



## TERAPIA DE INTERACCIÓN PADRES-HIJOS (PCIT)

Rafael Ferro García y Lourdes Ascanio Velasco

Centro de Psicología Clínica C.E.D.I. Granada

La Terapia de Interacción Padres-Hijos (PCIT) es una terapia breve para tratar los problemas de conducta en la infancia. Es un tratamiento que está demostrado válido empíricamente y puede ser considerada como un tratamiento bien establecido para tratar conductas problema en la infancia según las normas de la APA. Este trabajo expone sus características principales, sus componentes clínicos, y los factores que afectan a la efectividad. Hace una revisión de la literatura existente de las investigaciones sobre su efectividad y eficacia. También, se exponen las últimas adaptaciones en diferentes contextos, formatos, problemas y distintas poblaciones. **Palabras Clave:** Terapia de interacción padres-hijos (PCIT), Conductas disruptivas, Efectividad, Eficacia, Adaptaciones.

Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) is a brief therapy for treating behavioral problems in childhood. It is a treatment that has been proven to be empirically valid and can be considered a well-established treatment for disruptive behavior in childhood according to the APA guidelines. This paper presents its fundamental characteristics, the clinical components, and the factors affecting effectiveness. It also reviews the literature of research on the effectiveness and efficacy of PCIT. Recent adaptations in different contexts, formats, problems and populations are also presented.

**Key Words:** Parent-Child Interaction Therapy (PCIT), Disruptive behaviour, Effectiveness, Efficacy, Adaptations.

Los problemas de conducta disruptiva en la infancia son muy frecuentes actualmente, con una prevalencia de 6,9% en niños y un 2,4% en niñas de 5 a 10 años (Robles y Romero, 2011). En general, la frecuencia de los problemas de indisciplina varían entre un 5 y 8% de los niños (Barkley y Benton, 2000). Este tipo de problemática agrupa dificultades como: la desobediencia, la oposición, la agresividad, el trastorno negativista desafiante (TND), trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y el trastorno disocial (TD). Como consecuencia, pueden derivar en una inadaptación social, familiar y/o escolar.

El enfoque de tratamiento más usado desde los años 70, son los programas de entrenamiento de padres (EP). Existen distintas revisiones (Luiselli, 2009; Rey, 2006; Robles y Romero, 2011) que analizan sus características, componentes y resultados. La mayoría de EP se basan en: por un lado, la mejora en la capacitación en las habilidades de crianza parental (conocimiento del desarrollo infantil, técnicas para el manejo de conductas problema del niño, habilidades de resolución de problemas) y por otro, el fortalecimiento personal de los padres (habilidades sociales, manejo del estrés y control de la ira). En la revisión

realizada por Robles y Romero (2011), sobre la eficacia del entrenamiento de padres de niños con problemas de conducta, se distinguen dos orientaciones teóricas: la aproximación "conductual" y la aproximación "basada en las relaciones interpersonales". La diferencia entre ambas radica en el tipo de intervención, mientras que los programas con una aproximación conductual basan su intervención en técnicas de modificación de conducta, la aproximación "basada en las relaciones interpersonales" dirige su intervención a los procesos de interacción familiar y a la comunicación. Utilizando los hallazgos de un amplio número de estudios publicados entre 1989 y 2009, concluyen que los programas de EP con una aproximación conductual son considerados como una alternativa útil y eficaz frente a otras modalidades. Además, según Robles y Romero (2011), hay algunos autores que sugieren que la eficacia se puede ver incrementada si se complementan estos programas con habilidades de comunicación, empatía y solución de conflictos interpersonales, mejorando de esta manera la calidad del funcionamiento familiar. Según Rey (2006) no quedan claros cuáles son los componentes, los mecanismos y los factores que determinan el éxito de estos programas. Además, la principal limitación de éstos es la elevada tasa de abandonos, en torno al 40-60%, aunque en programas bien organizados los abandonos se reducen notablemente (Robles y Romero, 2011).

Correspondencia: Lourdes Ascanio Velasco. Centro de Psicología Clínica CEDI. Avda. Constitución 25, 7 Izda. 18014 Granada. España. E-mail: [psicolou22@hotmail.com](mailto:psicolou22@hotmail.com)  
Web site: <http://www.cop.es/colegiados/GR00777>



El programa de Barkley (Barkley, 1997; Barkley y Benton, 2000) es uno de los EP con una aproximación conductual más utilizados. Se compone de unos objetivos generales y de una lista de 10 pasos. Greco y Eifert (2004) realizaron una revisión de éste señalando que la eficacia de estos trabajos ha sido probada en muchos estudios frente a condiciones de control experimental y con otros tratamientos. Pero cuando existe comorbilidad con TND/TDAH, han demostrado resultados más pobres en cuanto a la eficacia de estas intervenciones. Para estas autoras, es necesaria una intervención idiográfica adaptada a cada nivel familiar del conflicto, ya que los paquetes de intervención nomotéticos tienen peores resultados.

La Terapia de Interacción Padres-Hijos (*Parent-Child Interaction Therapy*, PCIT; Eyberg, 1988, 1999; Hembree-Kigin y McNeil, 1995; McNeil y Hembree-Kigin, 2011) se encuadra dentro de la aproximación conductual e incorpora en su intervención la resolución de problemas y las habilidades de comunicación. Además, es una intervención validada empíricamente para reducir las conductas disruptivas y la desobediencia en niños (McNeil, Capage, Bahl, y Blanc, 1999). También ha sido considerada como un tratamiento basado en la evidencia en 2009 por Substance Abuse and Mental Health Services Administration, entre otras agencias (Shinn, 2013). Y puede ser considerada como una tratamiento bien establecido para tratar conductas problema en la infancia y para TND, ya que sigue los criterios mantenidos en el informe de la División 12 de la APA (Fernández Hermida y Pérez Álvarez, 2001).

El presente trabajo expone una revisión crítica de la literatura existente sobre PCIT. Las fuentes bibliográficas que se han usado han sido sus propios manuales y la literatura expuesta en las webs de la terapia ([www.pcit.org](http://www.pcit.org), y <http://pcit.phhp.ufl.edu/>).

## TERAPIA DE INTERACCIÓN PADRES-HIJOS

La Terapia de Interacción Padres-hijos (*Parent-Child Interaction Therapy*, PCIT) es una terapia breve para tratar problemas de conducta de la infancia. Surge a final de los años 80 (Eyberg, 1988). En la actualidad tiene varios manuales: la primera edición del manual donde se expone el programa (Hembree-Kigin y McNeil, 1995), otro, donde se presentan escalas de evaluación y material para el trabajo (Eyberg, 1999) y una segunda edición del manual donde se actualiza el programa y se describen las nuevas aplicaciones (McNeil y Hembree-Kigin, 2011).

En los manuales de PCIT, se reconoce la influencia de otras fuentes terapéuticas como la terapia de juego tradicional, los métodos operantes y la influencia de los trabajos de Hanf de intervenciones en vivo con los padres. En general, la idea de la que se parte es la de generar una relación parental saludable y asertiva con un estilo de comunicación claro y marcando límites en la educación. Además, es necesario intervenir adecuándose al desarrollo del niño, ya que muchos de los problemas de la interacción padre-hijo están relacionados con objetivos de autonomía y expectativas de desarrollo inapropiadas de los padres. PCIT mantiene que los problemas que presentan los niños se establecen a través de sus interacciones tempranas con sus padres, y que de la misma manera que esa influencia negativa se establece, también ésta es la manera más potente de influir de forma positiva. El comportamiento más natural del niño es el juego y es el principal medio a través del cual el niño desarrolla habilidades de resolución de problemas. La propuesta es convertir a los padres en los propios agentes de cambio enseñándoles, a través del juego y en vivo, a conseguir un rol parental positivo y unas habilidades de modificación de conducta. La diferencia fundamental de PCIT con otros programas de entrenamiento radica en su intervención en vivo a través del juego.

## CARACTERÍSTICAS

En la aplicación de PCIT se parte de una filosofía no juiciosa y positiva sobre los problemas de conducta. Como se ha expuesto anteriormente, una de las características de la terapia es el entrenamiento directo de padres e hijos conjuntamente y en vivo, corrigiendo los errores de los padres y adaptándose a las idiosincrasias de cada caso, presentando modelos de actuación y moldeando a los padres, teniendo en cuenta el nivel de desarrollo del niño. Se usan los datos que se recogen para guiar el tratamiento. Se parte que algunos problemas se originan en demandas no adaptadas al desarrollo infantil por parte de los padres. Se interviene de forma muy temprana, ya que tiene un mejor pronóstico. La terapia se centra en patrones de interacción o clases de respuestas más que en conductas concretas. Es una terapia útil para una serie de problemas como: desobediencia, agresiones verbales, crueldad con los animales, agresiones físicas, mentiras, problemas de conducta en clase, niños con tendencias incendiarias, hiperactividad, conductas destructivas, familias de hijos de relaciones anteriores, robos, conductas auto-lesivas, quejas y llantos, secuelas



de abuso, baja autoestima, mal humor, perfeccionismo, retraso en el desarrollo, aceptación de separaciones, y ansiedad por separación (Hembree-Kigin y McNeil, 1995; McNeil y Hembree-Kigin, 2011).

La novedad de PCIT radica en que es una intervención idiográfica, adaptada a cada problema y en la que se trabaja conjuntamente con los padres y el niño en vivo, como se ha dicho antes. Este entrenamiento se realiza a través de un equipamiento técnico que permita observar a lo largo de la intervención la interacción de la familia y darle feedback inmediata. Este equipamiento puede variar dependiendo de los medios que se dispongan: desde el uso de espejos unidireccionales, tabletas y teléfonos móviles con aplicaciones de comunicación en video a través de internet, hasta emisoras de radio escucha o Walkie-talkies, auriculares o pinganillos, y cámaras de video, etc. Los autores de este trabajo utilizan ordenadores con programas como SKIPE y teléfonos con Bluetooth para el entrenamiento en vivo.

PCIT se ha aplicado en diferentes problemas, como Trastorno Negativista Desafiante (Ferro, Vives y Ascanio, 2010; Hood y Eyberg, 2003; McNeil, Capage, Bahl, y Blanc, 1999, entre otros) y en otros problemas con una comorbilidad con TND: Déficit de Atención e Hiperactividad (Matos, Bauermeister y Bernal 2009; Verduin, Abikoff y Kurtz, 2008; Wagner y McNeil, 2008), Retraso Mental (Bagner y Eyberg, 2007), Autismo (Solomon, Ono, Timmer y Goodlin-Jones, 2008), Síndrome Asperger (Armstrong y Kimonis, 2013), Ansiedad por separación (Chase y Eyberg, 2008; Choate, Pincus, Eyberg y Barlow, 2005; Pincus, Santucci, Ehrenreich y Eyberg, 2008), Depresión infantil (Luby, Lenze y Tillman, 2012), cáncer (Bagner, Fernández y Eyberg, 2004), problemas de audición (Shinn, 2013), niños prematuros (Bagner, et al. 2009, 2012), niños maltratados y la prevención de maltrato (Thomas y Zimmer-Gembeck, 2011; Urquiza y Timmer, 2014), con problemas del lenguaje (Allen y Marshall, 2011); con familias expuestas a la violencia (Timmer, Ware, Urquiza y Zebell, 2010), con sordera (Shinn, 2013), madres con depresión (Timmer, et al., 2011) y con una historia de comportamiento antisocial (Rhule, McMahon y Spieker, 2004); a diversos grupos culturales y lingüísticos, como familias de habla hispana (Borrego, Anhalt, Terao, Vargas y Urquiza, 2006), chinas (Leung, Tsang, Heung y Yiu, 2009), afroamericanas (Capage, Benet, McNeil, 2001; Fernández, Butler y Eyberg, 2011), sudamericanas (McCabe y Yeh, 2009; McCabe, Yeh, Lau, y Argote, 2012) y a indios nativos (BigFoot y Funderburk, 2011).

**COMPONENTES CLÍNICOS FUNDAMENTALES**

Los objetivos son incrementar las conductas pro-sociales a través de la atención de los padres y decrementar las conductas indeseables, ignorándolas. Hay dos componentes clínicos o fases. En la primera fase, el tratamiento se centra en enseñar a los padres a usar la atención selectiva, denominada Interacción Dirigida por el Niño (Child-Directed Interaction, CDI). Su objetivo es establecer una relación amorosa y cariñosa entre el padre y el hijo. Los padres son ayudados a reconocer las cualidades positivas del niño y a estimular su desarrollo, partiendo de lo que el niño hace. En esta fase se proponen unas habilidades que hay que poner en práctica, a través del acrónimo PRIDE (Praise, Reflect, Imitate, Describe, Enthusiasm). Entendiendo éstas como: *Elogiar*: Realizar una verbalización que exprese un juicio favorable de una actividad, resultado o atributo del niño; *Parafrasear*: repetir de manera inmediata la verbalización del niño, se puede repetir exactamente lo que ha dicho el niño o utilizar sinónimos; *Imitar*: Realizar una actividad igual o similar a la que está haciendo el niño de manera inmediata; y *Describir*: verbalizar frases que aludan a los objetos y/o personas presentes en la situación o actividad que se esté dando durante la interacción; y en general tener *entusiasmo* realizando estas tareas. Además, se recomienda evitar: dar órdenes, hacer preguntas y/o criticar. En la tabla 1 se apuntan los pasos para enseñar CDI. Primero se exponen los objetivos de CDI. Se explican cómo deben ser los 5 minutos de trabajo en casa con su hijo cada día. Se describe lo que se debe evitar y las habilidades PRIDE a realizar. Se presentan modelos de todas estas habilidades combinadas y se entrena a los padres a través de role-playing antes de empezar a interactuar con el niño. Se les explica la lógica del juego en la casa y se le asignan tareas.

<b>TABLA 1</b> <b>PASOS PARA ENSEÑAR HABILIDADES CDI</b> <b>(MCNEIL Y HEMBREE-KIGIN, 2012)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisar las tareas para casa</li> <li>2. Describir los objetivos para CDI</li> <li>3. Discutir los 5 minutos de practica diaria en casa</li> <li>4. Explicar y presentar modelos de las conductas a evitar</li> <li>5. Explicar y presentar modelos de las habilidades a realizar</li> <li>6. Discutir el uso de la atención estratégica</li> <li>7. Discutir el uso de ignorar selectivamente</li> <li>8. Modelar todas las habilidades combinadas</li> <li>9. Entrenar a los padres a través de role-play</li> <li>10. Discutir la lógica de la terapia de juego en el hogar</li> <li>11. Asignar nuevos trabajos para casa</li> </ol>



El segundo componente o fase es llamado Interacción Dirigida por los Padres (Parent-Directed Interaction, PDI) y se centra en estrategias de disciplina. Los padres son enseñados a cómo dirigirse a sus hijos y cómo aplicar consecuencias consistentes a sus conductas. En la Tabla 2, se exponen los pasos para enseñar PDI. Consistirían en: explicar los ejercicios de cumplir órdenes y cómo deben realizarse. Explicar y discutir con los padres cómo dar instrucciones. Llegar a un acuerdo con los padres para definir cuando el niño es obediente. Analizar y acordar las consecuencias de la obediencia y la desobediencia. Explicar cómo se hace un Tiempo Fuera eficaz. También se entrena a los padres antes de intervenir, a través de role-playing, las habilidades de disciplina.

En general, el orden de estos dos componentes o fases se puede alterar dependiendo del análisis que se haga del problema. Por ejemplo, en niños excesivamente agresivos se empezaría el entrenamiento con PDI.

Se comienza evaluando a través de la observación de la interacción padre-hijo en tres situaciones que varían en el grado de control parental que requieren: una situación de juego dirigida por el niño, es decir el niño elige el juego y qué hacer, otra situación dirigida por el padre/madre y una situación de "limpieza" de la sala de juegos. La sesión se suele grabar con permiso de los padres para que el te-

rapeuta pueda analizar qué ocurre durante la interacción. Durante la intervención se graban las sesiones con una cámara de video fija colocada en la sala de juegos y además, se utilizan estos equipamientos técnicos descritos anteriormente para observar, elogiar, moldear y corregir a tiempo real a los padres durante toda la intervención.

El número de sesiones terapéuticas necesarias va a depender de la rapidez en que aprendan las habilidades los padres y del tipo de problema que presente el niño. El tratamiento se aplica entre 8 y 12 sesiones, con sesiones extras si son necesarias, y un seguimiento a 1, 3, 6 y 12 meses. El curso típico de tratamiento de PCIT tendría los siguientes pasos (ver Tabla 3). El Paso 1: Evaluación pre-tratamiento del funcionamiento de la familia y el niño (1 ó 2 sesiones). Paso 2: Enseñar habilidades de terapia de juego conductual (1 sesión). Paso 3: Entrenar habilidades de terapia de juego conductual (de 2 a 4 sesiones). Paso 4: Enseñar técnicas de disciplina (1 sesión). Paso 5: Entrenamiento de técnicas de disciplina (4 a 6 sesiones). Paso 6: Evaluación post-tratamiento del funcionamiento de la familia y el niño (1 ó 2 sesiones). Paso 7: Sesiones extraordinarias si son necesarias y seguimiento.

**FACTORES QUE AFECTAN A LA EFECTIVIDAD DE PCIT**

Hay algunos factores que influyen en la efectividad de PCIT (Hembree-Kigin y McNeil, 1995). A nivel infantil, una edad del niño comprendida entre 2 y 7 años y que tenga buen lenguaje comprensivo, la incrementan. Un factor en el niño que decrementa la efectividad es que muestre un trastorno de desarrollo grave. Entre los factores de los padres que incrementan la efectividad, están que tengan una fuerte motivación y un CI promedio o alto. Y al contrario, si los padres presentan abuso de sustancias, psicopatologías severas, y/o retraso mental, la decrementan. No se recomienda la aplicación de esta terapia con padres que tienen alta resistencia al tratamiento. En cuanto a los factores familiares que disminuyen la efectividad son: caos familiar y desacuerdos graves.

**MEDIDAS DE EVALUACIÓN**

De la investigación de PCIT han surgido varias escalas (Hembree-Kigin y McNeil, 1995; McNeil y Hembree-Kigin, 2011): el Inventario Eyberg de Conducta Infantil (Eyberg Child Behavior Inventory, ECBI), el Inventario Sutter-Eyberg de la Conducta en la Escuela (Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory, SESBI), el Sistema de Codificación Diádica de la Interacción Padre-Hijo (Dyadic Parent-Child Interaction Coding System Observation,

<b>TABLA 2</b> <b>PASOS PARA ENSEÑAR HABILIDADES PDI</b> <b>(MCNEIL Y HEMBRE-KIGIN, 2012)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explicar el uso de ejercicios de obediencia</li> <li>2. Discutir cómo dar instrucciones efectivas</li> <li>3. Determinar cuándo el niño obedece</li> <li>4. Discutir las consecuencias de la obediencia</li> <li>5. Discutir las consecuencias de la desobediencia</li> <li>6. Explicar cómo se hace un Tiempo Fuera eficaz</li> <li>7. Entrenar a los padres las habilidades de disciplina</li> </ol>

<b>TABLA 3</b> <b>PASOS EN EL CURSO TÍPICO DE PCIT</b> <b>(HEMBREE-KIGIN Y MCNEIL, 1995)</b>
<p>Paso 1: Evaluación pre-tratamiento del funcionamiento de la familia y el niño (1 ó 2 sesiones)</p> <p>Paso 2: Enseñar habilidades de terapia de juego conductual (1 sesión)</p> <p>Paso 3: Entrenar habilidades de terapia de juego conductual (de 2 a 4 sesiones)</p> <p>Paso 4: Enseñar técnicas de disciplina (1 sesión)</p> <p>Paso 5: Entrenamiento de técnicas de disciplina (4 a 6 sesiones)</p> <p>Paso 6: Evaluación post-tratamiento del funcionamiento de la familia y el niño (1 ó 2 sesiones)</p> <p>Paso 7: Seguimiento y Sesiones extraordinarias si son necesarias</p>



DPICS) y el Inventario de Actitud hacia la Terapia (Therapy Attitude Inventory, TAI).

El Inventario ECBI es un auto-registro para padres que mide la conducta problema de niños de 2 a 16 años. Se obtienen dos puntuaciones: una estima la frecuencia con la que aparece un listado de conductas problema (Puntuación de Intensidad) y otra mide si esas conductas son percibidas por los padres como un problema (Puntuación de Problemas). Además, este inventario permite identificar las expectativas de los padres respecto al comportamiento de su hijo. Este inventario fue validado empíricamente (Eyberg y Ross, 1978)

El Inventario SESBI cuenta con la misma estructura que el ECBI, pero adapta sus ítems a conductas que muestra el niño en el colegio y es registrado por el profesor/a.

El Sistema de Codificación DPICS mide la calidad de la interacción del padre y su hijo. Se registran las conductas y verbalizaciones de los padres y del niño en 3 situaciones de 5 minutos cada una, que varían en el grado de control parental que requiere la interacción: una Interacción Dirigida por el Niño, una Interacción Dirigida por el Padre y una situación de "limpieza" de la sala de juegos.

El Inventario de TAI es un registro para padres que mide la satisfacción hacia la terapia a través de 10 ítems. Se suele aplicar en el post-tratamiento.

Actualmente, los inventarios han sido actualizados. Sus versiones revisadas pueden obtenerse a través de la página web de PCIT.

## ESTUDIOS DE EFECTIVIDAD Y EFICACIA

Hay una gran cantidad de estudios empíricos en PCIT. En este trabajo no se expone una revisión exhaustiva de toda la literatura por problemas de espacio, aquellos que se describen a continuación han sido seleccionados por presentar resultados estadísticamente significativos y/o por su rigurosidad metodológica.

Uno de los primeros estudios sobre efectividad de PCIT (Eisenstadt, Eyberg, McNeil, Newcomb y Funderburk, 1993), compara dos grupos de tratamiento con niños que presentaban problemas de conducta (TDAH y TND). Los grupos se diferencian en el orden de las fases, uno comienza con CDI y el otro con PDI. Los resultados pre-post presentan mejoras estadísticamente significativas en todas las medidas de los cuestionarios (conductas problema, obediencia, estrés parental), aunque no hay diferencias significativas entre ambos grupos. En esta misma línea de investigación, el estudio de Eyberg, et al. (2001)

mide los efectos del tratamiento de conductas problema en dos grupos alterando las fases de inicio con un seguimiento de 1 y 2 años, con unos resultados que muestran mejoras estadísticamente significativas y mantenidas durante ese seguimiento.

El estudio de efectividad con más seguimiento fue el de Hood y Eyberg (2003), donde aplican PCIT a 50 familias con niños con TND y miden el seguimiento entre 3 y 6 años. Los resultados muestran mejoras estadísticamente significativas tanto en el comportamiento de los niños como en el de los padres, en el post-tratamiento y en el seguimiento. En otro estudio de efectividad con un largo seguimiento (Pade, Taube, Aalborg y Reiser, 2006) aplican una adaptación de PCIT en grupo con 73 familias con niños con conductas problema con medidas de seguimiento de 5 y 6 años. Los datos pre/post señalan diferencias estadísticas tanto en frecuencia como en intensidad de las conductas. Las 23 familias que permanecen en el seguimiento también muestran significación estadística en sus resultados.

El estudio de efectividad de Boggs et al. (2004), compara dos grupos de 23 familias cada uno, un grupo que completa el tratamiento y otro en el que lo abandonan, con familias con niños que muestran TND y/o TDAH. Los resultados indican que hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, presentando mejores resultados el grupo que completó PCIT, en la frecuencia de conductas problema, estrés parental y tolerancia a las conductas. Otro estudio de efectividad reciente es el de Galanter et al, (2012), en el que se comparan los resultados de la intervención con esta terapia en el hogar, entre los casos que han terminado el tratamiento y las que los han abandonado, con una muestra de 83 familias de alto riesgo. Los resultados muestran que el grupo que completó el tratamiento mostró cambios significativos estadísticamente en las medidas pre/post. Mientras que los que no completaron su significación estadística fue menor.

Un estudio pionero (McNeil, Eyberg, Eisenstadt, Newcomb y Funderburk, 1991) evaluó los efectos de generalización de PCIT del hogar a la escuela con 30 niños de 2 a 7 años con conductas problema graves. Se compararon tres grupos, uno de PCIT, otro de tratamiento usual del colegio y otro sin tratamiento. Hay mejorías estadísticamente significativas en todas las medidas en los datos pre/post del grupo de PCIT y de generalización en la escuela, y mayores que en los otros grupos. En cambio, no encontraron diferencias en cuanto a hiperactividad y conductas prosociales en la escuela. El estudio de Fun-



derburk et al., (1998) comparó un grupo de tratamiento PCIT frente a 3 grupos de control con diferentes grados de conductas disruptivas (bajo, medio y grave). Los resultados de las medidas pre/post del grupo PCIT muestran diferencias significativas y en el seguimiento a 12 meses aunque no a los 18. También hay diferencias significativas entre grupos en el post y al año.

También Schuhmann, Foote, Eyberg, Boggs y Algina (1998) realizan un estudio aleatorizado con 64 familias con problemas de conducta clínicos, en dos grupos, uno de PCIT y otro de lista de espera. Los resultados muestran cambios clínicos y estadísticamente significativos en el post-tratamiento y en el seguimiento de 5 meses en comparación con el grupo control.

La investigación de McNeil, Capage, Bahl y Blanc (1999), comparó un grupo de tratamiento con PCIT con un grupo de lista de espera en niños con conductas problema, presentando resultados significativos estadísticamente tanto en los datos pre/post del grupo de tratamiento como en las diferencia entre los grupos. Usando esta misma metodología, comparando PCIT y un grupo de lista de espera, Thomas y Zimmer-Gembeck (2011) realizaron un ensayo aleatorizado con niños que presentaban conductas problema y de alto riesgo de maltrato físico confirmado a través de cuestionarios. Los resultados muestran cambios estadísticamente significativos tanto en los cuestionarios de evaluación como en las observaciones realizadas en el estudio en las medidas pre/post para el grupo de PCIT y también, hay diferencias entre grupos.

Por otro lado, Bagner y Eyberg (2007) realizan un ensayo aleatorizado con niños que presentaban retraso en su desarrollo y TND. Usaron dos grupos, uno de PCIT y otro de lista de espera. Los resultados indican que hay diferencias significativas en el grupo de tratamiento en las medidas pre/post y también hubo diferencias entre grupos estadísticamente significativas.

Matos, Bauermeister y Bernal (2009) hicieron un ensayo aleatorizado con 32 niños de 4 a 6 años TDAH de Puerto Rico, divididos en dos grupos: uno de PCIT y otro de lista de espera. Las medidas muestran cambios significativos en el pre/post y mantenidas en un seguimiento de 3 a 5 meses. Otra aplicación en población hispana es el estudio de McCabe y Yeh (2009) es un ensayo clínico aleatorizado de 58 familias de niños mexicanos con conductas disruptivas en tres grupos: PCIT estándar, una adaptación a esta población (GANA) y un tratamiento usual. Hay diferencias significativas estadísticamente en los pre/post para los grupos PCIT y GANA, con mayo-

res diferencias que el grupo de tratamiento usual en los resultados de los cuestionarios y en las observaciones de las conductas. No hay diferencias entre ambos grupos de la terapia.

La línea de investigación de Nixon, Sweeney, Erikson y Touyz (2003, 2004), en un estudio aleatorizado, compara dos grupos de tratamiento con PCIT (estándar y abreviado) y grupo de control de lista de espera. Los resultados indican que hay diferencias significativas entre los grupos de tratamiento y el grupo control en las medidas pre/post y en los seguimientos en 6 meses y 1 y 2 años. En cuanto al tratamiento estándar da mejores resultados que el abreviado, sin diferencias en el seguimiento a largo plazo.

En cuanto a la aplicación con un diseño de caso único, Ware, McNeil, Masse y Stevens (2008) obtuvieron buenos resultados aplicando PCIT en casa de 5 familias. Usaron un diseño de línea base múltiple a través de sujetos midiendo las conductas del cuidador y del niño. Los resultados de las tres familias que completaron la intervención, indican cómo van cambiando las medidas a través de los niños, conforme se va interviniendo.

También Choate, Pincus, Eyberg y Barlow (2005) llevaron a cabo un estudio experimental de caso único con diseño de línea base múltiple a través de sujetos aplicando PCIT estándar. Los participantes fueron 3 familias con hijos entre 4 y 8 años con ansiedad por separación. Se obtuvo una disminución clínicamente significativa de la ansiedad por separación en los 3 niños, y se mantuvieron estos resultados en el seguimiento de 3 y 6 meses.

En cuanto a los estudios de caso único, Bagner, Fernandez y Eyberg (2004) aplicaron PCIT en un niño de 4 años que padecía cáncer y TND. Las medidas pre/post y el seguimiento a los 3 meses indican cambios clínicamente significativos. También Ferro, Vives y Ascanio (2010), aplicaron PCIT en un caso de una niña de 3 años con TND, reduciéndose sus conductas problema en frecuencia, duración e intensidad, e incrementándose su obediencia, manteniéndose estos resultados al año.

#### ADAPTACIONES DE PCIT

PCIT se ha aplicado en diferentes contextos (en casa, en la escuela), a través de varios formatos (breve, y en grupo), se ha adaptado a diferentes problemas (ansiedad por separación y depresión) y en distintas poblaciones (menores de 2 años). El número de investigaciones de estas adaptaciones es cada vez más numeroso y los resultados que se obtienen son prometedores.



## ADAPTACIÓN DE PCIT A DIFERENTES CONTEXTOS

### *PCIT en casa*

En los 6 últimos años están realizándose investigaciones con la adaptación de PCIT en el hogar. Se han propuesto sugerencias para su aplicación (Masse y McNeil, 2008; McNeil y Hembree-Kigin, 2011, cap.23) respecto al control ambiental, codificar las reglas PRIDE en la misma habitación donde se juega, los recursos con los que puede contar el terapeuta; y también ventajas como la validez ecológica y una mayor adherencia al tratamiento. Ware, McNeil, Masse y Stevens (2008) aplicaron PCIT en 5 familias con un diseño de línea base múltiple a través de sujetos, obteniendo unos buenos resultados en las conductas disruptivas de los niños. En un diseño de grupo aleatorizado Timmer, Zebell, Culver y Urquiza (2010), compararon dos grupos: PCIT en la clínica y seguidamente aplicándolo en casa, y otro grupo, con PCIT en la clínica y apoyo social en la casa. No encontraron diferencias significativas entre ambos, aunque el grupo de PCIT adjunto en casa fue significativamente más eficaz. En el estudio de Galanter, et al, (2012) aplicó PCIT en casa produciendo cambios estadísticamente significativos en la mejoría en la interacción padres-hijos y en la conducta disruptiva de los niños.

### *PCIT en la escuela*

La adaptación de PCIT a la escuela es llamada Teacher-Child Interaction Therapy (TCIT) (McNeil y Hembree-Kigin, 2011, cap. 21). El objetivo de TCIT es mejorar la interacción entre el profesor y el niño en el aula. Consta de dos componentes o fases: CDI (Interacción Dirigida por el Niño) y TCI (Interacción Dirigida por el Profesor). El profesor es entrenado en la propia clase y recibe feedback inmediato por parte del terapeuta. El objetivo de CDI es enseñar al profesor a aplicar atención contingente al buen comportamiento para prevenir las conductas problemas de su/s alumno/s, utilizando las habilidades PRIDE, enfatizando la importancia de los elogios y describiendo el comportamiento pro-social y añadiendo otras dos habilidades: la ignorancia selectiva y la reducción preguntas. En TDI se adapta el Tiempo Fuera a la clase. TCIT es el único entrenamiento hasta el momento en el que el profesor recibe asesoramiento de las habilidades a poner en práctica y retroalimentación sobre su desempeño, en vivo, y un entrenamiento adaptado en su propia aula (Fernández, Gold, Hirsch y Miller, 2014).

La primera aplicación de TCIT (McIntosh, Rizza y Bliss, 2000) fue en un diseño de caso único en un niño de 2

años que presentaba conductas disruptivas con su profesor. Los resultados mostraron un incremento de reglas PRIDE por parte del profesor y un decremento de las conductas disruptivas del niño.

Más tarde, Filcheck, McNeil, Greco, y Bernard (2004) midieron la eficacia de la aplicación de PCIT en clase frente a una economía de fichas a través de un estudio de diseño de caso único de tratamientos alternativos en 17 pre-escolares con comportamiento disruptivo. Aunque con limitaciones metodológicas, los resultados indican que ambos grupos obtienen mejorías en la reducción de las conductas problema pero cuando se introduce PCIT se decreta el uso de la crítica en los profesores.

Tiano y McNeil (2006) compararon la eficacia de TCIT en un grupo frente a un grupo de control sin tratamiento en tres clases. La mejora del comportamiento de los alumnos fue significativa en ambos grupos, pero el uso de alabanzas se incrementó de forma significativa estadísticamente en el grupo de tratamiento.

Lyon, et al. (2009) diseñaron un estudio de línea base múltiple a través de 4 aulas con 78 pre-escolares, con 3 profesores en cada una, para medir la eficacia de TCIT. Los resultados que se obtuvieron tanto en las conductas de los niños como en las de los profesores fueron positivos aunque moderados.

## ADAPTACIÓN DE PCIT A DISTINTOS FORMATOS

### *PCIT versión abreviada*

El estudio de Nixon, Sweeney, Erikson y Touyz (2003, 2004) compara dos grupos de tratamiento con PCIT (estándar y abreviado) y un grupo de control de lista de espera, obteniendo buenos resultados aunque siendo mejor la versión estándar. La versión abreviada consistió en incluir videos y manuales y reducir las sesiones en vivo.

Berkovits, O'Brien, Carter y Eyberg (2010) compararon dos paquetes abreviados de PCIT: lo que denominan PCIT Atención Primaria (Primary Care PCIT, PC-PCIT) y Orientación Preventiva (PCIT-AG). PC-PCIT consiste en 4 sesiones grupales de PCIT abreviado para prevención de problemas. PCIT-AG se trata de un paquete de materiales escritos que describen los principios de PCIT y una guía para ponerla en práctica. Esta investigación se llevó a cabo para medir los efectos de PCIT abreviado en la conducta de niños de 3 a 6 años que comenzaban a tener problemas de conducta, pero aún estaban por debajo del rango clínico. Se asignaron 17 madres al grupo que recibió la intervención PC-PCIT y 13 al de PCIT-AG. No encontraron diferencias estadísticamente significati-



vas entre las dos formas de intervención abreviada. Ambas intervenciones fueron estadísticamente efectivas en el postratamiento y en el seguimiento de 6 meses, tanto en la mejora del comportamiento de los niños como en la reducción del estrés, la satisfacción y la adherencia al tratamiento de los padres.

### **PCIT en grupo**

La aplicación de PCIT en grupo tiene una serie de ventajas: ahorro de tiempo (trabajar con varias familias a la vez), ver interactuar a otros padres, y la cohesión del grupo puede tener como consecuencia menos abandonos de la terapia. Según Niec, Heme, Yopp y Brestan (2005) el número de familias participantes aconsejado sería de 3 a 6. La estructura de PCIT en grupo es similar a la original, introduciendo un grupo de discusión en el que cada familia intervenga y se dé la posibilidad de recibir y dar feedback de otras familias, entre otras interacciones.

Niec et al. (2005) obtuvieron buenos resultados aplicando PCIT en grupo en 3 familias y 4 niños, de entre 26 y 56 meses, con conductas disruptivas. 3 de los 4 niños mejoraron su comportamiento significativamente. Sólo una familia tuvo niveles más altos de estrés en el postratamiento y el comportamiento de su hijo empeoró.

Por otro lado Pade, et al. (2006) evaluaron un programa aplicado en grupo. Los resultados obtenidos en este estudio son significativos estadísticamente, tanto en las medidas pre-post como en el seguimiento a los 5-6 años.

### **ADAPTACIÓN DE PCIT A DIFERENTES PROBLEMAS**

#### **En Ansiedad por separación**

Choate, Pincus, Eyberg y Barlow (2005) llevaron a cabo un diseño experimental de caso único aplicando PCIT estándar. Los participantes fueron 3 familias con hijos con ansiedad por separación que obtuvieron una disminución clínicamente significativa de la ansiedad en los 3 niños. Estos resultados se mantuvieron durante el seguimiento.

Pincus, Santucci, Ehrenreich y Eyberg (2008) han incorporado una nueva fase a PCIT, que han llamado Interacción Dirigida por la Valentía (Bravery Directed Interaction, BDI), para abordar los problemas de ansiedad específicos. Durante esta fase, se educa a los padres sobre la ansiedad y se aplica una exposición gradual a los miedos del niño. Tras llevar a cabo un estudio piloto con 10 niños que cumplían los criterios de ansiedad por separación, encontraron que los niños mejoraron pero aún continuaban dentro de los rangos clínicos. La línea de investigación sigue abierta, los autores están llevando

a cabo un estudio para evaluar la eficacia de PCIT con BDI frente a un grupo en lista de espera y con unas medidas de seguimiento de 3, 6 y 12 meses.

### **En depresión infantil**

Para pre-escolares con un diagnóstico de depresión, Luby, Lenze y Tillman (2012) proponen una intervención adaptada de PCIT que denominan PCIT-Desarrollo Emocional (Parent-Child Interaction Therapy-Emotional Development, PCIT-ED). Las fases de CDI y PDI se limitan a 4 sesiones cada una. Se pretende aportar competencias emocionales a los padres y al niño. En un estudio de eficacia de estos mismos autores participaron familias con niños de 3 a 7 años con depresión. De manera aleatorizada, las familias fueron repartidas en dos grupos: uno de ellos se intervino aplicando PCIT-ED y el otro intervino a través de lo que los autores llaman Educación para el Desarrollo e Intervención Parental (Developmental Education and Parenting Intervention). El tratamiento fue completado por 19 familias en el primer grupo y 10 en el segundo. En ambos grupos se mejoró la gravedad de la depresión en las medidas pre/post, pero no hubo diferencias suficientes entre ambos grupos en el postratamiento.

### **ADAPTACIÓN DE PCIT EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS**

Se ha realizado una adaptación a niños que tienen entre 12 y 30 meses que han sufrido maltrato y/o que experimentan problemas de apego, la llaman Terapia de Armonía Padres-Hijos (Parent-Child Attunement Therapy, PCAT; Dombrowski, Timmer, Blacker y Urquiza, 2005). Sus objetivos son: fortalecer la interacción de los padres y los hijos y enseñar a los padres una técnicas apropiadas para poner bajo control el comportamiento infantil. Se diferencia del tratamiento estándar, en su brevedad, en que PCAT enfatiza el uso de contacto físico (caricias, abrazos) como reforzador, y que no incluye una fase comparable a PDI (McNeil y Hembree-Kigin, 2011). El estudio de efectividad realizado por Dombrowski et. al. (2005), no consigue resultados significativos con una madre y su hijo de 23 meses con historia de maltrato, aunque logran que la madre se muestre más positiva y sea menos directiva, mejorando su interacción con éste.

Además, McNeil y Hembree-Kigin (2011) dedican un capítulo de su manual a los niños de entre 12 y 24 meses (Cap. 9), y otro a los niños mayores, de entre 7 y 10 años (Cap. 10). En ambos capítulos se presentan ligeras adaptaciones de PCIT dirigidas a estas poblaciones.





## CONCLUSIONES

Aunque los programas de entrenamiento de padres de corte conductual son un tratamiento de elección para tratar los problemas de conducta en la infancia, tienen una serie de limitaciones (componentes poco claros, alta tasa de abandonos). Como se ha expuesto, PCIT es una clara alternativa a este tipo de problemática, incluyendo TDAH y TND. Es un tratamiento validado empíricamente y puede ser considerado bien establecido para tratar conducta problema en la infancia. Aunque no es el único procedimiento para conseguir una paternidad positiva, sí es único en realizar un entrenamiento en directo (Timmer, Zebell, Culver y Urquiza, 2010) y esta es una de sus novedades. El juego es la actividad más natural que se pueda tener con un niño pequeño, y por lo tanto, la mejor oportunidad para desarrollar los comportamientos adecuados y la mejor manera de generalizar los resultados. Trabaja directamente con los problemas que surgen en sesión y permite generalizar el tratamiento a la vida diaria, en una línea equivalente a la Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991).

Como se ha dicho, PCIT se diferencia de otros EP en el uso de un entrenamiento en vivo y la posibilidad de dar un feedback inmediato a los padres, y da una oportunidad de practicar las habilidades. Además, es una aproximación idiográfica que está basada en datos (Wagner y McNeil, 2008). Además, según nuestra experiencia aplicando PCIT prácticamente no se dan abandonos del tratamiento, una de las limitaciones de los EP.

Se han descrito y analizado sus características fundamentales, componentes clínicos, y los factores que afectan a su efectividad. Se ha expuesto las nuevas medidas que han surgido de su investigación y lo que aportan a la evaluación de la intervención. Se expuesto una revisión crítica de los estudios de efectividad y eficacia de la abundante literatura existente seleccionados por un rigor metodológico y unos resultados estadísticamente significativos. Y finalmente, se han descrito las últimas adaptaciones en diferentes contextos, formatos, problemas y distintas poblaciones. Las investigaciones en todas estas áreas siguen su curso, algunas con unos resultados prometedores.

Desde nuestro punto de vista, una línea de investigación que creemos interesante es la aplicación conjunta de PCIT y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Por un lado, trabajar

con niños pequeños con PCIT para que los padres sepan manejar sus conductas y por otro lado, trabajar a través de ACT los conflictos emocionales y motivacionales de los padres, en la línea expuesta en el estudio de caso de Ascanio y Ferro (2013).

PCIT es todavía una terapia injustamente desconocida en nuestro país y esperamos que con este trabajo aportemos un grano de arena en su divulgación.

## REFERENCIAS

- Ascanio, L. & Ferro, R. (2013). *La combinación de ACT y PCIT en el tratamiento de un niño desafiante [The combination of ACT and PCIT in treating defiant children]*. Paper presentado en el II Congreso SAVECC, Madrid.
- Allen, J. & Marshall, C. R. (2011). Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) in school-aged children with specific language impairment. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 46(4), 397-410.
- Armstrong, K. & Kimonis, E. R. (2013). Parent-Child Interaction Therapy for the treatment of Asperger's disorder in early childhood: A case study. *Clinical Case Studies*, 12(1), 60-72.
- Bagner, D. M. & Eyberg, S. M. (2007). Parent-Child Interaction Therapy for disruptive behavior in children with mental retardation: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(3), 418-429.
- Bagner, D. M., Fernández, M. A., & Eyberg, S. M. (2004). Parent-Child Interaction Therapy and chronic illness: A Case Study. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11(1), 1-6.
- Bagner, D. M., Graziano, P. A., Jaccard, J., Sheinkopf, S. J., Vohr, B. R., & Lester, B. M. (2012). An initial investigation of baseline respiratory sinus arrhythmia as a moderator of treatment outcome for young children born premature with externalizing behavior problems. *Behavior Therapy*, 43, 652-665.
- Bagner, D. M., Sheinkopf, S. J., Miller-Loncar, C. L., Vohr, B. R., Hinckley, M., Eyberg, S. M., & Lester, B. M. (2009). Parent-Child Interaction Therapy for children born premature: A case study and illustration of vagal tone as a physiological measure of treatment outcome. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 468-477.
- Barkley, R. A. & Benton, C. M. (2000). *Hijos desafiantes y rebeldes. Consejos para recuperar el afecto y lograr*



- una mejor relación con su hijo. Barcelona: Paidós (Origi. 1998).
- Barlow, J. & Steward-Brown, S. (2002). Behavior problems and group-based parent education programs. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 21(5), 356-370.
- Bartau, N., Maganto, M., & Etxebarria, J. (2001). Los programas de formación de padres: Una experiencia educativa. *Revista Iberoamericana de Educación*, 25, 1-17.
- Berkovits, M. D., O'Brien, K. A., Carter, C. G., & Eyberg, S. M. (2010). Early identification and intervention for behavior problems in primary care: A comparison of two abbreviated versions of Parent-Child Interaction Therapy. *Behavior Therapy*, 41, 375-387.
- BigFoot, D. S. & Funderburk, B. W. (2011). Honoring children, making relatives: The cultural translation of Parent-Child Interaction Therapy for American Indian and Alaska native families. *Journal of Psycho-active Drugs*, 43(4), 301-318.
- Boggs, S. R., Eyberg, S. M., Edward, D. L., Rayfield, A., Jacobs, J., Bagner, D., & Hood, K. K. (2004). Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy: A comparison of treatment completers and study dropouts one to three years later. *Child & Family Behavior Therapy*, 25(4), 1-22.
- Borrego, J., Anhalt, K., Terao, S. Y., Vargas, E. C., & Urquiza, A. J. (2006). Parent-Child Interaction Therapy with a Spanish-speaking family. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13, 121-133.
- Brestan, E. V., Eyberg, S. M., Boggs, S. R., & Algina, J. (1997). Parent-Child Interaction Therapy: Parent's perceptions of untreated siblings. *Child & Behavior Therapy*, 19(3), 13-28.
- Capage, L. C., Benet, G. M., & McNeil, C. B. (2001). A comparison between African American and Caucasian children referred for treatment of disruptive behavior disorder. *Child & Family Behavior Therapy*, 23(1), 1-14.
- Chase, R. M. & Eyberg, S. M. (2008). Clinical presentation and treatment outcome for children with comorbid externalizing and internalizing symptoms. *Anxiety Disorders*, 22, 273-282.
- Choate, M. L., Pincus, D. B., Eyberg, S. M. & Barlow, D. H. (2005). Parent-Child Interaction Therapy for treatment of separation anxiety disorder in young children: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 126-135.
- Dombrowski, S. C., Timmer, S. G., Blacker, D. M., & Urquiza, A. J. (2005). A positive behavioural intervention for toddlers: Parent-child attunement therapy. *Child Abuse Review*, 14, 132-151.
- Eisenstadt, T. H., Eyberg, S., McNeil, C. B., Newcomb, K., & Funderburk, B. (1993). Parent-Child Interaction Therapy with behavior problem children: Relative effectiveness of two stages and overall treatment outcome. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(1), 42-51.
- Eyberg, S. M. (1988). Parent-Child Interaction Therapy: Integration of traditional and behavioral concerns. *Child & Family Behavior Therapy*, 10, 33-46.
- Eyberg, S. M. (1999). Parent-Child Interaction Therapy (PCIT). Integrity checklists and session materials. University of Florida. (Retrieved on 11 February 2008, from the University of Florida PHHP website: <http://pcit.phhp.ufl.edu/>)
- Eyberg, S. M., Funderburk, B. W., Hembree-Kiggins, T. L., McNeil, C. B., Querido, J. G., & Hood, K. K. (2001). Parent-Child Interaction Therapy with behavior problem children: One and two year maintenance of treatment effects in the family. *Child & Family Behavior Therapy*, 23(4), 1-20.
- Eyberg, S. M. & Ross, A. W. (1978). Assessment of child behavior problems: The validation of a new inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 7, 113-116.
- Fernández, M. A., Butler, A. M., & Eyberg, S. M. (2011). Treatment outcome for low socioeconomic status African American families in Parent-Child Interaction Therapy: A pilot study. *Child & Behavior Therapy*, 33(1), 32-48.
- Fernández Hermida, J. R. & Pérez Álvarez, M. (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13(3), 337-344.
- Fernández, M. A., Gold, D. C., Hirsch, E., & Miller, S. P. (2014). From the clinics to the classroom: A review of teacher-child interaction training in primary, secondary, and tertiary prevention settings. *Cognitive and Behavioral Practice* (Retrieved on 04.01.2014 from <http://dx.doi.org/10.1016/j.>)
- Ferro, R., Vives, C., & Ascanio, L. (2010). Aplicación de la Terapia de Interacción Padres-Hijos en un caso de trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(3), 205-214.
- Filcheck, H., McNeil, C., Greco, L., & Bernard, R. (2004). Using a whole-class token economy and coaching of teacher skills in a preschool classroom to ma-



- nage disruptive behavior. *Psychology in the Schools*, 41(3), 351-361.
- Funderburk, B. W., Eyberg, S. M., Newcomb, K., McNeil, C. B., Hembree-Kigin, T., & Capage, L. (1998). Parent-Child Interaction Therapy with behavior problem children: Maintenance of treatment effects in the school setting. *Child & Behavior Therapy*, 20(2), 17- 38.
- Galanter, R., Self-Brown, S., Valente, J. R., Dorsey, S., Whitaker, D. J., Bertuglia-Haley, M., & Prieto, M. (2012). Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy delivered to at-risk families in the home setting. *Child & Family Behavior Therapy*, 34, 177-196.
- Greco, L.A. (2002). *Creating a context of acceptance in child clinical and pediatric settings*. Paper presented at the Association for Advancement of Behavior Therapy, Reno, NV.
- Greco, L. A., Barnett, E. R., Blomquist, K. K., & Gevers, A. (2008). Acceptance, body image and health in adolescence. In L.A. Greco & S. C. Hayes (Eds.), *Acceptance & Mindfulness Treatments for children & adolescents*. (pp. 187-214). Oakland: New Harbinger Publications.
- Greco L. A., Blackledge J. T., Coyne, L. W., & Ehrenreich, J. (2005): Integrating Acceptance and mindfulness into treatments for child and adolescent anxiety disorders. In S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*. (pp. 301-322) New York: Springer
- Greco, L. A. & Eifert, G. H. (2004). Treating parent-adolescent conflict: Is acceptance the missing link for an integrative family therapy? . *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 305-311.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Hembree-Kigin, T.L. & McNeil, C.B. (1995). *Parent-Child Interaction Therapy*. New York. Plenum Press.
- Herschell, A. D., Calzada, E. J., Eyberg, S. M., & McNeil, C. B. (2002). Parent-Child Interaction Therapy: New directions in research. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 9-16.
- Hood, K. K. & Eyberg, S. M. (2003). Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy: Mothers' reports of maintenance three to six years after treatment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(3), 419-429.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship*. New York: Plenum Press (Traducción al español: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga).
- Leung, C., Tsang, S., Heung, K., & Yiu, I. (2009). Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) among Chinese families. *Research on Social Work Practice*, 19(3), 304-313.
- Luby, J., Lenze, S., & Tillman, R. (2012). A novel early intervention for preschool depression: findings from a pilot randomized controlled trial. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(3), 313-322.
- Luiselli, J. K. (2009). Características clínicas y tratamiento del trastorno desafiante por oposición. In V.E. Caballo & M.A. Simón (Eds.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. (pp. 39-55). Madrid: Ed. Pirámide.
- Lyon, A. R., Gershenson, R. A., Farahmand, F. K., Thaxter, P. J., Behlind, S., & Budd, K. S. (2009). Effectiveness of Teacher-Child Interaction Training (TCIT) in a preschool setting. *Behavior Modification*, 33(6), 855- 884.
- Matos, M., Bauermeister, J. J., & Bernal, G. (2009). Parent-Child Interaction Therapy for Puerto Rican preschool children with ADHD and behavior problems: A pilot efficacy study. *Family Process*, 48(2), 232-252.
- McCabe, K. & Yeh, M. (2009). Parent-Child Interaction Therapy for Mexican Americans: A randomized clinical trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(5), 753-759.
- McCabe, K., Yeh, M., Lau, A., & Argote, C. B. (2012). Parent-Child Interaction Therapy for Mexican Americans: Results of a pilot randomized clinical trial at follow up. *Behavior Therapy*, 43, 606-618.
- McIntosh, D. E., Rizza, M. G., & Bliss, L. (2000). Implementing empirically supported interventions: Teacher-Child Interaction Therapy. *Psychology in the School*, 37(5), 453-462.
- McNeil, C. B., Capage, L. C., Bahl, A., & Blanc, H. (1999). Importance of early Intervention for disruptive behavior problems: Comparison of treatment and waitlist-control groups. *Early Education & Development*, 10(4), 445-454.
- McNeil, C. B., Eyberg, S., Eisenstadt, T. H., Newcomb, K., & Funderburk, B. (1991). Parent-Child Interaction Therapy with behavior problem children: Generalization of treatment effects to the school setting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20(2), 140-151.



- McNeil, C. B. & Hembree-Kigin, T. L. (2011). *Parent-Child Interaction Therapy*. Second Edition. New York: Springer.
- Mooney, S. (1995). Parent training: A review of Adlerian, parent effectiveness training, and behavioral research. *The Family Journal*, 3, 218-230.
- Niec, L. M., Hemme, J. M., Yopp, J. M., & Brestan, E. V. (2005). Parent-Child Interaction Therapy: The rewards and challenges of a group format. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 113-125.
- Nixon, R. D., Sweeney, L., Erikson, D. B., & Touyz, S. W. (2003). Parent-Child Interaction Therapy: A comparison of standard and abbreviated treatments for oppositional preschoolers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 251-260.
- Nixon, R. D., Sweeney, L., Erikson, D. B., & Touyz, S. W. (2004). One-and-two-year follow-up of standard and abbreviated treatments for oppositional preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(3), 263-271.
- Pade, H. Taube, D. O., Aalborg, A. E., & Reiser, P. J. (2006). An immediate and long-term study of a temperament and parent-child interaction therapy based community program for preschoolers with behavior problems. *Child & Family Behavior Therapy*, 28(3), 1-28.
- Pincus, B. D., Santucci, L. C., Ehrenreich, J. T., & Eyberg, S. M. (1998). The implementation of modified Parent-Child Interaction Therapy for youth with separation anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 118-125.
- Rey, C. A. (2006). Entrenamiento de padres: Una revisión de sus principales componentes y aplicaciones. *Revista Infancia, Adolescencia y Familia*, 1(1), 61-84.
- Rhule, D. M., McMahon, R. J., & Spieker, S. J. (2004). Relation of adolescent mothers' history of antisocial behavior to child conduct problems and social competence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(3), 524-535.
- Robles Pacho, Z. & Romero Triñanes, E. (2011). Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: Una revisión de su eficacia. *Anales de Psicología*, 27(1), 86-101.
- Schuhmann, E. M., Foote, R. C., Eyberg, S. M., Boggs, S. R., & Algina, J. (1998). Efficacy of Parent-Child Interaction Therapy: Interim report of a randomized trial with short-term maintenance. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(1), 34-45.
- Shinn, M. (2013). Parent-Child Interaction Therapy with a deaf and hard of hearing family. *Clinical Case Studies*, 20(10), 1-17.
- Solomon, M., Ono, M., Timmer, S., & Goodlin-Jones, B. (2008). The effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy for families of children on the autism spectrum. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1767-1776.
- Thomas, R. & Zimmer-Gembeck, M. J. (2011). Accumulating evidence for Parent-Child Interaction Therapy in the prevention of child maltreatment. *Child Development*, 82(1), 177-192.
- Tiano, J. D & McNeil, C. B. (2006). Training head start teachers in behavior management using Parent-Child Interaction Therapy: A preliminary investigation. *Journal Of Early and Intensive Behavior Intervention*, 3(2), 220-233.
- Timmer, S. G., Ho, L. K. L., Urquiza, A. J., Zebell, N. M., Fernández-García, E., & Boys, D. (2011). The effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy with depressive mothers: The changing relationship as the agent of individual change. *Child Psychiatry Human Development Journals*, 42, 406-423.
- Timmer, S. G., Ware, L. M., Urquiza, A. J., & Zebell, N., M. (2010). The effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy for victims of interparental violence. *Violence and Victims*, 25(4), 486-503.
- Timmer, S., Zebell, N., Culver, M., & Urquiza, A. (2010). Efficacy of adjunct In-home coaching to improve outcomes in Parent-Child Interaction Therapy. *Research on Social Work Practice*, 20(1), 36-45.
- Urquiza, A. J. & Timmer, S. G. (2014). Parent-Child Interaction Therapy for maltreated children. In S. G. Timmer & A. J. Urquiza (Eds.), *Evidence-Based Approaches for the Treatment of Maltreated Children* (pp. 123-144). Netherlands: Springer.
- Verduin, T. L., Abikoff, H., & Kurtz, S. M. S. (2008). Evidence-based treatment of attention deficit/hyperactivity disorder in a preschool-age child: A case study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(2), 477-485.
- Wagner, S. M. & McNeil, C. B. (2008). Parent-Child Interaction Therapy for ADHD: A conceptual overview and critical literature review. *Child & Family Behavior Therapy*, 30(3), 231-256.
- Ware, L. M., McNeil, C. B., Mase, J., & Stevens, S. (2008). Efficacy of in-home Parent-Child Interaction Therapy. *Child & Family Behavior Therapy*, 30(2), 99-126.