

## TÍTULO

**ESTUDIO PILOTO SOBRE LA VALIDEZ DE  
TRATAMIENTO DE DOS MODALIDADES DE  
EVALUACIÓN-INTERVENCIÓN DE TRASTORNOS  
EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA**

## TITLE

**A PILOT STUDY ABOUT THE VALIDITY OF TWO  
MODALITIES OF EVALUATION-INTERVENTION  
PROCEDURES IN THE TREATMENT OF  
PSYCHOLOGICAL DISORDERS DURING CHILDHOOD  
AND ADOLESCENCE.**

---

## AUTORES

**Antonio Molina Moreno e Inmaculada Gómez Becerra**

---

Universidad de Almería (Spain)  
Edificio de Humanidades A  
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos  
Ctra. Sacramento s/n La Cañada de San Urbano 04120 Almería (Spain)  
Fax: 950015471  
Email: [amolinam@ual.es](mailto:amolinam@ual.es)

## RESUMEN

El objetivo de este trabajo es analizar, a través de un estudio piloto, la validez o utilidad de tratamiento de dos procedimientos dirigidos a la evaluación-intervención de trastornos en la infancia y la adolescencia. Es decir, se pretende comparar la intervención derivada de la evaluación realizada con un protocolo funcional, adaptada a las características psicológicas del caso, frente a la derivada de una entrevista diagnóstica estructurada (Children's Interview for Psychiatric Syndromes) (Weller, Weller, Teare y Fristad, 1999) con componentes estandarizados. Los resultados obtenidos con cada programa terapéutico se analizan a tres niveles: porcentaje de objetivos de tratamiento alcanzados con cada intervención, porcentaje de conocimientos terapéuticos de los padres y puntuación otorgada por los padres a diversos elementos que se suponen responsables del cambio terapéutico. A nivel general, ambas intervenciones se muestran efectivas aunque existen diferencias clínicamente significativas en la modalidad de evaluación-intervención funcional.

**Palabras clave:** validez de tratamiento, trastornos en infancia y adolescencia, entrevista conductual, entrevista diagnóstica.

---

## ABSTRACT

The present paper tries to analyze, by means of a pilot study, the treatment validity or utility of two procedures for the evaluation-treatment of psychological disorders during childhood and adolescence. In other words, authors pretend to compare the intervention derived from a functional evaluation, adapted to client's particularities, with a evaluation based on a structured diagnostic interview (Children's Interview for Psychiatric Syndromes) (Weller, Weller, Teare & Fristad, 1999), with standardized components. Results obtained with each therapeutic program are analyzed in three different levels: percentage of treatment objectives reached by each intervention modality, percentage of therapeutic knowledge of parents and importance given by parents to the different factors that, supposedly, are responsible of therapeutic change. In general, both interventions are effective, although clinical differences exist that highlight the functional modality.

**Key-words:** treatment validity, childhood and adolescence psychological disorders, behavioural interview, diagnostic interview

---

## INTRODUCCIÓN

El planteamiento de este estudio se fundamenta en la premisa de que un tratamiento adaptado, derivado de una evaluación conductual-funcional del caso sería más efectivo que un tratamiento derivado de una evaluación diagnóstica que aboga por un tratamiento con componentes estandarizados (Hayes y Follette, 1992; Berrocal, Zaldívar, Luciano y Esteve, 2004; Jacobson, Schoaling, Holtzworth-Munroe, Katt y Follette, 1989). No obstante, existen datos contrapuestos que indican que el diagnóstico clínico sería el mejor criterio para la selección del tratamiento en lugar del análisis conductual-funcional (Emmelkamp, 1990; Mersch, Emmelkamp y Sleen, 1989; Schulte, 1992). En esta dirección y desde la estrategia diagnóstica, que selecciona un tratamiento en función de una determinada categoría diagnóstica, se han elaborado y avalado empíricamente algunos tratamientos estandarizados dirigidos al entrenamiento de padres para solucionar los trastornos de conducta de sus hijos. Por ejemplo, Labrador, Echeburúa y Becoña (2000) mencionan algunos tratamientos empíricamente validados dirigidos a la solución de problemas de comportamiento en la infancia y la adolescencia como el de Wells y Egan (1988). En concreto, en el caso de los trastornos de conducta (hiperactividad, negativismo desafiante y conducta disocial) Marinho y Silveiras (2000) han evaluado fundamentalmente tres programas de entrenamiento para padres de niños de 3 a 8 años aplicados tanto de forma individual como en grupo: el de Patterson (1974; 1986), el de Forehand y McMahon (1981) y el de Webster-Stratton y Hammond (1997).

No es este el lugar para comentar en profundidad los resultados de los estudios sobre la eficacia de los programas de entrenamiento de padres. No obstante, a pesar de que los resultados generales sobre la eficacia de estos programas son positivos, sus conclusiones no son definitivas. Por un lado, los programas de entrenamiento de padres tienen múltiples limitaciones metodológicas (Serketic y Dumas, 1996) y, por otro lado, dichos programas no son eficaces con todas las familias, debido a la influencia que diversos factores ejerce sobre la participación de los padres en el programa, el mantenimiento de los cambios terapéuticos alcanzados, el abandono del programa y el grado de satisfacción sobre el mismo (Kazdin, 1991, 1994; Kazdin y Mazurich, 1994; Marinho y Silveiras, 2000; Serketic y Dumas, 1996; Webster-Stratton, 1991; entre otros). Algunos de los factores se refieren a (Kazdin, 1994): desventajas socioeconómicas, viviendas inadecuadas, acontecimientos estresantes en torno a la vida familiar, problemas conyugales, psicopatología de los padres, aislamiento parental, madres solteras y/o jóvenes, prácticas negativas en el cuidado de los hijos, historia de comportamiento antisocial del padre/madre, falta de apoyo social, bajo nivel intelectual del niño objeto de estudio y relación del niño con compañeros que muestran conductas antisociales.

Por otro lado, y a pesar de que la estrategia diagnóstica goza de una amplia aceptación, en el sentido de aplicar tratamientos empíricamente validados a trastornos concretos (APA, 1995; Echeburúa y Corral, 2001; Hamilton y Dobson, 2001), se han señalado ciertos inconvenientes desde el modelo conductual-funcional. Uno de ellos tiene que ver con la comprensión del trastorno que presenta el sujeto y la necesidad de ajustar el tratamiento a las características particulares de cada caso (Luciano, 1997; Silveiras y Marinho, 1997). En este sentido, desde esta perspectiva, se aboga por el análisis del comportamiento en base a categorías funcionales (Iwata, Wong, Riordan, Dorsey y Lau, 1982; Iwata, Dorsey, Slifer, Bauman y Richman, 1994; Luciano, Gómez y Valdivia, 2002) más que en categorías fundamentadas en las características estructurales o topográficas de la conducta, ya que la evidencia al respecto muestra que el tratamiento estándar no siempre funciona en la totalidad de los casos (Hayes y Follette, 1992).

En cualquier caso, la cuestión no sería rechazar frontalmente el uso de tratamientos estandarizados en pro de tratamientos individualizados, sino determinar las condiciones bajo las cuales este tipo de tratamientos son útiles (Eifert, 1996). Es decir, el hecho de seleccionar un tipo de intervención es evidentemente una decisión clínica que se debe realizar en función de determinados criterios, entre otros, de un criterio coste-beneficio (Haynes, 1986; Zaldívar, 1999). Ahora bien, a nivel teórico, lo relevante sería averiguar qué principios conductuales comunes están a la base de diferentes trastornos, que aún presentando síndromes o combinaciones de síntomas distintos, llegan a mejorar a partir de un tratamiento determinado. De este modo, los trastornos podrían ser agrupados en categorías funcionales cuya característica común podría ser su responsividad al tratamiento (Hayes y Follette, 1992; Zaldívar, 1999). Sin embargo, esto es todavía una cuestión que no ha sido demostrada empíricamente, existiendo en la literatura sobre el tema una enorme controversia (Berrocal, 1999; Nelson y Hayes, 1986; Schulte, 1992; Silva, 1989; Zaldívar, 1999; entre otros muchos).

Llegados a este punto, es necesario resaltar que aunque nuestro objetivo de partida era contrastar dicha validez o utilidad de tratamiento del análisis o evaluación funcional frente a la diagnóstica, dicha meta ha resultado ser demasiado compleja imposibilitando su consecución, entre otras razones, porque no ha sido posible establecer un control y los seguimientos adecuados sobre los casos clínicos seleccionados en un principio. Es por ello que el objetivo inicial de este estudio se ha visto mermado en gran medida, presentando finalmente un estudio piloto que, aún a riesgo de los problemas metodológicos, arroje alguna información al respecto. En este sentido, la eficacia de cada intervención ha sido medida a través de distintos indicadores. Por un lado, se han tomado medidas de los objetivos o metas de cambio: antes, durante y después del tratamiento. De forma similar, se han tomado medidas del posible cambio experimentado por los padres respecto al nivel de conocimientos terapéuticos en las distintas fases del

tratamiento (Pelechano, 1980; Olivares y García López, 1997). Por último, al final de la intervención, se han valorado diferentes elementos potencialmente implicados en el cambio terapéutico.

En definitiva, las hipótesis formuladas en este estudio piloto serían enunciadas de la siguiente forma:

1. Existiría un mayor porcentaje de objetivos de tratamiento alcanzados en la evaluación funcional frente a la evaluación diagnóstica, en las diferentes fases (postratamiento y seguimientos a los tres y seis meses).
2. Existiría un mayor porcentaje de conocimientos terapéuticos alcanzados por los padres en la modalidad de tratamiento derivada de la evaluación funcional respecto de la evaluación diagnóstica en las distintas fases de la intervención.
3. Existirían diferencias (teniendo en cuenta cada modalidad de evaluación) en la puntuación dada por los padres a los elementos responsables del cambio terapéutico.

## MÉTODO

### Participantes

Dos sujetos participaron en este estudio piloto (sujeto 1 y sujeto 2), cuyas características principales quedan representadas en la tabla 1, en la que se muestra un resumen de los datos personales de cada sujeto<sup>1</sup>, así como aquellos otros relacionados con la historia del problema y estado actual del mismo (contexto donde se produce, interferencia, etcétera).

Tabla 1. Datos personales, historia del problema y estado actual.

	Sujeto 1	Sujeto 2
<b>Contexto de intervención</b>	Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil	Unidad de Investigación Clínica universitaria
<b>Sexo</b>	Niño	Niño
<b>Edad</b>	7 años	7 años
<b>Diagnóstico (ChIPS)</b>	TND (1), TAS (2)	TND(1)
<b>Cociente intelectual</b>	CIV=135 CIM=117 CIT=130	CIV=145 CIM=144 CIT=145
<b>Convive</b>	Padres y 2 hermanas (12 y 3 años)	Padres y 1 hermano (3 años)
<b>Edad y ocupación de los padres</b>	Agente comercial (41 años) Auxiliar administrativo (36 años)	Funcionario (33 años) Auxiliar administrativo (32 años)
<b>Antecedentes familiares</b>	No existen	No existen
<b>Edad inicio del problema</b>	6 años	6 años
<b>Creencias sobre causas del problema</b>	Personalidad (es impulsivo e inquieto)	Personalidad (es muy contestón)
<b>Tratamientos previos</b>	No	Psicólogo escolar establece pautas y economía de fichas
<b>Resultados tratamientos previos</b>	-----	Mejora temporal
<b>Alteración orgánica</b>	Descartada	Descartada
<b>Contexto del problema</b>	Casa	Casa
<b>Colegio</b>	Privado concertado	Privado concertado
<b>Nivel académico</b>	2º primaria	2º primaria
<b>Rendimiento académico</b>	Adecuado	Adecuado

(1)TND: trastorno negativista desafiante  
(2)TAS: trastorno de ansiedad por separación

El sujeto 1 fue tratado por un psiquiatra en una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil y el sujeto 2 por un psicólogo clínico, en una Unidad de Investigación Clínica universitaria. Ambos fueron supervisados por el primer autor de este trabajo.

Los criterios de admisión de los sujetos en el estudio fueron los siguientes:

- a) Que cumplieren, en primer lugar, los criterios del DSM-IV (APA, 1994) para el trastorno negativista desafiante
- b) Que tuviesen una edad entre los 6 a los 12 años
- c) Que no mostrasen, acreditado mediante certificado o pruebas médicas, ningún otro trastorno psicopatológico y/o enfermedad grave

<sup>1</sup> Se han sustituido aquellos datos personales que pudieran identificar al sujeto o a sus padres.

- d) Que se hubiese descartado previamente la relación o correlación entre el trastorno y algún déficit o alteración orgánica
- e) Que mostrasen un CI mayor o igual a 70
- f) Que ningún miembro de la familia mostrase antecedentes de haber sufrido alguna psicopatología
- g) Que los padres dieran su consentimiento a participar en el estudio y rehusarán asistir a otro tipo de intervención psicológica o psiquiátrica durante el transcurso del mismo

#### Variables e instrumentos utilizados para la evaluación

Una de las variables medidas es la relativa a los objetivos de tratamiento determinados para cada sujeto a partir de la información recabada de dos entrevistas. Los problemas psicológicos del sujeto 1 fueron evaluados con una entrevista diagnóstica estructurada (ChIPS; Molina, Zaldívar y Gómez, 2004a), información que fue completada con una evaluación anamnésica a fin de recopilar datos evolutivos prenatales, perinatales y postnatales. El sujeto 2 fue evaluado con una entrevista funcional (Molina, Zaldívar y Gómez, 2004b).

Otra de las variables medidas fue el nivel de conocimientos terapéuticos de los padres. Para ello se utilizó la segunda versión adaptada del Cuestionario de Conocimientos Terapéuticos de Pelechano (1980), llevada a cabo por Olivares, Macía y Méndez (1993). Esta versión consta de 22 ítems, en la que se han modificado, respecto a la versión anterior, algunos de los ítems y se ha reducido el número de factores del cuestionario pasando de cinco a cuatro. Los factores a los que se hace referencia son los siguientes:

- Factor 1: "explicaciones basadas en el aprendizaje"
- Factor 2: "factores de necesidad y categorías biologicistas"
- Factor 3: "efectividad del refuerzo"
- Factor 4: "refuerzo aversivo y castigo"

La aplicación de la escala es bastante sencilla. Los padres tienen que responder a cada pregunta del cuestionario en base a dos alternativas de respuesta "de acuerdo/desacuerdo". El criterio de corrección consiste en dar 1 punto cuando se contesta correctamente y 0 cuando la respuesta es errónea<sup>2</sup>, de esta forma se obtiene una puntuación total con un rango de 0 a 22 puntos. Asimismo se puede calcular el resultado para cada uno de los factores.

Por último, se midió la atribución de los padres sobre los cambios terapéuticos como consecuencia de la intervención. Para ello, se elaboró una escala en la que los padres debían ubicar en un continuo de cinco puntos (de 1=nada a 5=mucho) distintos elementos, que fueron proporcionados por el terapeuta en forma de tarjetas, en función de la relevancia que, a su juicio, dichos elementos habrían tenido para alcanzar los objetivos terapéuticos. Los elementos o categorías a puntuar fueron los siguientes:

1. Medicación: se refiere a la ingesta y los efectos de los fármacos durante la intervención.
2. Terapeuta: se refiere a la actuación del especialista a través de pautas o sugerencias dirigidas a alcanzar los objetivos de intervención.
3. Padre: se refiere a las habilidades y conocimientos adquiridos en relación al comportamiento del niño
4. Madre: se refiere a las habilidades y conocimientos adquiridos respecto al comportamiento del niño
5. Profesor: se refiere a la actuación general del profesor en relación al comportamiento del niño.
6. Propio niño: se refiere a la personalidad del niño como variable esencial del cambio.
7. Maduración: se refiere a los procesos o factores propios del desarrollo infantil relacionado con cambios anatómico-fisiológicos.
8. Otras razones: se refiere a otros elementos o factores que los padres mencionan como responsables del cambio terapéutico experimentado (por ejemplo, la estación o época del año, el periodo de vacaciones, etcétera.).

#### Diseño

Para cada sujeto se ha utilizado un diseño intrasujeto de caso único AB (Barlow y Hersen, 1984), con medición al post-tratamiento (una semana) y a los tres y seis meses de haber finalizado la intervención.

En la fase A (evaluación pre-tratamiento) para ambos sujetos se recopiló información sobre los problemas de comportamiento del niño y se especificaron los objetivos de intervención. Para cada caso se establecieron los objetivos o metas de intervención a partir de la información recabada de cada protocolo (entrevista diagnóstica estructurada y entrevista funcional) y se midió el nivel de conocimientos terapéuticos de los padres. Además, dado el marco clínico en el que se desarrolla el estudio, desde las primeras sesiones de evaluación, en ambos sujetos, se establecieron algunas pautas generales de

---

<sup>2</sup> Por ejemplo, una de las afirmaciones contenidas en el cuestionario es la siguiente: "Mi hijo se comporta del mismo modo, reciba premios o no". Si los padres responden que están de acuerdo con esta afirmación se puntuaría con un cero, en caso contrario se daría un uno. Indudablemente, las respuestas correctas se han determinado en función de los criterios establecidos por el autor del cuestionario.

tratamiento. Además, en el caso del sujeto evaluado a partir de la entrevista diagnóstica se prescribió, desde las primeras sesiones, la toma de medicación a dosis bajas.

En la fase B se aplicó el tratamiento de forma individualizada en función de la información recabada de cada protocolo. Tras la intervención<sup>3</sup> (postratamiento) se midió de nuevo el nivel de consecución de los objetivos seleccionados para cada sujeto, el nivel de conocimientos terapéuticos de los padres y la valoración de los mismos sobre los elementos esenciales del cambio terapéutico. En conjunto, estas medidas fueron entendidas como indicadores de la eficacia de la intervención. Por último, se midieron dichas variables a los tres y seis meses de haber finalizado el tratamiento con cada sujeto.

#### Procedimiento

Este estudio se llevó a cabo durante el periodo comprendido entre el curso académico 2002-2003. Tras el consentimiento de los profesionales y de los padres da comienzo la intervención distribuida en las siguientes fases: evaluación inicial o de pretratamiento, tratamiento, evaluación postratamiento (a la semana de finalizar la intervención) y seguimiento (3 y 6 meses).

- Evaluación inicial o de pretratamiento. El número de sesiones invertidas en la evaluación inicial ha variado para cada sujeto. En el caso del sujeto tratado a partir de la evaluación diagnóstica (sujeto 1) se han invertido dos sesiones y para el sujeto incluido en la modalidad de evaluación funcional (sujeto 2) se invirtieron tres sesiones. No obstante, desde la primera sesión cada especialista introdujo las primeras pautas o sugerencias de tratamiento en ambas modalidades.

Las sesiones realizadas con el sujeto 1 comenzaron, en primer lugar, entrevistando a la madre mediante la entrevista diagnóstica estructurada (ChIPS) y una entrevista anamnéstica. La evaluación inicial se completó con la aplicación de la Escala de Inteligencia de Weschsler-revisada (WISC-R, 1993). Por último, el terapeuta tuvo una sesión con el niño y, finalmente, se mantuvo una sesión conjunta con los padres y el niño.

En las sesiones de evaluación conductual con el sujeto 2 sólo se entrevistó a la madre, mediante la entrevista funcional. Asimismo, se pidió que llevara a cabo un diario para casa en el que cada día identificaría y anotaría un aspecto positivo del repertorio del niño, describiría las condiciones en las que se producían las conductas problema, señalaría las dificultades encontradas, los aspectos que más le preocupasen, sus inquietudes, etcétera.

En ambos casos, y a partir de la evaluación llevada a cabo, se establecieron los diferentes objetivos o metas de tratamiento seleccionados de común acuerdo entre el especialista y los padres. Dichos objetivos son descritos en el apartado correspondiente al tratamiento.

Finalmente, uno de los padres de cada modalidad de evaluación-intervención (la madre en ambos casos) contestó a las preguntas contenidas en el Cuestionario de Conocimientos Terapéuticos (Olivares et al., 1993), descrito anteriormente.

- Fase de tratamiento. Cada sujeto recibe un tratamiento adaptado según el criterio del especialista, uno derivado de la evaluación diagnóstica y el otro derivado de la evaluación funcional llevada a cabo. De esta última evaluación se determinan las estrategias terapéuticas que podrían actuar modificando las supuestas condiciones de mantenimiento de la/s conducta/s consideradas como problemáticas en el caso, mientras que de la primera evaluación se aplica una intervención estándar para el trastorno diagnosticado. En ambas condiciones de tratamiento, los sujetos fueron tratados de forma individual y fue la madre la persona implicada en la secuencia completa de cada uno de ellos.

La duración del tratamiento, así como la periodicidad de las sesiones, ha variado ligeramente de un sujeto a otro, siempre respetando tanto el número de citas atendidas por la unidad de salud como las necesidades y evolución de cada uno de los casos. En la tabla 2 se muestra, de forma sintética, algunas características de cada procedimiento terapéutico, indicando la modalidad terapéutica, el número de sesiones, la duración y el intervalo entre sesiones.

Por último, la finalización de las sesiones de intervención se produjeron cuando se alcanzó una mejora significativa atendiendo al juicio del especialista y al porcentaje de objetivos de intervención seleccionados, establecidos en torno al 70%.

- Evaluación post-tratamiento. La evaluación post-tratamiento tuvo lugar a la semana siguiente de la última sesión de tratamiento. Durante esta sesión se aplicó el cuestionario de conocimientos terapéuticos y se procedió a medir cada uno de los objetivos seleccionados, preguntando a la madre sobre el estado actual de las distintas metas de intervención. Finalmente, se aplicó la escala elaborada en este estudio para valorar –a juicio de la madre- los elementos esenciales responsables del cambio terapéutico.

- Seguimiento. Las sesiones y medidas correspondientes al seguimiento tuvieron lugar a los tres y seis meses de la última sesión de tratamiento. Durante estas sesiones de seguimiento se repitieron las medidas anteriores, en las que se solicitó a la madre que respondiese al cuestionario de conocimientos terapéuticos, a continuación valorase la evolución de los objetivos de intervención y describiera los posibles problemas acontecidos a lo largo del periodo entre sesiones. Después de analizar las dificultades

---

<sup>3</sup> El final de la intervención fue determinada, de forma conjunta, entre el especialista y los padres.



encontradas y traer a colación algunas de las alternativas ofrecidas durante la intervención, se daba por finalizada la sesión.

Tabla 2. Características de los tratamientos: basados en evaluación diagnóstica vs evaluación funcional.

	<b>Psiquiátrico</b>	<b>Conductual-funcional</b>
<b>Modalidad</b>	Individual	Individual
<b>Terapeutas</b>	Psiquiatra	Psicólogo clínico
<b>Periodicidad</b>	7-10 días	Semanal
<b>Duración</b>	45-60 minutos (Media:50'')	60-90 minutos (Media: 75'')
<b>Nº de sesiones</b>	4	5

Resultados de la evaluación: información relevante obtenida

A continuación se exponen los datos más relevantes recopilados de cada sujeto a lo largo del proceso de evaluación pre-tratamiento por el psiquiatra y por el psicólogo clínico. En primer lugar, se presentan los resultados relativos a la evaluación diagnóstica en el caso del sujeto 1 y después los relativos al sujeto 2 con la evaluación funcional.

a) Resultados de la evaluación diagnóstica del sujeto 1

Los padres del sujeto 1 acuden a un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil por prescripción médica. Las principales quejas de los padres estaban referidas, por un lado, a la "impulsividad" del niño, expresada como una característica que mostraba desde siempre, cuya presencia se hacía más evidente cuando se le obligaba a hacer algo. Por otro lado, otro de los problemas mencionados por los padres era la negativa del niño, en el último mes, de acudir al colegio reaccionando con un tono de voz elevado, llorando y verbalizando "no quiero ir".

Como ejemplo de la impulsividad, la madre relata uno de los últimos episodios, en casa de los abuelos, donde su hijo lanzó un reloj de pulsera a la cara de la abuela. Aunque este hecho resultó ser algo esporádico, los padres lo interpretaron como una expresión de "rencor interiorizado por celos hacia la hermana".

Otro problema mencionado por la madre era que se negaba a tomar la comida. La reacción de la madre ante esta situación ha sido obligarlo a ingerir la comida, instigándolo reiteradas veces, pero los lloros y los intentos de vomitar por parte del niño han hecho que la madre acabe por darle la comida.

Asimismo, por la noche, cuando lo acostaban en su cama, se quejaba de dolor de barriga, lloraba, al tiempo que verbalizaba sentirse muy nervioso y con miedo, por el hecho de que sus padres pudieran morir. Al parecer, los padres describen que desde muy pequeño se ha mostrado muy "nervioso e inquieto" a la hora de irse a la cama, pero desde hace un mes los problemas de comportamiento descritos, se han agravado hasta el punto de que la madre tiene que permanecer en la habitación hasta que se duerme. Tal situación de dependencia ha repercutido en la pareja, con continuas discusiones entre ambos cónyuges, donde el padre reprocha y culpabiliza a la madre de que está haciendo de su hijo "un niño consentido".

Más allá de la negativa que muestra el niño a la hora de dormir, no muestra problemas de sueño, ya que una vez que concilia el sueño permanece en la habitación, que comparte con su hermana pequeña, toda la noche.

Los padres explican que su hijo, desde siempre, ha rivalizado con la hermana pequeña. Muestra de ello, según la madre, es que desde hace tiempo se queja de ser "el de en medio" y de ser el hijo al que sus padres no le prestan suficiente atención.

La información sobre la trayectoria escolar del niño indica que no ha mostrado problemas de adaptación escolar, ni a la guardería ni al colegio al que se incorporó a la edad de 3 años. Además, su rendimiento escolar ha sido siempre adecuado, no mostrando problemas de aprendizaje. No obstante, últimamente ha mostrado cambios de carácter -a juicio de la maestra- mostrándose más reticente a participar en determinadas actividades extraescolares.

Respecto a los datos evolutivos y a la historia más reciente del caso se puede destacar la siguiente información:

- El embarazo y el parto transcurrieron con normalidad.
- Durante un mes y medio estuvo tomando el pecho.
- Los padres no recuerdan la edad que tenía su hijo cuando comenzó a andar, aunque ambos recuerdan que fue pronto y que comenzó con mucha soltura.
- Comenzó a decir las primeras palabras a la edad de 2 años, momento en el que adquirió el control de esfínteres.
- El progreso en autonomía personal ha sido adecuado a la hora de vestirse, lavarse, ordenar su habitación, ducharse y comer de forma independiente, con la excepción de los episodios producidos respecto a este último aspecto en el último mes.
- Durante los dos primeros años se mostró muy inquieto respecto al sueño, llorando y despertándose continuamente. Tras consulta pediátrica se le prescribió varialgil, medicación que solucionó el problema. A los dos años pasó a la cama.
- Comenzó a ir a la guardería a los 18 meses, aunque al principio no se adaptó bien, ya que cada día lloraba al acudir a la misma. En cambio su ingreso en el colegio, a los tres años, no supuso ningún problema, se adaptó adecuadamente desde el primer momento y su rendimiento académico fue normal.
- En general, es un niño que se entretiene fácilmente y es capaz de estar jugando solo (construyendo puzzles o pintando). Asimismo, desde siempre le ha gustado participar en distintas actividades, de hecho forma parte de un equipo deportivo en el colegio desde hace un año. Sin embargo, hace algunas semanas se niega a asistir a los entrenamientos sin que se pueda explicar claramente el motivo.
- Por lo que respecta a la relación con sus amigos, se le describe como un niño muy sociable que tiene muchos amigos, aunque –según informa la madre- a todos los califica con algún defecto.

Finalmente, tras la aplicación de la entrevista diagnóstica estructurada (ChIPS) se establecieron los diagnósticos de trastorno negativista desafiante (TND) y el trastorno de ansiedad por separación (SEPANX).

#### b) Resultados de la evaluación funcional del sujeto 2

Los padres del sujeto 2 acuden a la Unidad de Investigación Clínica universitaria siguiendo la petición de una estudiante de Psicología. A través de la entrevista funcional con los padres se obtuvo información sobre el problema, sobre lo que entendían como el origen del mismo y sus características. Las principales quejas de los padres sobre su hijo se referían a los reiterados enfrentamientos para que el niño les obedeciera, su negativa a dormir sólo en su cama y las continuas discusiones y enfados (grita, eleva la voz...) cuando no consigue lo que quiere. Asimismo, la madre menciona que siempre negocia el “precio” de comportarse de forma adecuada (pe., le exige a la madre que le dé dinero por comportarse bien, por hacer las tareas escolares, etcétera). Por último, un aspecto que preocupa a los padres es el hecho de que continuamente le tienen que repetir lo que tiene que hacer en cada momento, tanto en relación a sus tareas escolares y aspectos de higiene personal (por ejemplo, peinarse, ducharse, etcétera) como a sus responsabilidades en casa (pe. ordenar sus juguetes, poner y quitar la mesa, etcétera.), al tiempo que esta actitud de desobediencia se había generalizado a otros contextos (por ejemplo, las reprimendas verbales de la madre no han supuesto que deje de correr en el supermercado cuando salen de compras).

Aunque los padres mencionan que desde pequeño el niño había mostrado un comportamiento negativista, sitúan el agravamiento del problema hace un año, coincidiendo con el cambio de colegio, que en principio no fue aceptado de buen grado por el niño. Tras comentar a la psicóloga del nuevo colegio los cambios de comportamiento se llevó a cabo en dicho centro una evaluación que, además de entrevistar al niño, supuso la aplicación de la Escala de Inteligencia de Wechsler-revisada (WISC-R, 1993), cuyos resultados fueron los siguientes: una puntuación en la escala verbal (CV=145), en la escala manipulativa (CM=144) y una puntuación total (CIT=145). A partir de esta información se estableció el dictamen diagnóstico en el que se sugirió a los padres que tuvieran paciencia porque el niño estaba pasando por un “periodo negativista propio de la edad”.

A partir de estos resultados, y como intento de mejorar la interacción familiar, la psicóloga del colegio diseñó una economía de fichas para llevarla a cabo en el contexto de casa, la cual tuvo una efectividad –a juicio de la madre- moderada. Es decir, a pesar de que el procedimiento produjo algunas mejoras en el comportamiento del niño (pe. bajar la basura a cambio de cierto dinero, etc.), sin embargo se generaron determinados problemas en relación a la ganancia de “fichas”. Uno de ellos fue que el niño intentaba establecer el “precio” sobre el cumplimiento de ciertas obligaciones o tareas, de lo contrario se negaba a realizar dichas tareas. Este hecho producía situaciones de conflicto entre la madre y el niño que terminaban cuando la madre, con tono amenazante, informaba al niño de que no recibiría ningún privilegio en esa semana, aspecto que casi nunca se llevaba a cabo.

Los intentos de la madre, para lograr que el niño obedeciera a sus peticiones, han sido utilizar la explicación o el razonamiento para convencerlo de cuáles son sus responsabilidades y por qué debe llevarlas a cabo. Esta secuencia se repite a lo largo del día en una variedad de episodios que la madre califica como “ya tenemos la guerra”. En la mayoría de las ocasiones comienzan largas discusiones que, hasta el momento de consulta, no han dado resultado. Asimismo, la madre suele repetir varias veces las sugerencias que desea que se realicen, sin que ello haya reportado un avance en la obediencia del niño.



En otras ocasiones, la madre ha utilizado la amenaza, como forma de controlar la negativa del niño a cumplir sus peticiones, diciéndole que perdería la paga semanal o que no recibiría ningún dinero por bajar la basura, etcétera. En general, este tipo de actuaciones sólo han propiciado cambios de comportamiento momentáneos, debido a que transcurridos unos días, bien dice haber olvidado las tareas que tenía asignadas (pe. traer la ropa del colegio, poner la mesa, etc.), bien se niega directamente a realizarlas. En este último caso, es la madre quien finalmente realiza las tareas que ha encomendado.

En las ocasiones en las que el niño no obedece, por ejemplo cuando llega del colegio y la madre le indica que se quite el abrigo y lo cuelgue, la madre describe el comportamiento de su hijo en los siguientes términos: “ muestra una actitud como si no se hubiera enterado de lo que le he dicho”, tras lo cual comienza a insistirle y finalmente le ayuda a desprenderse del abrigo.

Respecto a la rutina diaria, un día normal para JJ comienza a las 8:00 de la mañana, desayuna y se va al colegio, hasta las 18:00. De regreso a casa, suele tomar la merienda y descansar, tras lo cual realiza los deberes, aunque son pocos, en algunos necesita ayuda como es el caso de la tarea encomendada en la asignatura de matemáticas. Normalmente, es la madre quién le presta ayuda en los ejercicios de matemáticas, situación que desemboca en múltiples riñas cuando se niega a corregir una operación en la que se le indica que se ha equivocado.

Los fines de semana se levanta sobre las 9:30 y su tarea es la de ayudar en las tareas del hogar (pe. ordenar su habitación). Suele salir los domingos al parque con su familia y, en ocasiones, va a pescar con el padre, deporte que practica con mucho interés. En general, tanto las actividades en tiempo de ocio como las tareas encomendadas para casa son organizadas, exclusivamente, por la madre.

Un aspecto a resaltar de la relación familiar es que el niño continuamente se entromete en los temas de conversación de sus padres, hasta el punto de decidir qué se debe hacer ante una cuestión tratada en ese momento. Si bien la madre mantiene una actitud abierta y positiva ante el hecho de que su hijo se implique en los problemas de la familia, tiene dudas sobre el límite a marcar ante ciertos temas (por ejemplo, economía de la casa, organización del tiempo de los padres...).

Por otro lado, la relación que mantiene con el hermano es buena, al margen –en palabras de la madre- “de las disputas normales entre hermanos” producidas durante el juego, etcétera.

La adaptación escolar y el rendimiento académico es adecuado, aunque según la profesora, en ocasiones, requiere una atención individualizada, porque se levanta de su pupitre de forma reiterada para hablar con sus compañeros. Al margen de esta cuestión, en general, es un niño que colabora, respeta y se hace respetar por sus compañeros, prueba de ello es su elección como representante o delegado de su clase.

En lo que atañe a sus tendencias motivacionales, le gusta coleccionar “tazos”, dibujar viñetas, etc., aunque uno de sus juegos favoritos es jugar con la vídeo-consola.

En general, las creencias que mantiene la madre sobre las razones que explicarían el comportamiento problema del niño se refieren a tendencias o características de personalidad expresadas bajo calificativos como que “el niño es contestón”, “tiene un carácter muy fuerte”, “es un niño muy negativo”, etc.

Finalmente, la madre destaca que su hijo es muy cuidadoso con sus juguetes y, en general, es un niño muy sociable que siempre desea estar con sus padres.

#### Análisis del caso

El análisis del caso fue redactado por el psicólogo clínico de la investigación en los siguientes términos:

“A partir de los datos de evaluación resulta difícil determinar las condiciones en las que se han gestado los problemas que más preocupa a la madre. No obstante, la entrevista y la información obtenida del diario permiten establecer algunas relaciones que pueden explicar el mantenimiento actual de las conductas que más preocupan a los padres.

En primer lugar, no existe suficiente información para analizar en detalle hasta qué punto el cambio de colegio ha generado un estado motivacional negativo en el niño. El hecho de que en un principio no se mostrara contento con dicho cambio unido a su tendencia personal, conformada históricamente, de negarse a las cosas que le desagradan (aversivas) pudieron funcionar como un estado motivacional negativo (técnicamente “establecimiento de operaciones”). Asimismo, el juicio diagnóstico establecido por la psicóloga del centro de que el niño estaba pasando por un “periodo negativista propio de la edad” convirtió el problema en algo transitorio. Todo ello, unido al uso de un sistema de fichas en el que no se estableció claramente la relación entre la ganancia de privilegios por llevar a cabo ciertas tareas y la pérdida por su incumplimiento, incrementó la aparición de conductas de escape que formaban parte de su historia personal. Más aún, aunque se hubiese establecido claramente la relación ganancias y pérdidas, es posible que se procediera de forma poco sistemática a la hora de administrar contingencias de castigo. El problema de aplicar inadecuadamente un procedimiento complejo como es la economía de fichas, que hay que entenderlo como un sistema de elección y no como un sistema de control, hace que en ocasiones el niño intente negociar el precio de llevar a cabo ciertas conductas, lo que indica que se ha obviado una de las reglas básicas del sistema que es la elaboración conjunta, del coste de las actividades que el niño desea realizar y de la especificación de contingencias por incumplimiento de lo acordado. Además, la forma en la que se ha utilizado el procedimiento ha servido para que el niño plantee sus responsabilidades como un chantaje.

Por lo que respecta al comportamiento negativista del niño parece estar mantenido por reforzamiento negativo al evitar tareas o actividades desagradables como corregir problemas de matemáticas, ordenar la habitación, etcétera. Asimismo, dado que el hecho de negarse a cumplir las peticiones, era seguido por la atención de la madre en forma de explicaciones o razonamientos para su cumplimiento, se deduce que dicha conducta está mantenida por reforzamiento positivo.

Otras conductas presentadas como motivo de queja, como las continuas interrupciones del niño en las conversaciones de los padres, parecen estar mantenidas por reforzamiento positivo, causadas por la falta de indicadores claros que permitan al niño discriminar sobre el momento en el que sus padres están disponibles para atender sus necesidades y/o participar en los temas de conversación.

Además se muestra que el niño "parece olvidar" el hecho de que tiene que llevar a cabo ciertas tareas, como poner y quitar la mesa, traer el uniforme del colegio, etcétera. En este sentido, las condiciones naturales no han tomado control sobre la conducta del niño, debido a que la madre le hace recordar en todo momento lo que tiene que hacer. Además, en las ocasiones en las que ha actuado en la dirección de cumplir con sus obligaciones no se han implementado contingencias descriptivas reforzantes por su cumplimiento.

Otro aspecto importante de este caso es que la madre programa todas las actividades del día e incluso la de los fines de semana. En este sentido, el niño ha llegado a verbalizar que siempre tenía que hacer lo que la madre le dijera y que él no podía elegir nada, creando una situación en la que se delegan mínimas responsabilidades, se fortalece la dependencia hacia la madre y paradójicamente esta actitud finalmente se castiga.

Por último, la ausencia de rutinas diarias claras propicia que la madre tenga que recordar, mediante instrucciones, las tareas o actividades que el niño tiene que hacer en cada momento. Esta situación favorece que se refuercen conductas inadecuadas y se dis pongan oportunidades para no seguir dichas demandas o instrucciones.

Finalmente, las creencias de la madre sobre las conductas problema o sobre las tendencias personales del niño no ayudan a valorar el problema como una consecuencia de la interacción madre-niño, sino como una característica de personalidad propiamente dicha, difícil de modificar. Otra creencia errónea de la madre es que el niño debe hacer sus tareas: "porque es su obligación"; independientemente de lo que se valore, o no, dicho comportamiento. Es decir, mientras que el nivel de exigencia para que el niño haga las tareas y la atención prestada contingente a no hacerlas es alta, el reforzamiento por llevar a cabo las tareas, en contadas ocasiones, brilla por su ausencia.

Realizado el análisis funcional aproximativo<sup>4</sup>, la lógica de intervención se dirigiría a cambiar el tipo de interacciones madre-niño, modificando las consecuencias que mantienen las conductas problema, en concreto: propiciando en la madre una forma adecuada de instruir, organizando el tiempo y las tareas del niño en casa, delegando responsabilidades y otorgando privilegios sujetos a contingencias diferenciales, estableciendo modelos coherentes, tanto en su modo de plantear las contingencias como en la forma de llevarlas a cabo y cambiando las valoraciones de la madre en torno a las razones del comportamiento inadecuado y positivo del niño. Todo ello ajustado al contexto familiar donde el niño se desenvuelve, introduciendo cada cambio bajo el criterio de mínima intrusividad y máxima generalización.

## Tratamiento

### a) Tratamiento derivado de la evaluación diagnóstica

El programa aplicado al sujeto 1 se llevó a cabo, a juicio del clínico, en la Unidad de Salud Mental a una variedad de sujetos que presentaban un perfil psicopatológico similar (trastorno negativista desafiante) y cuyos resultados fueron positivos.

A continuación se describen los objetivos así como las tareas y procedimientos utilizados en cada sesión para la consecución de los mismos. Fundamentalmente, la intervención se llevó a cabo con los padres y con el niño, por separado, durante cuatro sesiones.

### 1ª Sesión

Desde el comienzo del tratamiento se solicita la colaboración de los padres. Asimismo se les proporciona información general sobre los resultados de la evaluación, estableciendo un pronóstico favorable y se les describe el formato de la intervención. Con ello se pretende desangustiar a los padres acerca del problema psicológico de su hijo. Además de las pautas y sugerencias indicadas a los padres, se les hace entrega de un documento para su lectura denominado Guía de Modificación de Conducta para padres (FEAPS, 2001). A su vez se plantea una reorganización del tiempo y de las responsabilidades sobre las tareas de casa, de modo que cada miembro de la familia se sienta participe

---

<sup>4</sup> El análisis funcional realizado permite plantear una serie de hipótesis que se suponen responsables del mantenimiento de los problemas psicológicos consultados. Por ello, el tratamiento diseñado constituirá una forma de contrastar empíricamente las hipótesis funcionales formuladas.

de las distintas rutinas del hogar. Finalmente, a fin de normalizar el sueño y la dieta de su hijo se prescribe antianorex (triple) en una dosis de 15 mg, una vez al día, antes de acostarse.

La sesión inicial de intervención llevada a cabo con el niño se centra en dos objetivos fundamentales. Desde los primeros momentos de la intervención los esfuerzos se centraron en el establecimiento de una adecuada alianza terapéutica a fin de facilitar la relación entre el clínico y el paciente. El segundo objetivo se centró en enseñar al niño habilidades para afrontar situaciones de conflicto familiar. Para alcanzar estos objetivos, en primer lugar, se preguntó al niño sobre los motivos, que a su juicio, justificarían su presencia en la consulta. A continuación se le proporcionó información, a nivel general, sobre los resultados obtenidos en la evaluación. En todo momento se enfatizó la importancia de su colaboración para resolver los problemas de comportamiento detectados. Finalmente, se inició el entrenamiento para el control de los impulsos utilizando el programa autoinstruccional abreviado de Meichenbaum (1987).

#### 2ª Sesión y 3ª sesión

Durante la sesión llevada a cabo con los padres se contemplaron diversos objetivos: a) se ayuda a identificar y discutir dudas acerca de la lectura de la guía y su puesta en funcionamiento; b) se solicita información sobre los problemas acaecidos durante la última semana; c) se facilita la discriminación de situaciones conflictivas de las no conflictivas; y d) se sugiere la continua normalización del sueño y la dieta de su hijo.

Las tareas y procedimientos utilizados para alcanzar los objetivos anteriores en esta sesión se resumen en los siguientes:

- Se revisan los problemas acaecidos desde la última semana
- Se revisa la organización y el cumplimiento de las tareas programadas dentro y fuera del hogar
- Se explican las dudas sobre distintos aspectos leídos en la guía y sobre su aplicación
- Se explica a los padres que la atención se debe dirigir a las situaciones no conflictivas
- Se sugiere mantener la medicación, prescrita en la sesión anterior, una semana más y proceder a su retirada a la siguiente semana.

Respecto a la sesión llevada a cabo con el niño se determinaron los siguientes objetivos: a) mantener la alianza terapéutica; b) valorar los problemas acaecidos en la última semana; c) afianzar las habilidades aprendidas; y d) crear nuevas habilidades de afrontamiento para mejorar la relación familiar.

A fin de cumplir con los objetivos anteriores se llevaron a cabo las siguientes tareas:

- Se pregunta sobre las actividades realizadas en las últimas semanas y se valoran las dificultades encontradas.
- Se continúa con el programa autoinstruccional abreviado para el control de los impulsos de Meichenbaum (1987).

#### 4ª Sesión

La última sesión se llevó exclusivamente con los padres. Tras revisar la consecución de los objetivos definidos en las sesiones anteriores se estableció, por mutuo acuerdo, la finalización de la intervención.

#### b) Tratamiento derivado de la evaluación funcional

El tratamiento aplicado al sujeto 2 fue diseñado de acuerdo con los resultados obtenidos de la evaluación funcional. Se decidió que el tratamiento se llevaría a cabo exclusivamente con la madre. De igual modo, se determinaron las estrategias de intervención y el orden de aplicación en cada momento del proceso, para lo cual el clínico que dirigía la sesión tenía que basarse en la información recabada durante el proceso de evaluación-intervención de cada sesión.

#### 1ª y 2ª sesión

Para las dos primeras sesiones se establecieron los siguientes objetivos: a) delimitar y describir los objetivos de intervención; b) potenciar el papel activo de la madre y desdramatizar algunos de los problemas psicológicos consultados; c) establecer un pronóstico ajustado a las características del caso; d) comprender que muchos comportamientos son aprendidos; e) focalizar la atención en los comportamientos positivos del niño; f) analizar funcionalmente los comportamientos inadecuados; y g) reorganizar el tiempo y las tareas dentro y fuera del hogar.

Para alcanzar los objetivos anteriores se utilizaron diversos procedimientos y se sugirieron algunas tareas:

- Se proporcionó información general sobre los resultados de la evaluación: naturaleza, curso, pronóstico y posible etiología de origen y mantenimiento del problema.
- Se solicitó la colaboración activa de la madre y se analizaron sus creencias sobre la naturaleza del comportamiento inadecuado de su hijo.

- Se animó a la madre para que proporcionara soluciones alternativas a los problemas evaluados y sobre cómo se podrían implementar en su contexto natural (semi-moldeamiento verbal).
- Se establecieron pautas de cómo reforzar (contingencias sociales descriptivas, atención, contacto físico,...) así como las condiciones a evitar con el reforzamiento positivo como críticas, ordenes, etcétera.
- Se utilizaron las analogías “el niño es un diamante” y “la antena de radar” (ver anexo 1).
- Se recomendó una tarea para casa consistente en anotar en un diario los aspectos positivos del comportamiento del niño, así como describir la secuencia de una situación de conflicto desde su aparición hasta su finalización.

### 3ª y 4ª sesión

En estas sesiones se establecieron los siguientes objetivos: a) analizar eventos disposicionales (condiciones antecedentes y contexto) relacionados con el comportamiento problema; b) establecer contratos de contingencias adecuados; c) instruir de forma apropiada (sistemática y persistente) ; d) analizar el estilo educativo de los padres; e) analizar el efecto de contraste de los problemas tratados en un solo contexto; y f) valorar el sistema de apoyo social de los padres.

A fin de alcanzar los objetivos planteados anteriormente se procedió de la siguiente forma:

- Se revisaron las tareas de las sesiones anteriores, las dificultades y los progresos durante su puesta en práctica.
- Se valoraron las actividades y el tiempo dedicado a ellas.
- Se ensayó sobre cómo ignorar un comportamiento
- Se utilizaron las analogías de “la máquina expendedora de refrescos” y “la llama que se acerca al gas” (ver anexo 1).
- Se establecieron discriminaciones claras sobre la ganancia y pérdida de privilegios.
- Se indicó que las instrucciones fueran: claras y específicas, que no entrasen en contradicción con otras peticiones o tareas reforzantes que el niño estuviera llevando a cabo en ese momento, en un número reducido, breves, cercanas al niño, no acompañadas de contacto físico (al menos en un primer momento), en positivo, dispensadas como sugerencias más que como obligación y dando tiempo para que el niño pudiera responder.
- Se analizó el estilo educativo de los padres (sistematicidad y persistencia en la administración de los castigos y refuerzos, coherencia en el establecimiento de reglas o normas ajustadas a la edad, dentro y fuera de casa).
- Se recomendó que se anotase en el diario los aspectos positivos del comportamiento del niño, describiendo cómo se origina, se desarrolla y finaliza un episodio inadecuado.

### 5ª sesión

En esta sesión se contemplaron los siguientes objetivos: a) evaluar los progresos alcanzados; b) valorar el problema de las recaídas y c) valorar de forma conjunta la finalización de la terapia.

Para proceder a la finalización de la terapia se contemplaron los siguientes puntos:

- Se revisaron las dificultades de las tareas para casa y se discutieron sus posibles soluciones.
- Se analizaron los procedimientos utilizados y el efecto producido.
- Se dio por concluida la intervención programando los seguimientos y la forma en la que se llevarían a cabo.

Resultados de la intervención: valoración del tratamiento

En primer lugar se van a presentar los resultados del tratamiento, respecto a los objetivos de intervención llevados a cabo en ambos sujetos. A continuación se exponen los datos obtenidos del sujeto 1.

En la tabla 3 se reflejan los objetivos de intervención seleccionados para el sujeto 1, así como la evolución de los mismos a lo largo de las sesiones de tratamiento, en el postratamiento y en el seguimiento. Tales variaciones se obtuvieron a partir del informe verbal de los padres y de su hijo.

Hay que señalar que el hecho de negarse a ir al colegio, el comer de forma independiente y el comportamiento de “enfadarse sin motivo aparente” sólo aparecieron en la primera sesión de intervención. Otros comportamientos fueron desapareciendo a lo largo de las sesiones, tales como el hecho de negarse a dormir en su habitación y tomar el desayuno.

Asimismo se destaca que desde la tercera sesión el psiquiatra eliminó la medicación prescrita, con un diagnóstico de clara mejoría. Una semana después de finalizar el tratamiento, se mantienen el

67% de los logros alcanzados y el 33% de las conductas problema se producen sólo en ocasiones. A los seis meses de seguimiento se mantienen estos resultados.

En la tabla 4 se refleja la evolución de los objetivos de mayor relevancia en la intervención llevada a cabo con el sujeto 2 y se señalan los cambios entre sesiones. Tales variaciones fueron recabadas como información, verbal y escrita, que la madre aportaba en cada sesión.

Tabla 3 Evolución de los comportamientos objetivos a través de sesiones señalando su ocurrencia (+), su no ocurrencia (-) y su ocurrencia en ocasiones (+/-).

OBJETIVOS DEL SUJETO 1	Eval. Inic.	1ª ses.	2ª ses.	3ª ses.	4ª ses.	Postrat.	Seg. 3 meses	Seg. 6 meses
Se niega a ir al colegio (se queja de dolor de estómago...)	+	+	-	+/-	-	-	-	-
Se niega acostarse por las noches	+	+	+	+	+/-	+/-	+/-	+/-
Verbaliza tener miedo de perder a sus padres	+	+	+	-	-	-	-	-
Se niega a comer solo al mediodía	+	+	-	+	-	-	-	-
Se niega a tomar el desayuno	+	+	+	+/-	-	-	-	-
Se enfada repetidas veces sin motivo aparente (llora, grita, responde...)	+	+	-	-	-	+/-	-	-
Se muestra retraído ante personas extrañas	+	+	+	+/-	+/-	-	+/-	+/-
Presenta dificultades a la hora de vestirse solo	+	+	+/-	-	-	+/-	-	-
Se niega a realizar actividades fuera de casa (baile, jugar en el parque,...)	+	+	+	+/-	-	-	-	-
Medicación	+	+	+	-	-	-	-	-

Tabla 4. Evolución de los comportamientos objetivos a través de sesiones señalando su ocurrencia (+), su no ocurrencia (-) y su ocurrencia en ocasiones (+/-).

OBJETIVOS DEL SUJETO 2	Eval. Inic.	1ª Ses.	2ª Ses.	3ª Ses.	4ª Ses.	5ª Ses.	Postrat.	Seg. 3 meses	Seg. 6 meses
Se niega a dormir en su cama, a ducharse, a hacer tareas en casa...	+	+/-	+/-	+/-	-	-	-	-	-
Se niega a peinarse	+	+	+	+/-	-	-	-	-	-
Se enfada sin motivo aparente	+	+	+	+	-	-	-	-	-
Se niega a comer sentado	+	-	+/-	-	-	-	-	-	-
Se enfada ante las correcciones de su madre en tareas académicas	+	+	+	+	+/-	+/-	+/-	-	-
Se niega a traer la ropa del colegio	+	+	+	+	-	-	-	-	-
Se niega a hacer los deberes solo	+	-	-	-	+/-	+/-	-	-	-
Interrumpe a los padres en la conversación	+	?	+/-	+/-	-	-	-	-	-
Corre en situaciones inapropiadas (exposición, supermercado,...)	+	?	?	-	-	-	-	-	-

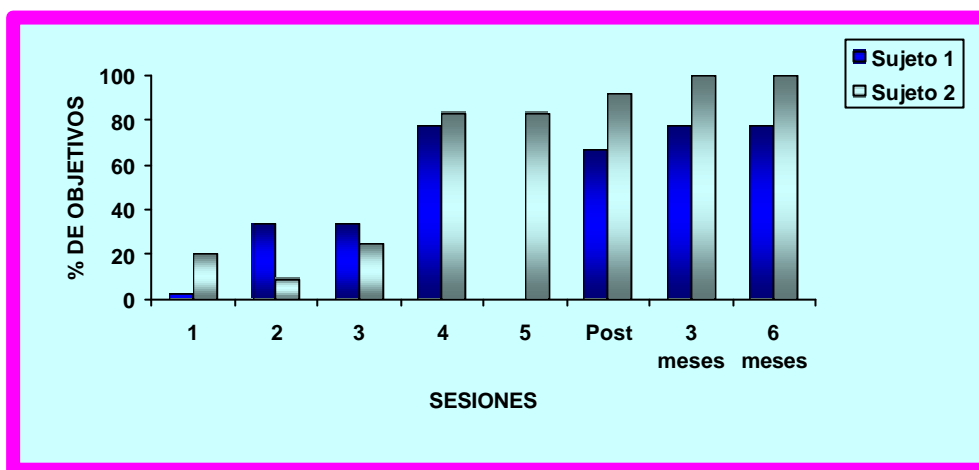
Debe señalarse que desde el comienzo de la intervención se han producido algunos cambios favorables en el comportamiento del niño. Dos de los objetivos terapéuticos como el hecho de negarse a comer sentado y de hacer los deberes cambiaron desde la primera sesión manteniéndose con algunas variaciones durante el tratamiento y el postratamiento. Otros cuatro objetivos (dormir solo, ducharse, colaborar en tareas de casa y ordenar la cartera), también tras la primera sesión, experimentaron cambios positivos al aparecer en ocasiones.

En general, se puede señalar que cinco semanas después de iniciada la intervención, la madre informó de una mejoría considerable en los objetivos de intervención seleccionados. Una semana más tarde, se mantenían los logros alcanzados, aunque las protestas del niño continuaban en algunos de ellos como a la hora de poner la mesa, de peinarse y en ocasiones en el tema de los deberes. No obstante, la valoración final de la madre era positiva indicando que “el niño ha experimentado un gran cambio en su forma de ser”.

En el seguimiento, llevado a cabo a los tres y seis meses, muestra que no se había producido ningún retroceso en los comportamientos tratados y se había logrado la consecución de todos.

En la figura 1 se ha representado gráficamente la evolución de ambos sujetos en el porcentaje de objetivos alcanzados durante las sesiones de intervención, en la fase de postratamiento y en los seguimientos.

Figura 1. Porcentaje de objetivos alcanzados, por el sujeto 1 y 2, a lo largo de las sesiones de tratamiento, en la fase de postratamiento y en los seguimientos efectuados a los 3 y 6 meses.



Respecto a los conocimientos terapéuticos, las tablas 5 y 6 muestran el número y porcentaje de respuestas correctas obtenidas en cada uno de los factores medidos en el cuestionario de conocimientos terapéuticos respecto a los sujetos 1 y 2, respectivamente.

Tabla 5. Número y porcentaje de respuestas correctas, total y por factores, a partir del cuestionario de conocimientos terapéuticos aplicado a los padres del sujeto 1.

Factores	Pretrat.	Postrat	Seg. (3 meses)	Seg. (6 meses)
<b>Factor 1</b>	1 (12,5%)	2 (25%)	2 (25%)	2 (25%)
<b>Factor 2</b>	4 (80%)	4 (80%)	4 (80%)	4 (80%)
<b>Factor 3</b>	1 (16,62%)	2 (33,33%)	2 (33,33%)	2 (33,33%)
<b>Factor 4</b>	2 (66,67%)	2 (66,67%)	2 (66,67%)	2 (66,67%)
<b>Total</b>	8 (36,36%)	10 (45,45%)	10 (45,45%)	10 (45,45%)



Tabla 6. Número y porcentaje de respuestas correctas, total y por factores, a partir del cuestionario de conocimientos terapéuticos aplicado a los padres del sujeto 2.

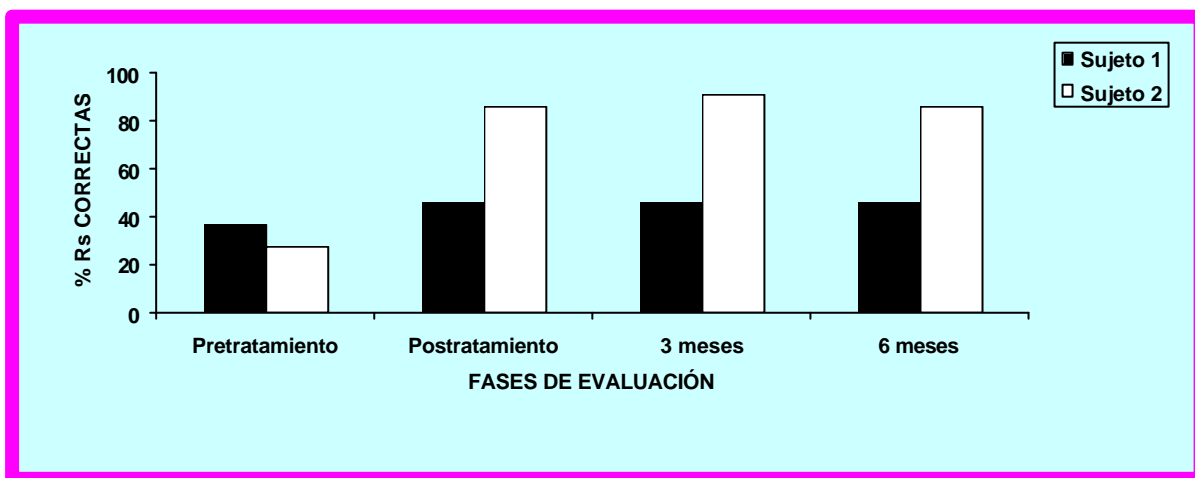
<b>Factores</b>	<b>Pretrat.</b>	<b>Postrat.</b>	<b>Seg. (3 meses)</b>	<b>Seg. (6 meses)</b>
<b>Factor 1</b>	1 (12,5%)	8 (100%)	8 (100%)	8 (100%)
<b>Factor 2</b>	2 (40%)	5 (100%)	5 (100%)	4 (80%)
<b>Factor 3</b>	3 (50%)	5 (83,3%)	5 (83,3%)	5 (83,3%)
<b>Factor 4</b>	0	1 (33,33%)	2 (66,67%)	2 (66,67%)
<b>Total</b>	6 (27,3%)	19 (86,4%)	20 (91%)	19 (86,4%)

Los factores que han experimentado un leve cambio, respecto al sujeto 1 representados en la tabla 5, han sido el factor 1 y el factor 3, relativos a: “explicaciones basadas en el aprendizaje” y “efectividad del refuerzo”, respectivamente. Dichos cambios se han mantenido a lo largo de los seguimientos.

Respecto al sujeto 2 (tabla 6), todos los factores han experimentado un incremento considerable tras la intervención, que se refleja claramente en la puntuación total del cuestionario, pasando de 6 respuestas correctas en el pretratamiento a 19 en el postratamiento, manteniéndose estos resultados en la evaluación del seguimiento, tanto a los tres como a los seis meses.

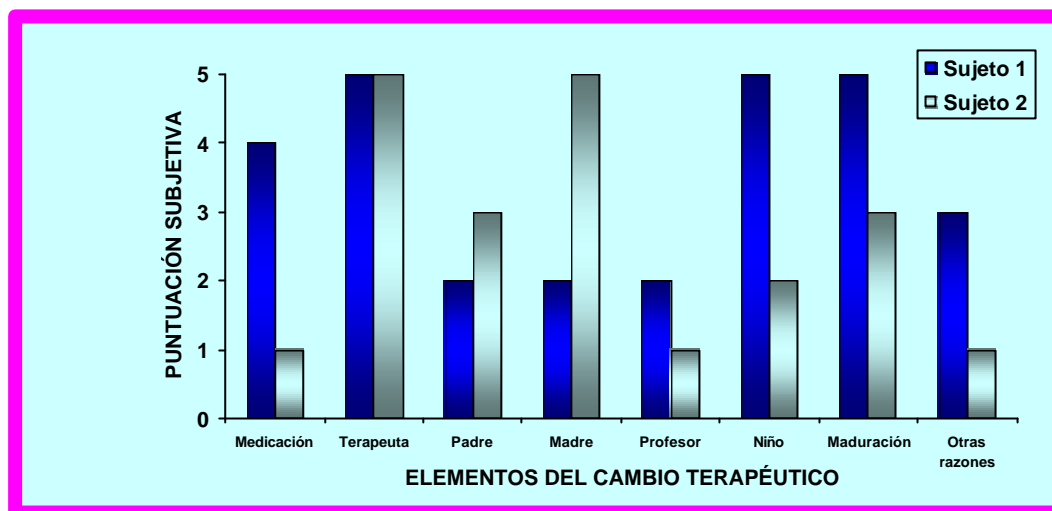
La figura 2 representa gráficamente la evolución experimentada en el porcentaje de respuestas correctas en el cuestionario de conocimientos terapéuticos en ambos sujetos.

Figura 2. Porcentaje de respuestas correctas obtenidas, por el sujeto 1 y 2, en el cuestionario de conocimientos terapéuticos a lo largo de las distintas fases de evaluación.



Finalmente, la valoración subjetiva, realizada en cada uno de los casos por la madre, sobre los diferentes elementos responsables del cambio terapéutico queda representada en la figura 3. La relevancia de cada una de las categorías establecidas se ha medido en una escala de cinco puntos, donde la puntuación de uno indicaría que el elemento valorado no ha sido en absoluto responsable del cambio y cinco significaría que el elemento ha sido fundamental en el cambio terapéutico.

Figura 3. Valoración –a juicio de la madre- de los elementos responsables del cambio terapéutico.



Respecto al sujeto 1, la madre valoró la actuación del terapeuta, al propio niño y los aspectos madurativos como los elementos esenciales responsables del cambio terapéutico, otorgándoles una puntuación en la escala de cinco. En cambio, el papel que el padre, el profesor y ella misma habían tenido en la mejora de las objetivos terapéuticos fue valorada con una puntuación de dos.

Es de destacar que la puntuación dada a la medicación ha sido de cuatro, bastante alta si tenemos en cuenta que la misma fue retirada por el psiquiatra a partir de la segunda sesión.

Por último, se ha otorgado una puntuación moderada a la categoría de "otras razones", donde la madre se ha referido a la época del año, como uno de los factores relacionados con el cambio, en los siguientes términos: "las vacaciones de Navidad han favorecido que el niño se relaje más".

Asimismo, como se puede observar en la figura 3, tras la finalización de la intervención del caso 2, la madre otorgó una puntuación de cinco: a la actuación del terapeuta y a su propia actuación como resultado del aprendizaje adquirido en el manejo de la conducta inadecuada de su hijo. Es de destacar que la madre da una puntuación moderada a la categoría maduración y baja a las categorías: propio niño, medicación, profesor y otras razones.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El principal objetivo de este estudio, llevado a cabo con dos sujetos, era mostrar la utilidad o validez de tratamiento de dos modalidades de evaluación-intervención de problemas del comportamiento infantil. Con el fin de constatar la potencial diferencia de ambas modalidades, se han seleccionado una serie de indicadores (número de objetivos terapéuticos alcanzados, nivel de conocimientos terapéuticos adquiridos, por parte de los padres, y valoración de los elementos o factores responsables del cambio terapéutico) medidos a lo largo de las distintas fases del estudio. Para ello, se ha utilizado una modalidad de entrenamiento de padres basada en la consulta individual (Gordon y Davidson, 1981), seleccionando de este modo una de las orientaciones metodológicas más utilizadas, al menos en población española, en la evaluación-tratamiento de problemas psicológicos infantiles como es el estudio de caso (Olivares y García López, 1997), que es considerada una estrategia potente para detectar los componentes o procedimientos eficaces de un determinado tratamiento.

A la luz de los resultados obtenidos, parecen cumplirse, claramente, dos de las tres hipótesis formuladas.

A nivel general, el análisis de las intervenciones efectuadas muestra que ambas han sido efectivas en las medidas llevadas a cabo en la fase de postratamiento y en los seguimientos, aunque cabe mencionar que con ciertas diferencias. En concreto, el porcentaje de objetivos alcanzados en el postratamiento y en los seguimientos ha variado levemente en cada modalidad de evaluación. Mientras que en la modalidad de evaluación funcional se ha alcanzado el 100% de los objetivos de intervención seleccionados, en la modalidad de evaluación diagnóstica se ha cubierto el 67% de los objetivos, aunque el 33% restante – según el informe de la madre- se produce de forma ocasional y con una intensidad baja.

Asimismo, hay que destacar que, desde la primera sesión de intervención, en la modalidad de evaluación funcional, se producen cambios en los objetivos terapéuticos (véase tabla 4) que prácticamente se mantienen a lo largo de dichas sesiones y en los seguimientos. Por el contrario, en la modalidad de evaluación diagnóstica no se experimentan cambios hasta la segunda sesión (véase tabla 3).

Por lo que respecta al nivel de conocimientos terapéuticos adquiridos por los padres –concretamente por la madre- como consecuencia de la intervención, existen diferencias entre los datos obtenidos en cada modalidad de evaluación. En este sentido, en la fase de pretratamiento existen diferencias en el

número de respuestas correctas en tres de los cuatro factores (véanse tablas 5 y 6 y figura 2), donde el porcentaje total de respuestas correctas es mayor en la modalidad de evaluación diagnóstica frente a la de evaluación funcional, 36,36% y 27,3%, respectivamente. Sin embargo, se invierten los resultados en la fase de postratamiento, en la que se observa un incremento moderado en el porcentaje total de aciertos en la modalidad de evaluación diagnóstica respecto de la evaluación funcional, 45,45% y 91%, respectivamente. Concretamente, en la modalidad de evaluación diagnóstica dentro de la fase de postratamiento, se produce un incremento moderado en el número de aciertos en dos factores: en el factor 1 (explicaciones basadas en el aprendizaje) y en el factor 3 (necesidad de refuerzo). En cambio, en la modalidad de evaluación funcional, se experimentan incrementos en los cuatro factores del cuestionario, aunque es en el factor 1, donde se aprecia el cambio más notorio, pasando de un 12,5% de respuestas correctas en la fase de pretratamiento al 100% en el postratamiento, manteniéndose este resultado en los seguimientos efectuados a los tres y seis meses.

Aunque resulta difícil comparar los resultados de este estudio, dadas las diferencias en los objetivos y en la metodología empleada, con otros que han utilizado el cuestionario de conocimientos terapéuticos para medir la eficacia de la intervención, cabe mencionar que independientemente de la intervención llevada a cabo, se producen incrementos en el porcentaje de respuestas correctas del cuestionario al final de la misma (Del Pino y Gaos, 1997). Por ejemplo, el estudio realizado por Olivares et al. (1993), donde uno de los objetivos era averiguar si existían diferencias entre un mismo programa de entrenamiento a padres monitorizado por clínicos con distinta experiencia, muestra la efectividad del programa en el postratamiento. En concreto, tras el análisis pormenorizado de los resultados en cada grupo de tratamiento se constató un mayor cambio en el porcentaje de aciertos en los ítems del cuestionario en la condición donde los terapeutas acreditaban mayor experiencia clínica. Es decir, la experiencia del terapeuta influyó notoriamente en la eficacia de la intervención, corroborando de este modo, los datos obtenidos en otros estudios (Patterson, 1976; Fleissman, 1982).

En nuestro caso, la experiencia del clínico que lleva a cabo la intervención basada en la evaluación diagnóstica es mayor que la del terapeuta que dirige la evaluación-intervención funcional, aspecto que puede indicar que las diferencias en el nivel de conocimientos terapéuticos adquiridos se deban a la evaluación-intervención particular de cada caso. Más aún, el porcentaje de conocimientos terapéuticos medidos en el pretratamiento es mayor en el sujeto perteneciente a la modalidad de evaluación diagnóstica. Sin embargo, en la fase de postratamiento y en los seguimientos este resultado se invierte, por lo que resulta una prueba más de que el cambio experimentado sea producto de los componentes particulares de la intervención que, en el caso de la modalidad funcional, se ha centrado en enseñar a la madre qué hacer y cómo actuar.

El tercer indicador utilizado en este estudio pretendía valorar la relevancia de diferentes categorías o elementos implicados en la intervención como responsables del cambio terapéutico. Los resultados alcanzados muestran diferencias entre ambas modalidades de evaluación-intervención (véase figura 3.). Hay que destacar que dentro de la evaluación diagnóstica, los elementos valorados como esenciales en el cambio terapéutico han recibido una puntuación –teniendo en cuenta el juicio de la madre- entorno a cinco y han sido los siguientes: la medicación, la actuación del terapeuta, el propio niño y la maduración. En cambio, las categorías como el papel representado por el padre, la influencia de otras personas o la categoría de otras razones han sido calificadas en la escala con una puntuación de dos. Por otro lado, los elementos valorados como esenciales, en la modalidad de evaluación-intervención funcional, han sido: la actuación del terapeuta y de la madre, con una puntuación de cinco; en segundo lugar, el papel del padre, la maduración y el propio niño, con una puntuación de dos, y finalmente, se ha otorgado una puntuación de uno a las tres categorías restantes: el profesor, la medicación y otras razones.

En la intervención psicológica llevada a cabo desde un marco conductual-funcional se presta un especial interés en que al final de la misma: los padres actúen de forma independiente y sean capaces de generar soluciones prácticas en las múltiples condiciones en las que el niño se comporte de forma inapropiada. En este sentido, ha sido un objetivo prioritario enseñar a los padres a analizar funcionalmente sus propias actuaciones (y reacciones) y los comportamientos de su hijo, ya que esto les permitiría adoptar, en un futuro, las estrategias y habilidades aprendidas para solucionar los posibles problemas de interacción familiar (Marinho y Silveiras, 2000). Esta puede ser una de las interpretaciones a los resultados obtenidos en relación a la valoración de los elementos esenciales del cambio terapéutico. Es decir, es posible que la modalidad de evaluación diagnóstica, al margen de los componentes de tratamiento introducidos, genere en el paciente una actitud de dependencia hacia el profesional, además de atribuir el cambio experimentado en el comportamiento problema del niño a factores o elementos que están “fuera de su control”. Este resultado podría ser entendido como un efecto iatrogénico más que se añadiría a los atribuidos a la evaluación-intervención diagnóstica (Eikeseth y Lovaas, 1992; Gómez, 1999; Gómez, Zaldívar y Molina, 2000).

Por el contrario, en la modalidad de evaluación funcional son las habilidades y conocimientos adquiridos por la madre y la propia terapia, los elementos esenciales –a juicio de la madre- responsables del cambio terapéutico.

Un aspecto relacionado con el hecho de que los padres discriminen las condiciones funcionales de las situaciones de conflicto tiene que ver con la forma en la que el terapeuta dirige la terapia. Es posible que cuando se utiliza un tratamiento con componentes estandarizados se tienda a instruir más a los padres sobre cómo deben comportarse en relación a las diversas situaciones de conflicto. Por el contrario, desde una evaluación-intervención funcional se presta especial atención a semi-moldear (guiar

o encaminar) (Luciano, Gómez y Valdivia, 2002) mediante sugerencias, ejemplificaciones (uso de analogías), sin indicaciones directas, etcétera. las descripciones de los padres respecto al problema y a las pautas a realizar como componentes del tratamiento. Esta forma de proceder proporciona a los padres cierta autonomía y control, donde el cambio experimentado más inmediato es que comienzan a percibirse como padres más eficientes, con más capacidad para manejar las situaciones de conflicto familiar, que indudablemente repercute a largo plazo incrementando su confianza y ayudándoles a generar explicaciones que describen el comportamiento (adecuado/inadecuado) del niño no como una característica de personalidad (por ejemplo: "es un niño contestón") sino como producto de interacciones de aprendizaje.

A pesar de que estos resultados muestran diferencias, aún siendo consideradas clínicamente significativas entre ambas modalidades de evaluación-intervención, no permiten establecer conclusiones definitivas que puedan generalizarse a otros casos. En primer lugar, la ausencia de sujetos control y el reducido número de casos clínicos presentados en cada modalidad terapéutica, resulta un problema de cara a aseverar que los cambios medidos en los indicadores elegidos se deban a la aplicación de las intervenciones. No obstante, el hecho de tratarse de un estudio clínico riguroso, las amenazas a la validez interna por la imposibilidad de aplicar un control experimental estricto, redundan en el logro de una intervención más natural que sugiere una mayor validez externa.

En segundo lugar, si bien es cierto que se ha intentado equiparar algunas de las características psicológicas de los casos (edad, diagnóstico principal, interferencia del trastorno en otros contextos, etcétera), lo cierto es que no se ha conseguido en su totalidad, como tampoco se ha igualado la experiencia acreditada de cada especialista ni el número y duración de las sesiones. En cualquier caso, siempre quedaría por averiguar qué datos se habrían alcanzado si cada caso se hubiera tratado con el procedimiento utilizado en el otro caso, aunque como han resaltado numerosos autores, sobre la replicabilidad del proceso de evaluación-intervención, es más un ideal metodológico que una realidad pragmática (Hayes y Follette, 1992; Rubio, 1989; Zaldívar, 1999).

Asimismo, hay que mencionar que no se puede atribuir que el cambio en el porcentaje de aciertos, medido a partir del cuestionario de conocimientos terapéuticos, se deba, de forma exclusiva, a la evaluación-intervención realizada en cada caso. No obstante, hay que señalar que los terapeutas desconocían las preguntas del cuestionario, lo que apoya que sea el propio tratamiento una de las variables relevantes que ha influido en el incremento del nivel de conocimientos terapéuticos al final de la intervención y en los seguimientos efectuados.

Respecto a la validación social o juicio sobre la importancia clínica del tratamiento (Martin y Pear, 1998), se puede señalar que no ha sido contemplada de forma global. Aunque se han tenido en cuenta los objetivos terapéuticos en ambas modalidades de evaluación, de acuerdo a los comportamientos aceptados socialmente sin olvidar la idiosincrasia de cada familia, no se han valorado, ni los procedimientos utilizados en la terapia, ni la mejoría producida a través de contextos y de personas. En cualquier caso, hay que indicar que el estudio muestra cierta coherencia, ya que los criterios utilizados para determinar los problemas psicológicos u objetivos de intervención han sido aplicados para estimar el cambio o la mejora de los mismos (Baer, 1985). Esta cuestión nos conduce al debate existente sobre qué criterios se han de utilizar para comprobar si un tratamiento ha conseguido sus objetivos. En este sentido, los criterios usados para determinar el efecto del tratamiento van desde los informes conjuntos del clínico, padres y el propio niño hasta la valoración del nivel de funcionamiento en relación al ajuste social y la ejecución académica (Kovacs y Lohr, 1995).

Por lo que respecta a la variable maduración, como posible amenaza a la validez interna, entendida como cambios en el repertorio de los sujetos durante el periodo en el que transcurre el estudio, y que pueden afectar al mismo, hay que indicar que la evaluación-intervención llevada a cabo en ambas modalidades ha tenido lugar en un periodo de dos meses, por lo que la importancia de tal variable es relativa.

Otra de las posibles amenazas a la validez de los datos recogidos se refiere a las expectativas del investigador y al tratamiento utilizado. Respecto a la primera cuestión hay que decir que, en nuestro caso, representa una amenaza relativa dado que los clínicos desconocían los objetivos del estudio. Por lo que respecta al tratamiento "estándar" realizado a partir de la evaluación diagnóstica, es posible que no fuese tan estándar, ya que dicho formato no se había definido previamente.

Por último, el periodo de tiempo establecido en cada seguimiento impide que se pueda valorar la efectividad del tratamiento a más largo plazo.

En cualquier caso, creemos que este estudio debe entenderse como un ejemplo más, en el trabajo con padres, en el que se presenta una forma alternativa a una aproximación terapéutica centrada en el diagnóstico formal. Dicha alternativa, al menos en el caso que nos ha ocupado, parece mostrar cierta ventaja a la luz de los resultados obtenidos, incluso teniendo en cuenta el hecho de que los terapeutas seleccionados en este trabajo compartían dos asunciones prácticas básicas. En primer lugar, ambos clínicos asumen el hecho de trabajar con los padres, pues son estos quienes deben experimentar un cambio en primer lugar (Graziano y Diamant, 1992) - respecto a la adquisición de recursos educativos para mejorar la interacción con su hijo (Webster-Stratton y Herbert, 1993)- aunque finalmente, el cambio debe repercutir positivamente en la mejora de los objetivos de intervención seleccionados. En segundo lugar, los dos clínicos estaban de acuerdo en conseguir que los efectos de la intervención se extendieran más allá de la reducción o eliminación de las conductas problema concretas que motivaron la asistencia a consulta (Berkowitz y Graciano, 1972; Serketich y Dumæs, 1996; Del Pino y Gaos, 1997). Estos dos

aspectos de carácter práctico proporcionan una prueba más de que los efectos diferenciales en cada modalidad sean explicados por la propia evaluación-intervención llevada a cabo en cada caso.

Un aspecto diferenciador entre las dos modalidades de tratamiento presentadas en este trabajo ha sido el determinar qué personas se incluían en la terapia. Si bien en el caso de la evaluación-tratamiento diagnóstica la intervención se ha realizado tanto con los padres como con el niño, en la modalidad de intervención funcional sólo se ha contado con la participación de la madre, prescindiendo de la presencia directa del niño (Olivares y García López, 1997; Luciano y Gómez, 1998; Wester-Stratton y Herbert, 1993; McMahon, 1991; entre otros). Indudablemente esta forma de actuar se ha hecho teniendo en cuenta, tanto las consideraciones éticas y legales sobre los derechos del niño, como científicas, en el sentido de seleccionar una intervención mínimamente intrusiva y que cause los mínimos efectos negativos en el mismo. De este modo, la implicación de la madre como co-terapeuta, discutiendo sus criterios de actuación, sus valores y creencias a lo largo del tratamiento, ha resultado esencial. Todo ello ha repercutido positivamente a la hora de extender los conocimientos y habilidades adquiridas en la sesión terapéutica al contexto natural, no sólo para resolver los problemas de relación con el niño, sino para mantener los cambios experimentados a lo largo del tiempo. En concreto, la línea de evaluación-intervención funcional diseñada para este caso encaja con la utilizada en otros trabajos (Gómez, 1995; Luciano y Herruzo, 1993; Molina y Molina Cobos, 2000; Molina, Luciano, Molina Cobos y Huerta, 2000; Molina Cobos, Gómez, Luciano y Herruzo, 1993; Zaldivar, Cangas y Luciano, 1998) caracterizada, a nivel general, por la aplicación de una lógica terapéutica de mínima intrusividad por ser natural al contexto vital, donde los componentes del tratamiento se han orientado hacia el mantenimiento y la generalización de los objetivos de intervención seleccionados.

No obstante, aunque no exista una respuesta clara, sobre qué modalidad seleccionar ante un trastorno determinado, se han propuesto algunas soluciones a este debate. Una de las soluciones ha sido plantear la integración de ambas evaluaciones, donde el especialista debería completar el diagnóstico formal (categorial) con uno más preciso derivado del análisis funcional del caso, en el que se incluyan las posibles variables de mantenimiento del mismo (Labrador et al., 2000; Scotti, Morris, McNeil y Hawkins, 1996). Otra solución es la de desarrollar métodos analíticos específicos (sistemas expertos y sistemas lógicos) y categorías diagnósticas funcionales (Hayes y Follette, 1992) como procedimientos que permitan paliar algunas de las limitaciones del proceso evaluativo (Felton y Nelson, 1984; Wilson y Evans, 1983).

No cabe duda que una evaluación-intervención diagnóstica en la que se aplique un tratamiento estandarizado validado empíricamente (Echeburúa y Corral, 2001; Sánchez-Meca, Méndez, Olivares, Espada, Inglés y Rosa, 2002) puede resultar en algunos trastornos, en términos de coste-beneficio superior al análisis funcional del caso. Sin embargo, el hecho de aplicar un tratamiento de estas características resulta en detrimento de la comprensión del problema a nivel psicopatológico al aplicar un mismo tratamiento a comportamientos estructuralmente similares, aunque funcionalmente diferentes. A esta cuestión hay que añadir que los tratamientos estandarizados aplicados a partir del diagnóstico formal no siempre funcionan en el 100% de los casos. Por ello, se trataría, no de rechazar, frontalmente, los tratamientos estandarizados (derivados de una clasificación categorial), sino de determinar las condiciones bajo las cuales un tipo de tratamiento sería más útil para un tipo de trastorno o alteración psicológica (Eifert, 1996). En este sentido, la propuesta de Hayes y Follette (1992) iría en esta dirección dado que proponen la construcción de categorías, basadas en criterios funcionales y no topográficos, en las que se centraría la evaluación y de la que se derivarían los componentes del tratamiento.

En cualquier caso, el desarrollo de dichos sistemas está aún por hacer, precisando de más investigación a nivel básico y aplicado que permita abstraer los componentes y principios de conducta fundamentales de cada problema psicológico. Todo ello, revertirá en una mayor comprensión del caso particular analizando el comportamiento no sólo atendiendo a su forma sino a su función.

En definitiva, como indican Hayes y Follette (1992):

- “...Necesitamos una sistematización del análisis funcional que:
- aporte una guía para la obtención de información
  - aporte un lenguaje para la comunicación
  - aporte una guía para el uso de principios conductuales
  - aporte criterios para la toma de decisiones del tratamiento basados en la evaluación
  - aporte las bases para evaluar la adecuación del mismo análisis funcional” (pp. 355)



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-VI) (4ª ed.). Barcelona: Masson.
- Baer, D. (1985). Applied Behavior Analysis as a Conceptually Conservative View of Childhood Disorders. En R. McMahon y R. Peters (eds), *Childhood Disorders: Behavioral Developmental Approaches*. New York: Brunner/Mazel.
- Barlow, D.H., y Hersen, M. (1984). *Single case experimental designs: Strategies for studying behavior change* (2ª Ed). New York: Pergamon Press. (trad. cast. Barcelona, Martínez Roca, 1988).
- Berrocal, C. (1999). Utilidad clínica de la evaluación conductual para el tratamiento de la obesidad. Tesis doctoral. Universidad de Málaga.
- Berrocal, C., Zaldívar, F. Luciano, M.C. y Esteve, R.M. (2004). Validez de tratamiento de la evaluación conductual en la intervención en la obesidad. *Análisis y Modificación de Conducta*.
- Del Pino, A. y Gaos, M.T. (1997). Efectos sobre los padres sobre los hijos con minusvalías de un programa para facilitar conocimientos y estrategias de intervención, *Psicología Conductual*, 5, 2, 255-276.
- Echeburúa, E., y Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 181-204.
- Eifert, G.H. (1996). More theory-driven and less diagnosis-based behavior therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 75-86.
- Eikeseth, S. y Lovaas, O.I. (1992). The autistic label and its potentially detrimental effect on the child's treatment. *Journal Behavior Therapy and Experimental Psychiatric*, 23, 3, 151-157.
- Emmelkamp, P.M.G. (1990). Behavior therapy in the fin de siecle. Paper presented at the 20<sup>th</sup> Congress of the European Association of Behavior Therapy. París.
- Felton, J.L. y Nelson, R.O. (1984). Inter-assessor agreement on hypothesized controlling variables and treatment proposals. *Behavioral Assessment*, 6, 199-208.
- Fleissman, M.J. (1982). Social learning interventions for aggressive children: from the laboratory to the real world, *The Behavior Therapist*, 5, 55-58.
- Forehand, R.L. y McMahon, R.L. (1981). *Helping the noncompliant child*. New York: Guilford Press.
- Gómez, I. (1995). Correspondencia decir-hacer en problemas de hábito de estudio. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 80, 881-900.
- Gómez, I. (1999). *Psicopatología Infantil*. Proyecto docente. Universidad de Almería.
- Gómez, I., Zaldívar, F. y Molina, A. (2000). Efectos iatrogénicos en la actuación psicológica. *Actas del XXX Congress of the European Association for Behavioral & Cognitive Therapies*. Advances in Behavioral and Cognitive Therapies, Granada, Symposium.
- Gordon, S.B. y Davidson, N. (1981). Behavioral parent training. En A.S. Gurman y D.P. Kniskern. *Handbook of Family Therapy* (pp. 517-555). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Graziano, A.M. y Diament, D.M. (1992). Parent behavioral training. An examination of the paradigm. *Behavior Modification*, 16, 3-38.
- Hamilton, K.E., y Dobson, K.S. (2001). Empirically supported treatments in psychology: Implications for international promotion and dissemination. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 35-51.
- Hayes, S.C. y Follette, W.C. (1992). Can functional analysis provide a substitute for syndromal classification?. *Behavioral Assessment*, 14, 345-365.
- Haynes, S.N. (1986). The design of interventions programs. En R.O. Nelson y S.C. Hayes. (Eds.), *Conceptual foundations of behavioral assessment* (pp. 386-429). New York: The Guilford Press.
- Iwata, B. A., Dorsey, M.F., Slifer, K.J., Bauman, K.E. y Richman, G.S. (1994). Toward a functional analysis of self-injury. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, 2, 197-211.
- Iwata, B.A., Wong, S.E., Riordan, M.M., Dorsey, M.F. y Lau, M.M. (1982). Assessment and training of clinical interviewing skills: analogue analysis and field replication, *Journal of Applied Behavior Analysis*, 15, 191-203.
- Jacobson, N.S., Schoaling, K.B., Holtzworth-Munroe, A., Katt, J.L. y Follette, V.M. (1989). Research structured versus clinically flexible version of social learning-based marital therapy. *Behavior Research and Therapy*, 27, 173-180.



- Kazdin, A.E. (1991). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 785-798.
- Kazdin, A.E. (1994). Adversidad familiar, desventajas socioeconómicas y estrés en los padres: variables contextuales relacionadas con la terminación prematura con la terapia conductual infantil. *Psicología Conductual*, 2, 5-21.
- Kazdin, A.E. y Mazurick, J.L. (1994). Dropping out of child psychotherapy: distinguishing early and late dropouts over the course of treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1069-1074.
- Kovacs, M. y Lohr, W.D. (1995). Research on Psychotherapy with Children and Adolescents: An overview of Evolving Trends and Current Issues. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 11-30.
- Labrador, F.J., Echeburúa, E., y Becoña, E. (2000). Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica. Madrid: Dickinson.
- Luciano, M.C. (1997). Manual de Psicología Clínica. Infancia y adolescencia (2ªed.). Valencia, Promolibro.
- Luciano, M.C. y Gómez, I. (1998). Comportamientos hiperactivos y/o atencionales desadaptativos. En M.A. Vallejo (coord.): Manual de Terapia de Conducta (vol. 2) (pp.603-666). Madrid: Dykinson.
- Luciano, M.C. y Herruzo, J. (1993). Dos estudios clínicos: (1) Alteraciones en lenguaje e Interacción social, y (2) Huída de casa y problemas afectivos. *Psicothema*, vol. 5, 2, 213-228.
- Luciano, M.C., Gómez, I. y Valdivia, S. (2002). Consideraciones acerca del desarrollo de la personalidad desde una aproximación conductual-funcional y contextual. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, vol. 2, 2, 171-196.
- Marinho, M.L. (2002). Un programa estructurado para el entrenamiento de padres. En V. Caballo y M.A. Simón: Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos (pp.417-443). Madrid: Pirámide.
- Marinho, M.L. y Silveira, E.F.M. (2000). Evaluación de la eficacia de un programa de entrenamiento de padres en grupo. *Psicología Conductual*, 8, 299-318.
- Martin, G. Y Pear, J. (1998). Cómo investigar en el campo de la modificación de conducta. En G. Martin y J. Pear, Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla (pp. 289-304). Madrid: Prentice Hall.
- McMahon, R.J. (1991). Entrenamiento de padres. En V. Caballo (comp.). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta (pp. 445-471). Madrid: Siglo XXI.
- Mersch, P.P., Emmelkamp, P.M.G. y Sleen, J. van der (1989). Social phobia: Individual response patterns and the effects of behavioral and cognitive interventions. *Behavior Research and Therapy*, 27, 421-434.
- Molina Cobos, F.J., Gómez, I., Luciano, M.C. y Herruzo, J. (1993). Conductas problemas relacionadas con el dormir. Estudio de un caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 65, 433-451.
- Molina, A., Zaldívar, F. y Gómez, I. (2004). Discriminant and criterion validity of the spanish for psychiatric syndromes .in its version for parents- (P-ChIPS) (en revisión).
- Molina, A. y Molina Cobos, F.J. (2000). Evaluación funcional en Síndrome de Down. En MC. Luciano, F.J. Molina-Cobos y J. Gil Roales-Nieto, Análisis funcional e intervención en Psicología Clínica. Vol. I (pp.97-112). Granada: Némesis.
- Molina, A., Luciano, M.C., Molina Cobos, F.J. y Huerta, F. (2000). Intervención funcional en Déficit Atencional con Hiperactividad. En MC. Luciano, F.J. Molina-Cobos y J. Gil Roales-Nieto, Análisis funcional e intervención en Psicología Clínica. Vol. I (pp.33-65). Granada: Némesis.
- Molina, A., Molina Cobos, F. y Luciano, M.C. (2000). Creencias y cambio de actitudes en padres. Comunicación presentada en el IX Congreso INFAD-2000 Infancia y Adolescencia, Cádiz.
- Molina, A.; Zaldívar, F. y Gómez, I. (2004a). Capacidad discriminativa de una entrevista conductual (funcional) para la evaluación de trastornos en la infancia y la adolescencia. Málaga: VI Congreso Nacional de Evaluación Psicológica.
- Molina, A.; Zaldívar, F. y Gómez, I. (2004b). Estudio piloto sobre la validez de tratamiento de dos modalidades de evaluación-intervención de trastornos en la infancia y la adolescencia. Málaga: VI Congreso Nacional de Evaluación Psicológica.
- Nelson, R.O. y Hayes, S.C. (1986). Conceptual foundation of behavioral assessment. Nueva York: Guilford.

- Oliva, A., Macía, D. y Méndez, F.X. (1993). Intervención comportamental-educativa en el entrenamiento a padres. En D. Macía, F.J. Méndez y J. Olivares: *Intervención Psicológica: Programas Aplicados de Tratamiento* (pp. 115-145). Madrid: Pirámide.
- Olivares J.J. y Garcia-López, L.J. (1997). Una revisión del estado actual de la literatura española sobre entrenamiento a padres, *Psicología Conductual*, 5, 2, 177-199.
- Patterson, G.R. (1974). Interventions for boys with conduct problems: multiple settings, treatments and criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 471-481.
- Patterson, G.R. (1976). *Living with children: New methods for parents and teachers*. Champaign, IL: Research Press.
- Patterson, G.R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist*, 41, 432-444.
- Pelechano, V. (1980). *Terapia familiar comunitaria*. Valencia: Alfaplús.
- Rubio, V.J. (1989). *Psicodiagnóstico II. Proyecto docente*. Universidad Autónoma de Madrid.
- Sánchez-Meca, J., Méndez, X., Olivares, J., Espada, J.P., Inglés, C. y Rosa, A. (2002). Tratamiento psicológico en la infancia y la adolescencia: una revisión de su eficacia desde el meta-análisis,
- Schulte, D. (1992). Criteria of treatment selection in behavior therapy. *European Journal of Psychological Assessment*, 8, 157-162.
- Scotti, J.R., Morris, T.L., McNeil, C.B., y Hawkins, R.P. (1996). DSM-IV and disorders of childhood and adolescence: Can structural criteria be functional?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1177-1191.
- Serketich, W.J. y Dumas, J.E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial of behavior in children: a meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 171-186.
- Silva, F. (1989). *Evaluación conductual y criterios psicométricos*. Madrid: Pirámide.
- Silvares, M. y Marinho, L. (1997). Ampliando la intervención psicológica a la familia en la terapia conductual infantil. *Psicología Conductual*, 617-627.
- Webster-Stratton, C. (1994). Advancing videotape parent training: a comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 583-593.
- Webster-Stratton, C. y Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: a comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 93-109.
- Webster-Stratton, C. y Herbert, M. (1993). What really happens in parent training. *Behavior Modification*, 17, 407-456.
- Wechsler, D. (1993). *Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños-R*. Madrid: TEA.
- Weller, E.B., Weller, R.A., Teare, M y Fristad, M.A. (1999). *Parent Version- Children's Interview for Psychiatric Syndromes (ChIPS)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Wells, K.C. y Egan, J. (1988). Social learning and systems family therapy for childhood oppositional disorder: Comparative treatment outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 138- 146.
- Wilson, F.E. y Evans, J.M. (1983). The reability of target-behavior selection in behavioral assessment. *Behavioral Assessment*, 5, 15-32.
- Zaldívar, F. (1999). *Evaluación psicológica: una aproximación conceptual, metodológica e instrumental*. Granada: Némesis.
- Zaldívar, F., Cangas, A. y Luciano, M.C. (1998). Intervención sobre la limpieza de los lugares comunes en una prisión mediante un procedimiento analítico-funcional de baja intrusividad. *Apuntes de Psicología*, 16, 1-2, 161-172.

## ANEXO 1

### DESCRIPCIÓN DE LAS ANALOGÍAS UTILIZADAS EN LA INTERVENCIÓN FUNCIONAL (Tomado de Webster-Stratton y Herbert, 1993)

Analogía del “niño es un diamante” que se utiliza para analizar las características personales del niño (reacciones en situaciones de frustración, de enfermedad, de demora de reforzadores, de cumplimiento de castigos) en relación al comportamiento de los demás. Con objeto de valorar las percepciones negativas de los padres sobre el temperamento o carácter del niño, se proporcionan explicaciones sobre cómo se conforman determinados repertorios en el niño a lo largo de la vida cuyo cambio no siempre resulta fácil. En este contexto se utiliza la “analogía del diamante” donde se compara al niño con un diamante en bruto que todos sabemos el valor que tiene y cuyo aspecto puede ser en un principio nada bonito, pero si lo “pulimos” no sólo mantendrá su valor sino que disfrutaremos de su belleza. Con esta analogía se pretende que los padres comprendan las características de personalidad del niño, pero también el papel que ellos representan para la mejora de su comportamiento.

Analogía de la “antena de radar”, con la que se pretende que los padres comprendan que una constante atención (entendiéndose observación y reflexión) sobre el comportamiento de su hijo les demuestra que en ocasiones es adecuado, y al mismo tiempo, ese estar atentos les puede proporcionar elementos discriminativos (el radar les proporciona señales) que les anticipe el inicio de algún comportamiento problema actuando en consecuencia en los primeros momentos de la secuencia y evitando que empeore o vaya a más.

Analogía de la “máquina expendedora de refrescos” para explicar las consecuencias iniciales de aplicar el procedimiento de extinción. En este sentido se comenta a los padres que después de echar una moneda para conseguir un refresco y comprobar que la máquina se ha tragado la moneda sin más, solemos reaccionar con cierta agresividad, golpeando la máquina, pulsando los botones de devolución, etc. Es decir, probamos muchas estrategias antes de desistir en nuestro intento de conseguir la moneda y abandonar la situación.

Analogía de la “llama que se acerca al gas” para explicar a los padres que cuando el niño se encuentra en una situación de ira o enfado, las explicaciones y las peticiones que le proporcionamos pueden funcionar como detonante para que se comporte aún peor. En este sentido, al acercar la llama al gas lo que podemos esperar es que se produzca una explosión. Entendido de manera metafórica el gas serían las emociones negativas del niño y la llama sería las explicaciones, consejos o “moralinas” de los padres. Por ello, en determinadas situaciones el niño necesita tiempo para calmarse y es después cuando se podrá retomar la conversación.