar las tareas en casa, lo que permitiría identificar posibles riesgos.

Adicionalmente, en la sección de comentarios puede mencionarse si la ejecución de cada respuesta cumple, o no, con los criterios morfológicos establecidos por el PEP.

Una vez distinguidas las condiciones que afectan el compromiso terapéutico (antes y durante las sesiones) es más sencillo elegir, adaptar, o formular nuevas estrategias para incluirlas en el diseño del programa considerando aquellas variables que el terapeuta puede modificar.

4.2 Preparación al PEP

Como parte de esta sección se considerarán dos principales elementos, uno dirigido a la introducción de características que componen el entrenamiento, y el otro orientado a delimitar reglas de convivencia entre los participantes.

Es de suma importancia que todos los cuidadores inscritos al programa asistan a ambas partes, o bien, que el terapeuta les apoye con la repetición de la información en caso de que no asistan.

Para el primer elemento, durante el tiempo en que estén en lista de espera⁹, los cuidadores recibirán la información pertinente al PEP en que estén inscritos mediante explicaciones del terapeuta y exposición directa.

Los aspectos que el terapeuta explique a los cuidadores serán los objetivos, el formato, el nivel de participación planeado, la duración del programa, las responsabilidades a las que estarán sujetas ambas partes, terapeuta/cuidador, y las limitaciones del entrenamiento.

La exposición directa consistirá en la asistencia de los cuidadores en lista de espera a una sesión de otro grupo en curso, el cual debe ser previamente notificado. No es imperativo que permanezcan durante toda la sesión, sino lo suficiente para presenciar una muestra de la dinámica general de las sesiones.

Así mismo, si el programa cuenta con ello, pueden asistir a una sesión en la que el terapeuta esté trabajando con un niño (cuyos padres deben haberlo aprobado) de tal manera que puedan observar la correcta aplicación de las técnicas de modificación conductual y sus múltiples beneficios.

Con el fin de confirmar que el terapeuta resolvió satisfactoriamente todas las posibles dudas que reporten los cuidadores con respecto al PEP, se sugiere aplicar un breve cuestionario sobre los principales elementos abordados durante esta etapa de preparación, el cual contenga preguntas abiertas como las siguientes:

- 1) ¿Cuándo finaliza el programa?
- 2) ¿Habrá otros padres en las sesiones?
- 3) ¿Qué voy a aprender a lo largo del programa?

⁹ Si no existe una fase de lista de espera entre la inscripción y el inicio del programa, esta preparación puede darse en la primera sesión.

- 4) ¿Cuáles son mis responsabilidades durante las sesiones?
- 5) ¿A qué me comprometo a realizar en casa?
- 6) ¿En qué me va a apoyar el terapeuta?

Posterior a su aplicación, si el terapeuta identifica respuestas incorrectas, tendría que revisar el cuestionario resuelto con el cuidador para aclarar los aspectos que sean necesarios.

Con respecto al segundo elemento, se deberán acordar lineamientos básicos de respeto a las opiniones y desempeño de todos¹⁰, así como también debe aclararse que las actividades del programa y estrategias promotoras del compromiso están sometidas a previa autorización del cuidador; ninguna de ellas debe aplicarse en el PEP si los cuidadores manifiestan explícitamente su inconformidad.

Previo al inicio del contenido del PEP, se les brindará una capacitación a todos los cuidadores para generar un ambiente instruccional respetuoso y no aversivo durante las sesiones.

Esta capacitación será breve y consistirá principalmente en la explicación y modelamiento del terapeuta. Se les solicitará que cuando un compañero realice un ensayo frente a todos o exponga algo que realizó en otro momento, la retroalimentación que quiera brindarse habrá de cumplir con los siguientes criterios:

- a) Se inicia con aquello que se realizó correctamente.
- b) Se concentra en la conducta ejecutada, no en la persona.
- c) Es detallada y específica en relación con lo entrenado hasta ese momento.
- d) Se concentra en máximo tres elementos.
- e) Es directa al individuo que presentó el ensayo¹¹.

¹⁰ Aunque el PEP sea individual, se brindará esta capacitación para que pueda aplicarlo con otros cuidadores, o el mismo niño.

¹¹ Basado en lo descrito por Caballo (2007) p. 200.

Posterior a dicha explicación, el terapeuta expondrá un ejemplo con el apoyo de un voluntario u otro terapeuta, generando retroalimentación a partir de un ensayo sencillo para una conducta nueva como presentarse en otro idioma, crear una figura de origami, hacer un ejercicio aeróbico, etc.

Después del modelamiento, los cuidadores tendrán que realizar la misma actividad en parejas además de retroalimentar mutuamente su ejecución frente a todos. Al final, el terapeuta felicitará lo adecuado y recomendará posibles mejoras.

Los criterios expuestos serán recordados por el terapeuta las primeras ocasiones que los cuidadores realicen el ensayo de una técnica y cuando sean sus primeros espacios de comentarios durante las sesiones; en caso de que algún cuidador retroalimente de forma no asertiva se aplicará la sobrecorrección sobre esa respuesta, explicando y moldeando paso a paso cómo debería hacerlo.

4.3 Estrategias Promotoras

Ahora bien, las estrategias descritas a continuación tienen el mismo objetivo general, promover repertorios de compromiso terapéutico parental en cuidadores de hijos que presenten comportamientos disruptivos.

Como se mencionó al inicio de este capítulo, se recomienda ampliamente que la implementación de cualquiera de las siguientes estrategias, u otras diseñadas, estén basadas en los resultados de las fases de evaluación y preparación antes expuestas. Todas las estrategias están basadas en las técnicas de modificación conductual y están clasificadas por cada respuesta del repertorio del compromiso, enunciadas en el tercer capítulo: asistencia, participación y cumplimiento de las tareas (ver tabla 6).

Tabla 6

Objetivos de las estrategias promotoras del compromiso terapéutico parental

Estrategia	Respuesta del compromiso	Objetivo específico
1, 2, 3	Asistencia	Incrementar la frecuencia de asistencia de los cuidadores a las sesiones del PEP, hasta cumplir con el criterio mínimo establecido.
4, 5, 6	Participación	Aumentar la frecuencia de participación de los cuidadores durante las actividades presentadas por el terapeuta.
7, 8, 9	Tareas	Incrementar la frecuencia de cumplimiento de ejercicios de los cuidadores en escenarios no clínicos.

Asistencia

Estrategia 1. De acuerdo con la evaluación expuesta anteriormente, el terapeuta identificará las actividades mayormente reforzantes para la asistencia y someterá a votación con el grupo las opciones para elegir entre todas las actividades extracurriculares al PEP que les gustaría tener.







Para disponer de aquellas actividades extracurriculares, todo el grupo debe asistir puntualmente (máximo 10 minutos posteriores a la hora inicio comprometida) a cinco sesiones consecutivas del programa.

Una vez que el grupo esté de acuerdo y se resuelvan las posibles dudas, el terapeuta diseñará un mural lo suficientemente grande para que todos los participantes puedan visualizarlo desde sus asientos. En ese mural se registrará si los cuidadores asistieron de manera puntual a cada sesión y si, en conjunto, son acreedores para disponer la actividad reforzante (véase figura 6).

Al final de cada sesión se hará un recuento de los cuidadores que asistieron puntualmente, se les felicitará y recordará el acuerdo grupal para incitar que todos cumplan la condición.

Figura 6

Ejemplo de mural de asistencia grupal





Nombre	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Cuidador A	x	x	x		x	x
Cuidador B	x	x	x	x	x	
Meta						

Esta estrategia merece algunas adaptaciones importantes a considerar según el formato del programa, como el tiempo límite de llegada para ser una asistencia puntual, la frecuencia de sesiones consecutivas a las que necesitan asistir puntualmente, la cantidad de veces que podrán disponer de la actividad y la duración de ésta.

Estrategia 2. Al inicio de cada sesión el terapeuta expondrá de manera clara y precisa el objetivo específico correspondiente. Recuérdese que en su redacción debe comenzarse con un verbo en imperativo, debe estar enfocado al comportamiento a lograr de los cuidadores, debe estar en términos observables y debe evitarse el lenguaje técnico.

El terapeuta diseñará un registro para cada participante donde estén escritos todos los objetivos del PEP, una sección donde pueda registrar si se cumplió o no, además de un apartado en el que puedan escribir los elementos que les gustaría repasar en caso de que no se haya cumplido el objetivo (véase figura 7).

Figura 7*Registro de objetivos de aprendizaje*

Nombre:			
Hoy aprendí...		Sesión	Comentarios
[Objetivos específicos]		3	
		2	
		1	

Al finalizar cada sesión el terapeuta entregará el registro a cada participante, quienes deberán completarlo con la información que corresponda y así ellos mismos puedan ver qué tanto están progresando.

Posteriormente los cuidadores le devolverán el registro al terapeuta y éste revisará los comentarios para compararlos con sus propios métodos de evaluación conductual.

En caso de que un padre haya reportado no cumplir el objetivo o que la evaluación del terapeuta no coincida con lo percibido por el cuidador, el terapeuta deberá conversar con los padres para identificar el objetivo del programa que no esté cumpliéndose y así ofrecer nuevas estrategias de aprendizaje o un repaso de los temas.

Por otro lado, si la evaluación del terapeuta señala que el cuidador sí cumplió un objetivo, pero el cuidador registra no haberlo cumplido sería conveniente que el terapeuta le presente los resultados derivados de la evaluación continua (inventarios, baterías, registros, etc.), y adicionalmente pregunte las razones de su respuesta al cuidador.

Por último, se recomienda que el registro (figura 7) sea visualmente atractivo para cada participante, de forma que ellos mismos puedan elegir el diseño que más les guste, siempre y cuando sea gráficamente acumulativo.

Estrategia 3. Semanalmente el terapeuta solicitará a los cuidadores que reflexionen sobre dos aspectos, el comportamiento de su hijo y su propio progreso gracias al PEP, respondiendo las siguientes preguntas:

- 1) ¿Asistí a todas las sesiones de esta semana?
- 2) ¿Esta semana noté un cambio positivo en el comportamiento de mi hijo?
- 3) ¿Esta semana aprendí cosas nuevas que me hacen sentir mejor y/o que contribuyen al bienestar de mi hijo?

Los cuidadores podrán elegir la manera en que documenten sus respuestas a dichas preguntas, pueden optar por grabarse a sí mismos, escribirlo, dibujar o crear un diario; independientemente de la forma que elijan deben hacerlo consistentemente cada semana sin excepciones.

Los cuidadores podrán compartir sus respuestas con el terapeuta para recibir retroalimentación al respecto, se sugiere que ellos mismos elijan si van a compartirlo en frente del grupo o en privado con el terapeuta.

Se ocupará un momento de la última sesión para que todos los participantes revisen las respuestas que acumularon a lo largo del programa e idealmente, reconozcan el progreso en sus prácticas de crianza y la modificación del comportamiento de sus hijos.

Esta estrategia debe adaptar la periodicidad de ejecución según la duración total del PEP, v. gr. si el programa dura entre tres y cuatro semanas sería conveniente que la estrategia se aplicara con mayor frecuencia en vez de semanalmente.

Participación

Antes de describir las estrategias específicas a esta respuesta del compromiso se sugiere identificar, según la evaluación previa, la conveniencia de cambiar el formato del PEP que esté recibiendo un cuidador.

Se recordará que una contingencia negativa a la participación es estar en sesiones con formato grupal, por lo que el terapeuta debería validar con el cuidador si prefiriera estar en un PEP individual y así aprovechar al máximo las sesiones.

En caso de que el cuidador confirme preferir un formato de PEP grupal, el terapeuta puede optar por emplear las siguientes estrategias.

Estrategia 4. Al inicio del PEP se les pedirá a los cuidadores que le proporcionen al terapeuta una copia de una fotografía donde aparezcan ellos mismos y su hijo, se les explicará que se las regresarán al final del programa. No obstante, en ese momento no les explicará su propósito, ni uso.

El terapeuta recortará la fotografía en tantas piezas como sesiones de intervención tenga el PEP, de tal manera que se pueda armar un rompecabezas. Así mismo, conseguirá (o creará) un marco que permita ir completando el rompecabezas y lo colocará en la mesa designada a cada cuidador.

En cada sesión llevará una pieza de todas las fotografías, y si el cuidador completó adecuadamente el ejercicio práctico, pegará en el marco la pieza correspondiente, después de haber dado la retroalimentación de la actividad.

El terapeuta no deberá darles pistas sobre qué es, y les pedirá que no compartan con el grupo si lo adivinan antes de concluir el programa.

Cuando termine el programa, se pretende que todos hayan completado su rompecabezas, de no ser así se les entregará las piezas faltantes para que ellos mismos terminen de armarlo; esto también servirá de indicador para que el terapeuta identifique a los cuidadores que necesitan mejorar la aplicación de determinadas técnicas y así tener sesiones de repaso con quien sea necesario.

Estrategia 5. Al inicio de cada sesión todos los cuidadores deben exponer brevemente cómo completaron la tarea designada en la sesión anterior, y el terapeuta registrará frente al grupo quien la completó y quién no.

Si el cuidador expone cómo completó la tarea, el terapeuta felicitará lo ejecutado correctamente y retroalimentará aquello que haya por mejorar.

Si un padre comenta no haber realizado la tarea en una ocasión, deberá realizar una actividad física durante 3 minutos frente al grupo, v. gr. subir y bajar escaleras, saltar, hacer sentadillas.

En caso de que un mismo cuidador comente no haber realizado dos tareas consecutivas deberá llevar algo para los demás (quienes sí hayan cumplido la tarea), galletas, café, etc., en la próxima sesión.

En cambio, si todos los cuidadores exponen cómo hicieron sus tareas durante 5 sesiones consecutivas, el terapeuta llevará algo que le guste al grupo.

Si bien esta estrategia usa como requisito el cumplimiento de tareas, lo que el terapeuta estará reforzando o castigando es la exposición del cuidador frente al grupo como participación. Además, el terapeuta puede utilizar lo expuesto por los cuidadores como ejemplos o comentarios adicionales (del cuidador) para fomentar las participaciones con la temática revisada en sesión.

Estrategia 6. Se recomienda el uso de esta estrategia en caso de que el PEP se esté impartiendo con grupos numerosos y/o si se ha identificado que algunos cuidadores no participan porque otros los interrumpen.

En primer lugar, se dará la instrucción a los cuidadores de solicitar un turno, levantando su mano, para tener oportunidad de comentar y/o preguntar algo al terapeuta o (si aplica) el resto de los cuidadores.

Si a pesar de la instrucción dada, dos o más cuidadores hablan al mismo tiempo durante las sesiones se recomienda aplicar lo siguiente.

Al inicio de la sesión se proporcionará una ficha a cada cuidador, en cuanto participen mientras otro está hablando, o sin que el terapeuta le ceda un turno, se les retirará la ficha y mientras no la tengan no podrán participar.

Se le devolverá la ficha al cuidador que corresponda hasta que en el siguiente turno levante la mano para solicitar un turno a participar.

Dicho procedimiento deberá ser expuesto al grupo antes de aplicarse, así como también deben resolverse las posibles dudas derivadas al respecto.

Tareas

Estrategia 7. En primer lugar, el cuidador enlistará todas aquellas situaciones que cuando se presentan le impiden completar la tarea asignada, puede guiarse con lo mencionado en la etapa de evaluación, respondiendo la pregunta “¿qué ocurriría para que dejará de hacer la tarea?”.

Una vez registradas todas las condiciones aversivas para la ejecución de las tareas, éstas se ordenarán según su magnitud decrecientemente y el terapeuta debe validar con los cuidadores que el impacto esté correctamente asignado.

De esta manera cuando corresponda aplicar técnicas de modificación en escenarios no clínicos, el terapeuta planeará su asignación con base en la lista de condiciones aversivas previamente generada, aumentando gradualmente su dificultad, es decir sumando en dicha planeación cada estímulo aversivo registrado.

Por ejemplo, si el objetivo final de las tareas trata de que el cuidador refuerce el adecuado lavado de dientes del niño antes de dormir, el cuidador debe enlistar y jerarquizar todas aquellas condiciones que le impedirían cumplir con ello.

Así pues, la primera tarea que el terapeuta le asignaría para conseguir tal objetivo debería incluir únicamente los procedimientos más sencillos, los que incluyan menos condiciones aversivas y/o de menor impacto.

Conforme el cuidador vaya completando satisfactoriamente cada tarea asignada, el terapeuta agregará la siguiente condición aversiva en la instrucción hasta que las incluya todas.

Únicamente se agregará el siguiente estímulo aversivo a la ejecución de las tareas si el cuidador concretó satisfactoriamente la tarea con la condición anterior, de acuerdo con los criterios establecidos por la técnica de modificación y por el PEP.

Estrategia 8. Ya que las rabietas son las conductas más comúnmente presentadas del repertorio disruptivo infantil, esta estrategia está dirigida específicamente cuando se requiera entrenar a los cuidadores en la aplicación de la extinción como técnica para eliminar los berrinches del repertorio del niño.

Como consideraciones previas, deberán establecerse las condiciones similares durante la ocurrencia del berrinche. El resto de los cuidadores presentes participarán en la dinámica como juego de roles interpretando al niño, otros hijos, familiares, etc.

Se iniciará con el cuidador en turno dando una instrucción al “niño” en el escenario más frecuentemente problemático.

Inmediatamente después de que el cuidador dé la instrucción se presentarán estímulos morfológicamente similares al berrinche, puede tomarse como referencia el siguiente enlistado, pero deberán adaptarse a las particularidades de cada caso:

1. Sonidos agudos aversivos.
2. Llanto de un niño.
3. Video de un niño haciendo una rabieta.
4. Video de su hijo real haciendo una rabieta.
5. Integración de otros estímulos aversivos considerados en la estrategia anterior¹².
6. Su propio hijo haciendo berrinche.

Ante la presentación de cada estímulo los cuidadores deberán aplicar el procedimiento de la extinción durante el tiempo promedio que suelen durar las rabietas de sus hijos. Si logran ignorar el estímulo durante dicho periodo de tiempo, sin solicitar una pausa del ejercicio, pueden ser expuestos al siguiente estímulo en la próxima ronda.

Finalmente, el elemento seis hace referencia al último nivel de dificultad, es decir la aplicación de la técnica en escenarios no clínicos con el niño, otros cuidadores y en el momento que se presente la rabieta. Al igual que con la estrategia anterior, únicamente debe incentivarse al cuidador a practicar este tipo de tareas en casa cuando haya cumplido satisfactoriamente los niveles de dificultad previos.

Estrategia 9. Posterior a la primera semana de intervención, el terapeuta entrevistará a cada familia de manera individual y luego a los miembros de ella en conjunto.

En las entrevistas individuales se evaluará el grado en que el entrevistado y su compañero cumplieron con las instrucciones de la primera tarea mediante una lista de chequeo adaptada¹³, registrando la frecuencia con que se cumplieron los elementos requeridos; y, se establecerá un criterio mínimo de cumplimiento entre el 50 y 70% de las tareas de esa primera semana.

¹² Puede ser la presencia de otros cuidadores, interrupción de otros hijos, miradas de desaprobación social, etc.

¹³ Para esto el terapeuta puede realizar un análisis de tareas de lo solicitado a los cuidadores.

Si el terapeuta concluye que todos los cuidadores involucrados cumplen con el criterio establecerá con ellos un contrato conductual a partir de los siguientes pasos:

1. Recordar el objetivo general de cambio en el repertorio del niño.
2. Definir el repertorio objetivo de cada cuidador.
3. Delimitar el repertorio de entrada de cada cuidador.
4. Distribuir equitativamente las tareas y roles de cada uno para efectuar los cambios esperados.
5. Evaluar y acordar quién moldeará al otro, los medios para hacerlo y las consecuencias en caso de (in)cumplimiento.
6. Plasmar por escrito y firmar los acuerdos anteriores.

Después de ello el terapeuta explicará a los cuidadores la importancia de ejecutar el contrato derivado, pues no basta con acordarlo y firmarlo. Además, durante el programa el terapeuta tendrá una breve sesión periódica con los cuidadores para solventar posibles dudas o dificultades en la aplicación de dicho contrato conductual.

Por otra parte, si durante las entrevistas individuales en la primera semana de intervención alguno de los cuidadores ejecuta menos del 50% de los elementos de las tareas asignadas y, además, éste declara expresamente al terapeuta (o al otro cuidador) que no realizará las tareas del programa, deberán considerarse las siguientes acciones.

En primero, el terapeuta le recordará una sola ocasión a dicho cuidador las funcionalidades del PEP, las responsabilidades de ambas partes para lograr los objetivos planeados y los riesgos de no llevarlas a cabo, si a pesar de ello el cuidador reafirma su nulo cumplimiento futuro de las tareas, el terapeuta no tratará de hacerlo cambiar de opinión.

Bajo dicho escenario, el terapeuta deberá exponer los riesgos y dificultades de manera precisa, cordial y directa al cuidador que sí ejecuta las tareas con el criterio establecido. Se

explicará que dichas circunstancias se incluirán en el diseño del entrenamiento para prever los efectos y reducir, en cuanto sea posible, su impacto en la aplicación de la intervención.

Con el fin de incluir esta contingencia en las sesiones, se sugiere emplear la estrategia 8 descrita anteriormente, donde se suma como condición aversiva los comentarios o miradas de reproche por parte de otros cuidadores, en caso de que así se presenten.

Adicionalmente, al cuidador que sí realice las tareas se le ofrecerá el servicio de orientación psicológica individual, pues la ausencia de su compañero en el programa podría estar envuelta y/o afectar otras situaciones familiares apremiantes que no serán abordadas en el PEP.

En cambio, si ninguno de los cuidadores correspondientes ejecuta con el criterio mínimo las tareas, se tendrá una sesión con ellos para evaluar las razones particulares que les estén impidiendo realizarlas; especialmente, si es por falta de claridad en las instrucciones y procedimientos, o si se debe a algo que sucede cuando las van a realizar.

En caso de que sea por lo primero, el terapeuta debe reevaluar cómo proporcionar indicaciones más precisas, concretas y con un lenguaje no técnico. Si se debe a algo que ocurra en su ambiente, será conveniente aplicar un análisis funcional de la situación para aplicar las modificaciones necesarias.

Conclusiones

De entrada, al ser ésta una tesis teórica las conclusiones aquí presentadas son exclusivamente derivadas de la síntesis y el análisis de la información recopilada a lo largo de los anteriores capítulos por lo que deben considerarse como reflexiones finales.

En el presente trabajo se ha expuesto ampliamente el impacto psicológico de un erróneo tratamiento para los repertorios disruptivos infantiles y, por ende, la imperiosa necesidad de contar con un modelo teórico-metodológico sistemático que promueva resultados exitosos y efectivos entre la población afectada.

Se ha precisado que el compromiso terapéutico parental es un factor determinante en la obtención de esos beneficios, por lo que su inclusión y estudio concienzudo en el diseño de los Programas de Entrenamiento a Padres (PEP) es ineludible.

Desafortunadamente, como cualquier evento psicológico estudiado, el compromiso enfrenta ciertos dilemas epistemológicos que limitan la construcción de una Psicología científica. Entre ellos está una excesiva *diversificación* de programas, una explicación del repertorio parental basada en modelos mentalistas, así como la oposición entre las definiciones y mediciones existentes.

Por lo general, los modelos mentalistas dictan las mismas críticas hacia el Análisis Conductual, especialmente que "(...) ignoran e incluso niegan al hombre interno y su posible libertad (...) pues está abandonado a las fuerzas incontrolables del ambiente" (Martínez, 1999, p. 7).

Al contrario de lo expuesto por las críticas al modelo conductual, justamente porque consideramos determinante al ambiente que nos rodea, podemos observar las condiciones que mantienen cierto comportamiento y así modificarlo; "la meta teórica es la predicción y el control de la conducta" (Watson, 1913, p. 158).

En el caso específico de los PEP, basar nuestra labor en la premisa de que los padres no logran cambiar a sus hijos por una baja autodeterminación o confianza en sí mismos es injusto pues a diferencia de un terapeuta experimentado nunca lo habían intentado y están rodeados de circunstancias sumamente aversivas que dificultan comprometerse con el programa.

A lo largo de esta disertación no sólo se ha integrado la literatura vigente que identifica los obstáculos mencionados, sino que se han delimitado posibles soluciones a éstos, basadas en los principios teóricos y metodológicos del Análisis Conductual.

Se ha propuesto dirigir una atención enfatizada hacia las secuencias coercitivas presentes durante la manifestación de conductas disruptivas como explicación causal del abandono terapéutico.

Se ha insistido en la importancia de contar con, y se han delimitado, definiciones que incluyan criterios morfológicos y cuantitativos concretos para las respuestas disruptivas, las habilidades a entrenar con los padres, así como también para el repertorio del compromiso.

Así mismo, se han diseñado estrategias metodológicas que favorezcan el compromiso y puedan aplicarse en cualquier PEP dirigido a modificar repertorios disruptivos infantiles, sin la necesidad de crear programas *nuevos*.

Así pues, se estima que la consideración de estos elementos potencializará un adecuado estudio científico del compromiso terapéutico lo cual, idealmente, se verá reflejado en el incremento de las tasas de cumplimiento de los programas y una mejor calidad de vida tanto de los niños, como de sus familias.

No obstante, estos logros están sujetos a variables fuera del control del Análisis Conductual, y de la Psicología, por lo que su promesa debe tomarse con cautela.

Es de vital importancia recordar que los cuidadores pueden enfrentar problemas económicos, médicos, laborales y/o estructurales que los rebasen y que afecten su compromiso con los programas independientemente de los ajustes hechos por los terapeutas.

Como se expuso en el tercer capítulo, la regulación de nuestros consumos depende en gran medida de la proporción entre los recursos que disponemos y los precios, en conjunto con la disponibilidad de herramientas suplementarias.

En la mayoría de los casos, los precios y recursos con que cuentan los cuidadores sobrepasan sus habilidades como individuos y atañen más bien al entorno social, político, económico e incluso histórico en que se encuentren.

De nuevo, los cuidadores desertarían de un PEP debido a las condiciones en que están inmersos y no por una *falta de interés* en modificar los comportamientos de sus hijos.

De tal forma que los cuidadores “tienen derecho a decidir qué tanto se involucran en el tratamiento de sus hijos, y los esfuerzos dedicados al compromiso no deben ser coercitivos o intrusivos” (Haine-Schlagel y Walsh, 2015, p. 145). En ese sentido, el uso de toda estrategia para favorecer el compromiso terapéutico debe estar condicionado a la previa autorización de los cuidadores.

De acuerdo con los principios deontológicos de nuestra disciplina, los usuarios, en este caso los padres, pueden retirarse de las sesiones (de evaluación o intervención) en cualquier momento que lo decidan y no deben aplicarse consecuencias perjudiciales en su contra (Lozano, 2015; Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).

Bajo dicho escenario, es responsabilidad de los terapeutas mantener condiciones favorables durante la salida del programa de un cuidador, brindándole información útil para su caso, indicaciones generales y los datos de contacto correspondientes para en caso de que le sea posible, y así lo decida, pueda reinscribirse al PEP.

Lo anterior con el objetivo de evitar crear un historial de contacto terapéutico aversivo, y así aumentar la probabilidad futura de que, si cuentan con mayores recursos, los cuidadores busquen orientación psicológica profesional para resolver los problemas comportamentales necesarios.

Con respecto a otra consideración ética, hablar de beneficios para la familia demanda una extrema precaución con perseguir únicamente los intereses de los padres, por ejemplo, un padre que preferiría que su hijo estudie durante periodos prolongados (como actividad casi única), que obedezca cualquier instrucción (aunque implique un riesgo contra su integridad, como el abuso sexual), que no llore, brinque, grite o se ensucie, etc.

Además de los problemas teóricos ya planteados en el segundo y tercer capítulo, diseñar una intervención usando el reporte verbal de los padres como única fuente de información, atendiendo sólo sus quejas y demandas, implica un riesgo para la integridad de sus hijos.

Es imperativo que cualquier PEP identifique el panorama completo sobre el repertorio de habilidades funcionales desarrolladas, o no, del menor y la participación de los cuidadores en la manifestación de la respuesta problema.

La meta última de cualquier entrenamiento a padres siempre debe ser contribuir a la mejora del desarrollo psicológico del niño en cuestión, partiendo de una evaluación del comportamiento de ambas partes, cuidadores y menores.

Ahora bien, esta investigación cuenta con algunas restricciones a considerar; como se mencionaba, es un trabajo exclusivamente teórico y, por ende, no puede asegurarse la completa efectividad de las estrategias metodológicas diseñadas para favorecer repertorios de compromiso terapéutico.

En primero, la compilación y el análisis de la literatura existente no es suficiente para generar definiciones operacionales de ninguno de los comportamientos señalados, sino que debe considerarse únicamente como una aproximación, ya que están basadas en estudios de otros y no en una observación directa de los fenómenos.

En segundo, las estrategias propuestas en el último capítulo han de ser evaluadas minuciosamente durante su aplicación piloto con el objetivo de implementar las adecuaciones necesarias. Aunque están basadas en los principios del Análisis Conductual, no están necesariamente libres de errores.

De esta forma, las líneas de investigación futuras derivadas de este trabajo consisten justamente en generar estudios aplicados dirigidos a identificar nuevas secuencias interactivas que promuevan el compromiso terapéutico, y a rediseñar estrategias que permitan incrementar las tasas de cumplimiento de los PEP.

Finalmente, como analistas de la conducta sabemos bien que a lo largo de nuestra trayectoria profesional nos veremos expuestos con los usuarios que atendamos a situaciones apremiantes que sobrepasen nuestros deberes y herramientas de trabajo.

El riesgo de abandono terapéutico, ocasionado por un erróneo diseño de los programas o por una preparación académica de los terapeutas insuficiente, no debería ser una situación que rebase nuestras habilidades; al contrario, su existencia nos reta a estar fundamentalmente bien preparados para evitarlo y prevenirlo.

Evidentemente los cuidadores son los responsables de aplicar las estrategias entrenadas para cambiar la conducta de los niños, mientras que los psicólogos somos los responsables de asegurarnos que los padres las apliquen, observen y cambien.

Nosotros tenemos la responsabilidad de formarnos, de actuar conforme a los principios éticos de nuestra profesión y de hacer lo que nos competa para que ellos se comprometan con el tratamiento porque sus hijos por sí mismos no pueden hacerlo.

Los hallazgos expuestos en este trabajo permiten un mejor entendimiento de los puntos básicos para el estudio conductual del compromiso terapéutico parental en casos de comportamiento disruptivo infantil. Delinean algunas líneas de investigación para seguir complementando los déficits actuales, y resaltan que “siempre hay más trabajo por hacer” (Shaffer, Kotchick, Dorsey y Forehand, 2001, p. 103).

Referencias

- Aldhous, P. (2012). Many authors of psychiatry bible have industry ties. *New Scientist*, (13).
- Allen, K. D., y Warzak, W. J. (2000). The problems of parental nonadherence in clinical behavior analysis: Effective treatment is not enough. *Journal of Applied Behavior Analysis*, (33), 373–391.
- Alonso O., K., y Palacios H., A. (2021). *Relación médico-paciente y su asociación con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de 20 a 79 años* [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Arnold, J. E., Levine, A. G., y Patterson, G. R. (1975). Changes in sibling behavior following family intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(5), 683–688.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.43.5.683>
- Assenany, A. E., y McIntosh, D. E. (2002). Negative treatment outcomes of behavioral parent training programs. *Psychology in the Schools*, 39(2), 209–219.
<https://doi.org/10.1002/pits.10032>
- Axford, N., Lehtonen, M., Kaoukji, D., Tobin, K., y Berry, V. (2012). Engaging parents in parenting programs: Lessons from research and practice. *Children and Youth Services Review*, 34(10), 2061-2071.
- Badia C., M. (2005). Calidad de vida familiar: La familia como apoyo a la persona con parálisis cerebral. *Psychosocial Intervention*, 14(3), 325-341.
- Baer, D. M., Wolf, M. M., y Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1(1), 91.
- Baker-Ericzén, M. J., Jenkins, M. M., y Haine-Schlagel, R. (2013). Therapist, parent, and youth perspectives of treatment barriers to family-focused community outpatient mental health services. *Journal of Child and Family Studies*, 22(6), 854-868.

- Barredo A., D. C. (2018). *Estilo de crianza permisivo como factor psicosocial de riesgo que influye en el inicio temprano del consumo del cannabis en adolescentes* [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Barrón, P. B. (2000). *Los estilos de crianza y su vínculo con el rendimiento académico* [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Bartau, I., Maganto, J., y Etxeberria, J. (2001). Los programas de formación de padres: una experiencia educativa. *Revista Iberoamericana de Educación*, 25(1), 1-17.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 887-907.
- Becker, W. C. (1971). *Parents are teachers: A child management program*. Research Press Company.
- Becker, K. D., Lee, B. R., Daleiden, E. L., Lindsey, M., Brandt, N. E., y Chorpita, B. F. (2015). The common elements of engagement in children's mental health services: Which elements for which outcomes? *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 44(1), 30-43.
- Becker D., K., Boustani, M., Gellatly, R. y Chorpita, B. F. (2018) Forty Years of Engagement Research in Children's Mental Health Services: Multidimensional Measurement and Practice Elements, *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 47(1), 1-23.
- Bejar N., C. y Bejar N., F. (2018). *Consideraciones del trabajo con padres en educación especial*. Manuscrito inédito.
- Bodiford, C. M., y Hembree-Kigin, T. L. (2010). *Parent-Child Interaction Therapy*. (2ª Edición). Springer.
- Bonnard, A. (1950) The Mother as Therapist, in a Case of Obsessional Neurosis, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 5(1), 391-408, <https://doi.org/10.1080/00797308.1950.11822900>

- Booth, C. L., Mitchell, S. K., Barnard, K. E., y Spieker, S. J. (1989). Development of maternal social skills in multiproblem families: Effects on the mother-child relationship. *Developmental Psychology*, 25(3), 403–412. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.3.403>
- Boyle, C. L. y Lutzker R., J. (2011). A quantitative analysis of generalization outcomes found in behavioral parent training programs for reduction of child problem behavior. *International Journal of Child and Adolescent Health*, 4(1), 7.
- Budd, K. S., Green, D. R., & Baer, D. M. (1976). An analysis of multiple misplaced parental social contingencies. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 9(4), 459-470.
- Bunge, M. (2001). *La ciencia, su método y su filosofía*. (4ª Edición). Sudamericana.
- Cálcena, S. (2010). *Guía Metodológica para realizar talleres con madres y padres: Texto para Facilitadores*. UNICEF, https://www.unicef.org/ecuador/libro-2-15nov10_baja_bis.pdf
- Cámara, A. (2014). Tratamiento de un caso de miedo a la oscuridad mediante entrenamiento a padres. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(2), 125-132.
- Canário, C., Abreu-Lima, I., Santos, S., Silva-Martins, M., Campos, J., Enes Rodrigues, C. y Cruz, O. (2021). Delivering Group Lifestyle Triple P through digital practice: A case study with Portuguese parents. *Journal of Family Therapy*, (43), 232–25, <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12334>
- Carpio, C., Pacheco, V., Hernández, R., y Flores, C. (1995). Creencias, criterios y desarrollo psicológico. *Acta Comportamental: Revista Latina de Análisis del Comportamiento*, 3(1), 89-98.
- Carr, E. G., y Newsom, C. (1985). Demand -Related Tantrums. *Behavior Modification*, 9(4), 403–426. <https://doi.org/10.1177/01454455850094001>
- Cerutti, D. T. (1989). Discrimination theory of rule-governed behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 51(2), 259-276. <https://doi.org/10.1901/jeab.1989.51-259>

- Chacko, A., Jensen, S. A., Lowry, L. S., Cornwell, M., Chimklis, A., Chan, E., Lee, D. y Pulgarin, B. (2016). Engagement in behavioral parent training: Review of the literature and implications for practice. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19(3), 204-215.
- Chambless, D. L., y Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7.
- Clarke, A. T., Marshall, S. A., Mautone, J. A., Soffer, S. L., Jones, H. A., Costigan, T. E., Patterson, A., Jawad, A. F. y Power, T. J. (2015). Parent attendance and homework adherence predict response to a family–school intervention for children with ADHD. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 44(1), 58-67.
- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2014). *Applied behavior analysis*. Pearson Education.
- Cox, W. M., Calamari, J. y Langley, M. (2008). Habilidades de afrontamiento para la conducta de beber y asesoramiento motivacional sistemático: dos tratamientos cognitivo-conductuales para las personas que tienen problemas con el alcohol en V. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 2, p. 80-90). Siglo Veintiuno de España.
- Dadds, M. R., Schwartz, S., y Sanders, M. R. (1987). Marital discord and treatment outcome in behavioral treatment of child conduct disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(3), 396–403. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.55.3.396>
- Daly, R. M., Holland, C. J., Forrest, P. A., y Fellbaum, G. A. (1985). Temporal generalization of treatment effects over a three-year period for a parent training program: Directive Parental Counseling (DPC). *Canadian Journal of Behavioural Science*, 17(4), 379–388. <https://doi.org/10.1037/h0080049>
- Didden, R., Korzilius, H., van Oorsouw, W., y Sturmey, P. (2006). Behavioral Treatment of Challenging Behaviors in Individuals With Mild Mental Retardation: Meta-Analysis of

- Single-Subject Research. *American Journal on Mental Retardation*, 111(4), 290.
[https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2006\)111\[290:btocbi\]2.0.co;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2006)111[290:btocbi]2.0.co;2)
- DiDomenico, J. A. (2003). Decreasing aggressive and non-compliant behaviors of students with autism through the use of an “elapsation of time” stimulus. *The Behavior Analyst Today*, 4(2), 134.
- Durán G., A., Tébar P., M. D., Ochando K., B., Martí C., M. A., Bueno C., F. J., Arboledas P., G., Cubel A., M. M., Genís G., M. R., (2002). *Manual didáctico para la escuela de padres*. Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias.
- Eames, C., Daley, D., Hutchings, J., Whitaker, C. J., Bywater, T., Jones, K., y Hughes, J. C. (2010). The impact of group leaders’ behaviours on parent’s acquisition of key parenting skills during parent training. *Behavior Research and Therapy*, (48), 1221-1226.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.07.011>
- Egea S., M. E. (2017). *Elaboración y valoración de un programa familiar para prevenir problemas de desobediencia en la infancia* [Tesis doctoral]. Universidad de Murcia.
- Erskine, H. E., Baxter, A. J., Patton, G., Moffitt, T. E., Patel, V., Whiteford, H. A., y Scott, J. G. (2016). The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(04), 395–402.
- Eyberg, S. M. y Robinson, E. A. (1982). Parent-child interaction training: Effects on family functioning. *Journal of Clinical Child Psychology*, 11, 130-137.
- Eyberg, S. M. (1988). Parent-Child Interaction Therapy: Integration of traditional and behavioral concerns. *Child y Family Behavior Therapy*, 10, 33-46.
- Fee, A., Schieber, E., Noble, N., y Valdovinos, M. G. (2016). Agreement between questions about behavior function, the motivation assessment scale, functional assessment interview, and brief functional analysis of children’s challenging behaviors. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 16(2), 94–102. <https://doi.org/10.1037/bar0000040>

- Fehrenbacher, C., Schoeny, M. E., Reed, M., Shattell, M., y Breitenstein, S. M. (2020). Referral to digital parent training in primary care: Facilitators and barriers. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 8(3), 268–277. <https://doi.org/10.1037/cpp0000367>
- Fisher, W.W., Luczynski, K.C., Blowers, A.P., Vosters, M.E., Pisman, M.D., Craig, A.R., Hood, S.A., Machado, M.A., Lesser, A.D. y Piazza, C.C. (2020), A randomized clinical trial of a virtual-training program for teaching applied-behavior-analysis skills to parents of children with autism spectrum disorder. *Journal of Applied Behavior Analysis*, (53), 1856-1875. <https://doi.org/10.1002/jaba.778>
- Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF. (2018a). Herramientas para la crianza positiva y el buentrato: Una educación de niñas, niños y adolescentes sin violencia. <https://www.unicef.org/mexico/herramientas-para-la-crianza-positiva-y-el-buentrato>
- Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF. (2018b). Criar sin violencia. <https://unicef.org.mx/crianza-positiva/>
- Forehand, R., y Atkeson, B. M. (1977). Generality of treatment effects with parents as therapists: A review of assessment and implementation procedures. *Behavior Therapy*, 8(4), 575–593. [https://doi:10.1016/s0005-7894\(77\)80188-3](https://doi:10.1016/s0005-7894(77)80188-3)
- Forehand, R., Jones, D. J., y Parent, J. (2013). Behavioral parenting interventions for child disruptive behaviors and anxiety: What's different and what's the same. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 133-145.
- Forgatch, M. S., y DeGarmo, D. S. (1999). Parenting through change: An effective prevention program for single mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 711–724. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.5.711>
- Franco N., N., Pérez N., M. A., y de Dios P., M. J. (2014). Relación entre estilos de crianza parental y el desarrollo disruptivo en niños de 3 a 6 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(2), 149-156.

- Freixa B., E. (2003). ¿Qué es conducta? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(3), 595-613.
- Froxán P., M. X. (2020). *Análisis funcional de la conducta humana. Concepto, metodología y aplicaciones*. Ediciones Pirámide.
- García B., A. R. (2018). *Percepción de estilos de crianza parental y su relación con los trastornos de la conducta alimentaria y obesidad en adolescentes del Hospital Psiquiátrico Infantil de la Ciudad de México* [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Garvey, C., Julion, W., Fogg, L., Kratovil, A., y Gross, D. (2006). Measuring participation in a prevention trial with parents of young children. *Research in Nursing y Health*, 29(3), 212–222. <https://doi.org/10.1002/nur.20127>
- Girio-Herrera, E., Owens, J. S., y Langberg, J. M. (2013). Perceived barriers to help-seeking among parents of at-risk kindergarteners in rural communities. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 42(1), 68-77.
- Graziano, A. M., & Diament, D. M. (1992). Parent behavioral training: An examination of the paradigm. *Behavior Modification*, 16(1), 3-38.
- Green, J. A., Whitney, P. G., y Potegal, M. (2011). Screaming, yelling, whining, and crying: Categorical and intensity differences in vocal expressions of anger and sadness in children's tantrums. *Emotion*, 11(5), 1124–1133. <https://doi.org/10.1037/a0024173>
- Gross, D., Belcher, H. M., Budhathoki, C., Ofonedu, M. E., y Uveges, M. K. (2018). Does parent training format affect treatment engagement? A randomized study of families at social risk. *Journal of Child and Family Studies*, 27(5), 1579-1593.
- Guevara B., Y. y Soto E., G. (2012). Las familias ante la discapacidad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(3), 1023-1050.

- Haine-Schlagel, R., y Walsh, N. E. (2015). A review of parent participation engagement in child and family mental health treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(2), 133-150.
- Hawkins, R. P. (1972). It's time we taught the young how to be good parents (and don't we wish we'd started a long time ago?). *Psychology Today*, (6).
- Hinshaw, S. P., y Scheffler, R. M. (2014). *The ADHD Explosion and Today's Push for Performance: Myths, Medication, and Money*. Oxford University Press.
- Ingaramo, R. A., Vita, N., Bendersky, M., Arnolt, M., Bellido, C., Piskorz, D. y Santana, M. (2005). Estudio nacional sobre adherencia al tratamiento (ENSAT). *Revista de la Federación Argentina de Cardiología*, 34(1), 104-111.
- Ingersoll, B., y Berger, N. I. (2015). Parent engagement with a telehealth-based parent-mediated intervention program for children with autism spectrum disorders: predictors of program use and parent outcomes. *Journal of Medical Internet Research*, 17(10).
- Ingoldsby, E. M. (2010). Review of interventions to improve family engagement and retention in parent and child mental health programs. *Journal of Child and Family Studies*, 19(5), 629-645.
- Jarmolowicz, D. P., Kahng, S., Ingvarsson, E. T., Goysovich, R., Heggemeyer, R., y Gregory, M. K. (2008). Effects of conversational versus technical language on treatment preference and integrity. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 46(3), 190-199.
- James Riegler, L., Raj, S. P., Moscato, E. L., Narad, M. E., Kincaid, A., y Wade, S. L. (2020). Pilot trial of a telepsychotherapy parenting skills intervention for veteran families: Implications for managing parenting stress during COVID-19. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 290–303. <https://doi.org/10.1037/int0000220>
- Jensen, G. D., y Womack, M. G. (1967). Operant conditioning techniques applied in the treatment of an autistic child. *American Journal of Orthopsychiatry*, 37(1), 30–34. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1967.tb01064.x>

- Johnston, O. G., y Burke, J. D. (2020). Parental problem recognition and help-seeking for disruptive behavior disorders. *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, 47(1), 146-163.
- Jones, D. J., Forehand, R., Cuellar, J., Kincaid, C., Parent, J., Fenton, N., & Goodrum, N. (2013). Harnessing innovative technologies to advance children's mental health: Behavioral parent training as an example. *Clinical psychology review*, 33(2), 241-252.
- Juárez L., A. (2010). *Evaluación de una intervención psicológica para mejorar la adherencia terapéutica sobre la calidad de vida de pacientes con asma* [Tesis de maestría]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Jurado M., A. (2017). *Efecto de la psicoeducación sobre la adherencia terapéutica en un grupo de pacientes esquizofrénicos del Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente Muñiz"*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Kazdin, A. E. (1995). Child, parent and family dysfunction as predictors of outcome in cognitive-behavioral treatment of antisocial children. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 271-281.
- Kazdin, A. E. (1996). Dropping out of child psychotherapy: Issues for research and implications for practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1(1), 133-156.
- Kazdin, A. E., Holland, L., Crowley, M., y Breton, S. (1997). Barriers to treatment participation scale: Evaluation and validation in the context of child outpatient treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(8), 1051-1062.
- Kazdin, A. E., Glick, A., Pope, J., Kaptchuk, T. J., Lecza, B., Carrubba, E., McWhinney, E. y Hamilton, N. (2018). Parent management training for conduct problems in children: Enhancing treatment to improve therapeutic change. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(2), 91-101.

- Kjøbli, J., Hukkelberg, S., y Ogden, T. (2013). A randomized trial of group parent training: Reducing child conduct problems in real-world settings. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 113-121. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.11.006>
- Koegel, Robert L., T. J. Glahn, & Nieminen, G. S. (1978). Generalization of parent-training results. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11(1), 95-109.
- Koegel, R. L., y Rincover, A. (1977). Research on the difference between generalization and maintenance in extra-therapy responding. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 10(1), 1–12. <https://doi.org/10.1901/jaba.1977.10-1>
- Koerting, J., Smith, E., Knowles, M. M., Latter, S., Eelsey, H., McCann, D. C. y Sonuga-Barke, E. J. (2013). Barriers to, and facilitators of, parenting programmes for childhood behaviour problems: a qualitative synthesis of studies of parents' and professionals' perceptions. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22(11), 653-670.
- Landaverde T., M. E. (2011). *Guía para desarrollar talleres de orientación con padres y madres de familia*. Secretaría de Educación de Gobierno del Estado de San Luis Potosí. <http://www.seslp.gob.mx/pdf/taller2011-2012/tres/GUIA%20DE%20TALLERES%20%2018%20DE%20JULIO.pdf>
- LeJeune, L. M., Lambert, J. M., Lemons, C. J., Mottern, R. E., y Wisniewski, B. T. (2019). Teacher-conducted trial-based functional analysis and treatment of multiply controlled challenging behavior. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 19(3), 241–246. <https://doi.org/10.1037/bar0000128>
- Lewinsohn, P. M. (1975). The behavioral study and treatment of depression. *In Progress in Behavior Modification*, 1(4), 19-64.
- Lindsey, M. A., Brandt, N. E., Becker, K. D., Lee, B. R., Barth, R. P., Daleiden, E. L., y Chorpita, B. F. (2014). Identifying the common elements of treatment engagement interventions in children's mental health services. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(3), 283-298.

- Lochman, J. E., Burch, P. R., Curry, J. F., y Lampron, L. B. (1984). Treatment and generalization effects of cognitive-behavioral and goal-setting interventions with aggressive boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(5), 915-916.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.52.5.915>
- Lovaas, O. I., Koegel, R., Simmons, J. Q., y Long, J. S. (1973). Some generalization and follow-up measures on autistic children in behavior therapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 6(1), 131-165.
- Lowe, K., Allen, D., Jones, E., Brophy, S., Moore, K., & James, W. (2007). Challenging behaviors: Prevalence and topographies. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(8), 625-636.52
- Lozano V., A. (2015). Cuestiones éticas en la intervención con familias y menores. *Cuadernos de Trabajo Social*, 28(1), 127-136.
- Maier, S. F., y Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: theory and evidence. *Journal of experimental psychology: general*, 105(1), 3.
- Malott, R. W., Malott, M. E. y Trojan, E. A. (2003). *Principios elementales del comportamiento*. Pearson Education.
- Marinho, M. L., y Silveiras, E. F. M. (2000). Evaluación de la eficacia de un programa de entrenamiento de padres en grupo. *Psicología Conductual*, 8(2), 299-318.
- Martín Q., J. C., Alemán F., J., Marchena G., R. y Santana H., R. (2015). Parental education and parental competences to prevent early school leaving. *Bordon* 67(4), 73-92.
- Martin, G. y Pear, J. (2008). *Modificación de conducta: qué es y cómo aplicarla*. Pearson Education.
- Martinez, J. I., Lau, A. S., Chorpita, B. F., Weisz, J. R. (2015). Psychoeducation as a mediator of treatment approach on parent engagement in child psychotherapy for disruptive behavior. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 46(4), 573-587.

- Martinez-Perez, P., Orozco-Beltrán, D., Pomares-Gomez, F., Hernández-Rizo, J. L., Borrás-Gallen, A., Gil-Guillen, V. F., Quesada, J. A., Lopez-Pineda, A., y Carratala-Munuera, C. (2021). Validation and psychometric properties of the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in type 2 diabetes patients in Spain. *Atención Primaria*, 53(2). <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.09.007>
- Matlala R., I. (2018). *Relación de los estilos de crianza parental, como posible factor que incide en la comisión del delito de robo y homicidio, en personas privadas de su libertad, recluidas en la penitenciaría del D.F.* [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Matson, J. L., Shoemaker, M. E., Sipes, M., Horovitz, M., Worley, J. A., y Kozlowski, A. M. (2011). Replacement behaviors for identified functions of challenging behaviors. *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 681–684. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.11.014>
- McGinty, K. L., Diamond, J. M., Brown, M. B., & McCammon, S. L. (2003). Training child and adolescent psychiatrists and child mental health professionals for systems of care. In A. J. Pumariega & N. C. Winters (Eds.), *The handbook of child and adolescent systems of care: The new community psychiatry* (pp. 487–507). Jossey-Bass.
- McKee, K., Cabrera, N., Alonso, A., Turcios, M., y Reich, S. (2021). Determinants of fathers' and mothers' involvement in a parenting intervention. *Psychology of Men y Masculinities*, 22(3), 521.
- McMahon, R. J. (1991). Entrenamiento de padres. En V. Caballo (Ed.), *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta* (pp.445-477). Siglo XXI.
- McMahon, R. J., y Forehand, R. L. (2005). *Helping the noncompliant child: Family-based treatment for oppositional behavior*. Guilford Press.
- Meichenbaum, D., y Turk, D. C. (1987). *Facilitating treatment adherence: A practitioner's guidebook*. Plenum Press.

- Méndez, F. (5 de agosto de 2021). Casi 7 mil huérfanos en México: otro drama de la pandemia. *Gaceta UNAM*. <https://www.gaceta.unam.mx/un-cuento-y-un-armadillo-para-sobrevivir-el-duelo-por-la-covid/>
- Montgomery, W. (2011). La economía conductual y el análisis experimental del comportamiento de consumo. *Revista de Investigación en Psicología*, 14(1), 281-292.
- Moore, T. R., y Symons, F. J. (2011). Adherence to treatment in a behavioral intervention curriculum for parents of children with autism spectrum disorder. *Behavior Modification*, 35(6), 570-594.
- Nashiki A., R., Pastor G., y Pérez F., M. (2011). Estrategias de vinculación entre la familia y la escuela. *Facultad de Psicología UNAM*. [http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/Estrategias de vinculacion Familia Escuela.pdf](http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/Estrategias_de_vinculacion_Familia_Escuela.pdf)
- Nock, M. K., y 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.
- Nock, M. K., & Photos, V. (2006). Parent motivation to participate in treatment: Assessment and prediction of subsequent participation. *Journal of Child and Family Studies*, 15(3), 333-346.
- Núñez Herrera, K. D., y Jaen Cortés, C. I. (2020). *Estilos de crianza, depresión y ansiedad como precursores de la enuresis en niños* [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- O'Dell, S. (1974). Training parents in behavior modification: A review. *Psychological Bulletin*, 81(7), 418–433. <https://doi.org/10.1037/h0036545>
- Patterson, G. R. (1974). Interventions for boys with conduct problems: multiple settings, treatments, and criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(4), 471.
- Patterson, G. R. (1975) *Families: Applications of social learning to family life*. Research PressPub.

- Patterson, G. R. (1982). *A social learning approach to family intervention. Coercive family process* (Vol. 3). Castalia publishing company.
- Patterson, G. R., y Chamberlain, P. (1994). A functional analysis of resistance during parent training therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1(1), 53.
- Patterson, G. R., & Guillon, M. E. (1976). *Living with children: New Methods for Parents and Teachers*. Research Press.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., y Dishion, T. J. (1992). *A social learning approach to family intervention. Antisocial boys* (Vol. 4). Castalia publishing company.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., Jones, R. R., & Conger, R. E. (1975). *Families with aggressive children: A social learning approach to family intervention*. Castalia Publishing Company.
- Perales O., M. A. (2018). *Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes con trastorno depresivo mayor: Estudio de factores asociados a la adherencia por auto-reporte* [Tesis de maestría]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pérez M., J. N. (2014). *Factores psicológicos que predicen la adherencia terapéutica en personas con VIH que reciben medicamentos antirretrovirales* [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pérez F., V. J., Gutiérrez D., T., García G., A. y Gómez B., J. (2017). *Procesos Psicológicos Básicos. Un Análisis Funcional*. Editorial UNED.
- Pisterman, S., McGrath, P., Firestone, P., Goodman, J. T., Webster, I., y Mallory, R. (1989). Outcome of parent-mediated treatment of preschoolers with attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(5), 628–635. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.57.5.628>
- Planalp, E. M., Van Hulle, C. A., y Goldsmith, H. H. (2019). Parenting in context: Marital adjustment, parent affect, and child temperament in complex families. *Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association* (Division 43), 33(5), 532–541. <https://doi.org/10.1037/fam0000511>

- Porzig-Drummon, R., Stevenson, R. J., y Stevenson, C. (2014). The 1-2-3 Magic parenting program and its effect on child problem behaviors and dysfunctional parenting: A randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, (58), 52-64. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.004>.
- Pratt, M. W., y Kerig, P. (1986). Knowing and telling: Type of rule and level of knowledge about messages in children's use of self-regulative communication training. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 18(3), 294–307. <https://doi.org/10.1037/h0079993>
- Prinz, R. J., y Miller, G. E. (1996). Parental engagement in interventions for children at risk for conduct disorder. In R. D. Peters, y R. J. McMahon (Eds.), *Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency* (Vol. 3, pp. 161-183). SAGE Publications, Inc., <https://www.doi.org/10.4135/9781483327679.n8>
- Pyle, K. K., Artis, N. J., Vaughan, R. S., y Fabiano, G. A. (2019). Impact of pediatrician invitation on enrollment in behavioral parent training. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(2), 192.
- Qureshi H. y Alborz A. (1992) Epidemiology of challenging behaviour. *Mental Handicap Research* 5, 130–45.
- Rennie, R., y Landreth, G. (2000). Effects of filial therapy on parent and child behaviors. *International Journal of Play Therapy*, 9(2), 19.
- Rey, C. A. (2006). Entrenamiento de padres: una revisión de sus principales componentes y aplicaciones. *Revista Infancia, Adolescencia y Familia*, 1(1), 61-84.
- Reyno, S. M., y 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.
- Ribes, E., Moreno, D. y Martínez, C. (1998). Second-order discrimination responding behavior. *The Behavioral Processes*, 42, 1-18.

- Rinn, R. C., Vernon, J. C., y Wise, M. J. (1975). Training parents of behaviorally-disordered children in groups: A three years' program evaluation. *Behavior Therapy*, 6(3), 378-387.
- Roberts, M. W. (2008). Parent Training. In Hersen y A. M. Gross (Eds.), *Handbook of clinical psychology, Vol. 2. Children and adolescents* (p. 653–693). John Wiley y Sons, Inc.
- Robin, A. L., Kent, R., O'Leary, D. K., Foster, S. y Prinz, R. (1977). An approach to teaching parents and adolescents problem-solving communication skills: A preliminary report. *Behavior Therapy*, 8(4), 639-643.
- Robles P., Z. y Romero T., 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.
- Rodríguez C., M. L., Ramírez C., A. y Nava H., A. (2019). *Educando a los hijos: Los padres como agentes del cambio conductual*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rogers F., N. (1957). Play therapy at home. *Merrill-Palmer Quarterly*, (3), 89-95.
- Rogers, L., Hallam, S., y Shaw, J. (2008). Parenting Programmes: ¿Do generalist parenting programmes improve children's behaviour and attendance at school? The parents perspective. *British Journal of Special Education*, 35(1), 16–25.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8578.2008.00365.x>
- Ryle, G. (1949). *The Concept of Mind*. Barnes and Noble.
- Sanders, M. R., y Glynn, T. (1981). Training parents in behavioral self-management: An analysis of generalization and maintenance. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 14(3), 223-237.
- Santillán T. T., C. (2014). *Adherencia terapéutica en personas que viven con VIH/SIDA* [Tesis doctoral]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sawyer, M. R., Crosland, K. A., Miltenberger, R. G., y Rone, A. B. (2015). Using behavioral skills training to promote the generalization of parenting skills to problematic routines. *Child y Family Behavior Therapy*, 37(4), 261-284.
- Schrag, P., y Divoky, D. (1976). *The myth of the hyperactive child and other means of child control*. Pelican Books.

- Shaffer, A., Kotchick, B. A., Dorsey, S., y Forehand, R. (2001). The past, present, and future of behavioral parent training: Interventions for child and adolescent problem behavior. *The Behavior Analyst Today*, 2(2), 91.
- Simón R., C. y Echeita, G. (2012). La alianza entre las familias y la escuela en la educación del alumnado más vulnerable. *Padres y maestros*, 344, 31-34.
- Sifuentes A., L. E. (2015). *La formación de conductas disruptivas, como resultado de la causa en el ambiente familiar, vista por cada uno de los miembros relacionados* [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Skinner, B. F. (1979). *La conducta de los organismos: un análisis experimental*. (2ª Edición). Fontanella.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). *Código ético del psicólogo* (4ª edición). Trillas.
- Staudt, M. (2007). Treatment engagement with caregivers of at-risk children: Gaps in research and conceptualization. *Journal of Child and Family Studies*, 16(2), 183-196.
- Stoolmiller, M. (2001). Synergistic interaction of child manageability problems and parent-discipline tactics in predicting future growth in externalizing behavior for boys. *Developmental Psychology*, 37(6), 814–825. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.37.6.814>
- Stocco, C. S., y Thompson, R. H. (2015). Contingency analysis of caregiver behavior: Implications for parent training and future directions. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 48(2), 417-435.
- Taylor, B. A., LeBlanc, L. A., y Nosik, M. R. (2019). Compassionate care in behavior analytic treatment: Can outcomes be enhanced by attending to relationships with caregivers? *Behavior Analysis in Practice*, 12(3), 654-666.
- Tolan P.H. y Leventhal B.L. (2013) Introduction: Connecting Brain Development, Disruptive Behavior, and Children. En Tolan P., Leventhal B. (Eds.), *Disruptive Behavior Disorders. Advances in Development and Psychopathology*. Springer. https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/978-1-4614-7557-6_1

- Toro, J. (1984). El entrenamiento de padres como modificadores de la conducta infantil. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, (30), 97-110.
- Verdugo, M. y Rodríguez, A. (2011). *Guía de intervención y apoyo a familias de personas con discapacidad*. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Universidad de Salamanca.
- Wacker, D. P., Harding, J. W., y Berg, W. K. (2008). Evaluation of mand-reinforcer relations following long-term functional communication training. *The Journal of Speech and Language Pathology – Applied Behavior Analysis*, 3(1), 25–35.
<https://doi.org/10.1037/h0100229>
- Wade, S. L., Gies, L. M., Fisher, A. P., Moscato, E. L., Adlam, A. R., Bardoni, A., Corti, C., Limond, J., Modi, A. C., y Williams, T. (2020). Telepsychotherapy with children and families: Lessons gleaned from two decades of translational research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 332–347. <https://doi.org/10.1037/int0000215>
- Wahler, R. G., & Fox, J. J. (1980). Solitary toy play and time out: A family treatment package for children with aggressive and oppositional behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13(1), 23-39.
- Wierzbicki, M., y Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional psychology: research and practice*, 24(2), 190.
- Wilder, D. A., Chen, L., Atwell, J., Pritchard, J., y Weinstein, P. (2006). Brief functional analysis and treatment of tantrums associated with transitions in preschool children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39(1), 103-107.
- Wilder, D. A., Harris, C., Reagan, R., y Rasey, A. (2007). Functional analysis and treatment of noncompliance by preschool children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40(1), 173-177.
- Wilder, D. A., y Hodges, A. C. (2019). Tantrums. *The Encyclopedia of Child and Adolescent Development*, 1-11.

- Williams, B. F., Williams, R. L., & McLaughlin, T. F. (1991). Treatment of behavior disorders by parents and in the home. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 3(4), 385-407.
- Wiltz, N. A., & Patterson, G. R. (1974). An evaluation of parent training procedures designed to alter inappropriate aggressive behavior of boys. *Behavior Therapy*, 5(2), 215-221.
- Wiskow, K. M., Donaldson, J. M., y Matter, A. L. (2017). An evaluation of generalization of compliance across response types. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 17(4), 402–420. <https://doi.org/10.1037/bar0000087>
- Wolfe, D. A., Edwards, B., Manion, I., y Koverola, C. (1988). Early intervention for parents at risk of child abuse and neglect: A preliminary investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(1), 40–47. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.1.40>

Anexo. Lista de Técnicas de Modificación Conductual

A continuación, para una comprensión más accesible se citan las definiciones de las técnicas de modificación conductual señaladas a lo largo del presente trabajo.

Castigo: “Procedimiento de aprendizaje operante que hace contingente una respuesta con un evento consecuente que disminuye su probabilidad de aparición futura. Tal evento consecuente puede ser la aparición de un estímulo aversivo o la retirada de un estímulo apetitivo” (Froxán, 2020, p. 429).

Contrato conductual: “Declaración escrita de reglas que describe la conducta deseada o indeseada, la ocasión en que deberá o no ocurrir y su resultado previsto” (Malott et al., 2003, p. 482).

Costo de respuesta: “Pérdida contingente de reforzadores, produciendo un decremento de la frecuencia de la conducta; es una forma de castigo negativo” (Cooper et al., 2014, p. 15).

Desensibilización sistemática: “Combinación de la relajación con una jerarquía de estímulos causantes de temor, ordenados de los menos a los más aversivos” (Malott et al., 2003, p. 482).

Economía de fichas: “Sistema de reforzadores generalizados aprendidos en el cual el organismo que los recibe puede guardarlos y luego canjearlos por varios reforzadores sustitutos” (Malott et al., 2003, p. 483).

Ensayo conductual: “Empleando la representación de papeles y la inversión del papel, se aplican habilidades específicas para manejar situaciones problemáticas identificadas” (Cox et al., 2008, p. 90).

Extinción: “Interrupción del reforzamiento o de la contingencia de escape de una respuesta anteriormente reforzada, lo que hace que disminuya la frecuencia de la respuesta” (Malott et al., 2003, p. 483).

Generalización: “Emisión de una misma respuesta ante estímulos similares, con los que no ha habido ensayos específicos de aprendizaje” (Froxán, 2020, p. 429).

Imitación: “La forma de conducta del imitador está controlada por una conducta similar del modelo” (Malott et al., 2003, p. 484).

Moldeamiento por medio del reforzamiento: “Reforzamiento diferencial sólo de la conducta que cada vez se asemeja más a la conducta meta” (Malott et al., 2003, p. 485).

Moldeamiento por aproximaciones sucesivas: “Generación de una secuencia de una nueva clase de respuestas que emerge durante el proceso de moldeamiento como resultado de reforzamiento diferencial; cada clase de respuesta sucesiva se asemeja más a la conducta final que la clase de respuesta que reemplaza” (Cooper et al., 2014, p. 17).

Modelado: “El terapeuta modela habilidades adaptativas específicas y el paciente las practica” (Cox et al., 2008, p. 90).

Programa de reforzamiento: “Forma en que se realiza el reforzamiento debido al número de respuestas, tiempo transcurrido entre las respuestas y condiciones del estímulo” (Malott et al., 2003, p. 485).

Reforzamiento: “Procedimiento de aprendizaje operante que hace contingente una respuesta con un evento consecuente que aumenta su probabilidad de aparición futura. Tal evento consecuente puede ser la aparición de un estímulo apetitivo o la retirada de un estímulo aversivo” (Froxán, 2020, p. 434).

Reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO): “Sustitución de una respuesta inapropiada por una respuesta apropiada específica que produce el mismo resultado reforzador” (Malott et al., 2003, p. 485).

Reforzamiento diferencial de una conducta incompatible (RCI): “El reforzamiento es contingente a una conducta incompatible con otra” (Malott et al., 2003, p. 485).

Saciedad: “Consumo de una cantidad importante de un reforzador, lo que disminuye temporalmente el aprendizaje y la ejecución correspondiente” (Malott et al., 2003, p. 486).

Sobrecorrección: “Contingencia relacionada con una conducta inapropiada que le exige a la persona realizar una respuesta de mayor esfuerzo que corrija con creces los efectos de la conducta” (Malott et al., 2003, p. 486).

Tiempo fuera: “Supresión del acceso a un reforzador inmediatamente después de una respuesta, lo que disminuye la frecuencia de esa respuesta” (Malott et al., 2003, p., 482).