

Un Programa para la Mejora de las Relaciones Padres-Hijos. La Terapia de Interacción Padres-Hijos

Anthony J. Urquiza y Susan Timmer. University of California at Davis Children's Hospital, USA

Ésta es una versión traducida al español del original en inglés Parent-Child Interaction Therapy: Enhancing Parent-Child Relationships.

Para referenciar, citar el original como: Anthony J. Urquiza y Susan Timmer (2012). Parent-Child Interaction Therapy: Enhancing Parent-Child Relationships. *Psychosocial Intervention*, 21, 145-156. <http://dx.doi.org/10.5093/in2012a16>

Resumen. Los problemas de comportamiento infantil disruptivo son frecuentes para muchos padres y pueden estar asociados con graves conductas delictivas o agresivas/violentas en la adolescencia o en la edad adulta. Las intervenciones con los padres que tratan este tipo de problemas de comportamiento disruptivo han ganado aceptación. Uno de estos programas de intervención con los padres es la Terapia de Interacción Padres-Hijos (PCIT). El PCIT es un programa, basado en las teorías del apego y del aprendizaje social, diseñado para niños y niñas de entre 2 y 7 años de edad que presenten problemas de conducta disruptiva o externalizados, y que tiene una duración de entre 14 y 20 semanas. En este artículo se presentará una breve revisión de la historia del PCIT, una descripción de sus componentes básicos, y una visión general de los avances recientes que subrayan las posibilidades del PCIT para mejorar las relaciones padres-hijos en familias maltratantes, para tratar a niños y niñas víctimas de situaciones traumáticas y para mejorar la resiliencia en niños y niñas de corta edad. En relación con los tres objetivos básicos del PCIT (es decir, reducción de los problemas de conducta, mejora de las habilidades parentales y mejora de la calidad de las relaciones entre padres e hijos), hay una abundancia de investigaciones que demuestran robustos efectos del tratamiento y, por tanto, su validez para ser aplicado de manera generalizada. La investigación más reciente ha demostrado también el valor de PCIT en la reducción de síntomas traumáticos en niños y niñas de corta edad.

Palabras clave: habilidades parentales, problemas de conducta, Terapia de Interacción Padres-Hijos, tratamiento.

Los problemas de comportamiento infantil disruptivo (incluyendo la agresión, las conductas de oposición y no obediencia) son por los que los padres recurren más habitualmente a la intervención profesional (Kazdin, Bass, Ayers, y Rodgers, 1990). Aunque las conductas de oposición desafiante ocasionales son bastante comunes durante la infancia, un patrón estable de conducta disruptiva presenta una fuerte asociación con graves conductas delictivas y conductas agresivas/violentas en la adolescencia y la edad adulta (Broidy et al. 2003; Fergusson, Horwood, y Lynskey, 1994; Tolan y Gorman-Smith 1998). A lo largo de la historia de provisión de servicios de salud mental, los enfoques centrados sólo en el niño (por ejemplo, terapia de juego, terapia individual) han sido las principales intervenciones para reducir estos tipos de problemas de conducta. Sin embargo, durante las últimas décadas ha emergido una fuerte tendencia a favor de tratar estos tipos de problemas de conducta infantil disruptiva a través de intervenciones que incorporan a los padres o que están centradas en mejorar las habilidades parentales (Bourke y Nielsen, 1995; Graziano y Diament, 1992). Esta tendencia a favor de las intervenciones con los padres para abordar problemas de conducta infantil disruptiva ha ganado una aceptación generalizada (Kazdin y Weisz, 2003). Además, este enfoque también ha quedado refrendado por un reciente meta-análisis de intervenciones con los padres (Kaminski, Valle, Filene, y Boyle, 2008) que reveló que las intervenciones que generaban mayores efectos se centraban en incrementar las interacciones positivas padres-hijos y las habilidades de comunicación emocional, en enseñar a los padres a emplear el tiempo libre y la importancia de ejercer el rol parental coherentemente, y en instar a los padres a practicar nuevas habilidades con sus hijos durante la sesión de aprendizaje parental. Una de estas intervenciones con los padres, la Terapia de Interacción Padres-Hijos (PCIT; Eyberg y Robinson, 1983) incorpora estos tres elementos.

En las páginas que siguen, se proporciona una breve revisión de la historia de la PCIT, una descripción de los componentes básicos de la PCIT, y una revisión general de los avances recientes que pone de relieve el compromiso de la PCIT con las relaciones de maltrato entre padres e hijos, con los niños traumatizados y con el refuerzo de la resiliencia en los niños de menor edad.

Inicialmente, Sheila Eyberg subrayó la coincidencia de la PCIT con los principios del condicionamiento operante, con los objetivos declarados de reducir la conducta disruptiva infantil y mejorar las habilidades parentales. Sin embargo, Eyberg (2004) también ha señalado las influencias de los autores pioneros en terapia de juego en el desarrollo de la PCIT: Virginia Axline (1947) y Bernard Guerney (1964). En su descripción de los orígenes de la PCIT, Eyberg (2004) expresó su apoyo a los objetivos y técnicas de la terapia de juego propuesta por los enfoques terapéuticos de Axline y Guerney para promover la expresión de afecto y la aceptación. Eyberg (2004) además señaló que el trabajo de Diana Baumrind (1966; 1967) la había animado a conceptualizar un rol parental saludable como aquel que incluye una comunicación clara y un firme establecimiento de límites, y que se refleja en un estilo parental asertivo. Como resultado, Eyberg desarrolló la PCIT con el objetivo de incrementar las habilidades positivas de relación padre-hijo para lograr el objetivo subyacente de promocionar los elementos fundamentales de las relaciones padres-hijos saludables. El gran logro de la innovación de Eyberg fue ampliar las ideas de Hanf (1968) sobre el ejercicio del rol parental *en vivo* y usar la estructura de un paradigma de ‘asesoramiento’ para enseñar a los padres las habilidades empleadas por los terapeutas infantiles (por ejemplo, atención positiva, calidez afectiva, sensibilidad y mejora de la relación) y las habilidades necesarias para gestionar una conducta infantil problemática.

¿Qué es la Terapia de Interacción Padres-Hijos?

La Terapia de Interacción Padres-Hijos (PCIT) es una intervención protocolizada basada en teorías de aprendizaje social y de apego. La PCIT ha sido diseñada para niños entre 2 y 7 años con problemas de conducta disruptiva o externalizados (Eyberg y Robinson, 1983). El modelo de cambio que subyace es similar al de otros programas de enseñanza parental. Estos programas promueven la idea de que a través de un rol parental positivo y habilidades de modificación de conducta, los propios padres se convierten en los agentes de cambio para reducir los problemas de conducta de sus hijos. Sin embargo, a diferencia de otras intervenciones centradas en el ejercicio del rol parental, la PCIT incorpora tanto a los padres como a los hijos en las sesiones del tratamiento y emplea asesoramiento terapéutico individualizado y en directo con un enfoque idiográfico para modificar relaciones padres-hijos disfuncionales.

La PCIT es aplicada en dos fases. La primera fase se centra en reforzar las relaciones padres-hijos (Interacción Dirigida por el Niño; Child-Directed Interaction, CDI), y la segunda en mejorar la obediencia del niño (Interacción Dirigida por el Padre; Parent-Directed Interaction, PDI). Ambas fases de tratamiento se inician con una hora de enseñanza didáctica, seguida de sesiones en las que el terapeuta asesora a los padres durante el juego con los hijos. Desde una sala de observación tras un cristal de efecto espejo por medio de un receptor oculto en el oído que lleva el padre o madre, el terapeuta proporciona feedback a los padres sobre el uso de las habilidades. Los padres son así instruidos y practican habilidades específicas de comunicación y manejo de conducta con sus hijos. Además de practicar estas habilidades durante las sesiones clínicas, se insta a los padres a practicar con sus hijos en el hogar durante 5 minutos todos los días.

En la CDI (habitualmente 7 – 10 sesiones), se enseña a los padres a seguir la conducta de sus hijos en los juegos describiendo las actividades de estos, reflejando sus verbalizaciones apropiadas y alabando sus conductas positivas. Al final de la CDI, los padres por lo general han pasado de fijarse muy ocasionalmente en las conductas positivas de sus hijos, a una atención más sistemática y a alabar la conducta adecuada. Cuando los cuidadores dominan las habilidades en la CDI demostrando que pueden ofrecer descripciones de conductas de sus hijos (por ejemplo, “Estás construyendo una torre alta”), reflejos (es decir, repetir o parafrasear las palabras del niño), y elogios (por ejemplo, “Gracias por tratar con tanto cuidado estos juguetes”), además de algunas cuantas ejemplos de realizar preguntas, dar órdenes y evitar criticar a su hijo en una evaluación de 5 minutos, se avanza a la segunda fase del tratamiento. Un ejemplo de asesoramiento de CDI debería incluir:

(El padre y el hijo están jugando con bloques de Lego; el terapeuta observa desde una habitación de observación anexa y habla con el padre a través del auricular)

Terapeuta: Describe a Robert lo que hace con sus manos.
Padre: Pones todos los bloques azules sobre la mesa. [Descripción conductual]
Terapeuta: ¡Has hecho una buena descripción conductual!
Hijo: Sí, voy a construir una torre azul muy grande.
Padre: Vas a hacer una torre azul muy grande. [Reflejo]
Asesor: ¡Bien, ya lo tienes! Esa ha sido un reflejo perfecto de lo que dijo Robert. Él sabe que le estás prestando atención a lo que hace. Si lo alabas y le prestas atención por su buen comportamiento, él repetirá más ese comportamiento.
Padre: Me gusta que juegues tranquilamente con los juguetes. [Elogio Descrito]
Terapeuta: Excelente elogio descrito.
Hijo: ¡Y también voy a hacer una torre roja! ¡Y una amarilla!

En la PDI (habitualmente 7 – 10 sesiones) los terapeutas enseñan a los padres a dar sólo las órdenes necesarias, a hacerlas claras y directas, maximizando así las posibilidades de cumplimiento. Los padres que participan en la PCIT habitualmente aprenden un método específico de emplear el tiempo-fuera para corregir el incumplimiento. Se puede enseñar a los padres estrategias de imparcialidad (por ejemplo, eliminar los privilegios) si así se indica. Estas estrategias están diseñadas para proporcionar a los cuidadores las herramientas necesarias para el manejo de la conducta de sus hijos, al tiempo que les ayuda a evitar el uso de la fuerza física, sustituyéndola por el uso de incentivos positivos y la promoción de la regulación emocional de los hijos. El dominio de las habilidades de manejo de conducta durante la PDI se alcanza cuando los terapeutas observan que los cuidadores son capaces de utilizar las estrategias de manejo de conducta que han aprendido sin necesitar ser asesorados y cuando los padres informan de la efectividad de estas estrategias. Al finalizar la PDI, el proceso de dar órdenes y obtener cumplimiento es predecible y seguro para padres e hijos. Un ejemplo de asesoramiento de PDI debería incluir:

(Padre e hijo están jugando con bloques de Lego; el terapeuta observa desde una habitación de observación anexa y habla con el padre a través del receptor oculto en el oído)

Terapeuta: Es hora de recoger los juguetes. Di a Robert que ponga los bloques de Lego en la caja.
Padre: Robert, es hora de recoger. Por favor, guarda los bloques de Lego en la caja [Orden Directa]
Terapeuta: Excelente Orden Directa. Ahora Robert sabe exactamente lo que tiene que hacer.
Hijo: (Robert comienza a guardar los bloques de Lego en la caja)
Padre: ¡Estás guardando el Lego en la caja muy bien! [Elogio Descrito]
Terapeuta: Le has elogiado muy bien por guardar los bloques de Lego. Ayudará a que Robert quiera recoger más veces en el futuro.

PCIT con Niños con trastorno oposicionista-desafiante

Existen numerosos estudios que demuestran la eficacia de la PCIT para reducir los problemas de conducta infantil (Eisenstadt, Eyberg, McNeil, Newcomb, y Funderburk, 1993; Eyberg, 1988; Eyberg y Robinson, 1982). Los efectos positivos se han mantenido durante un periodo de hasta seis años tras el tratamiento (Hood y Eyberg, 2003). Además, se ha demostrado que los efectos del tratamiento se han generalizado al hogar (Boggs, Eyberg, y Reynolds, 1990), al entorno escolar (McNeil, Eyberg, Eisenstadt, Newcomb, y Funderburk, 1991), y a los hermanos no tratados (Eyberg y Robinson, 1982). También existen investigaciones que indican que la PCIT genera unos resultados de tratamiento positivos con distintos tipos de grupos culturales y lingüísticos, incluyendo a familias hispano-parlantes (McCabe, Yeh, Garland, Lau, y Chavez, 2005), familias chinas (Leung, Tsang, Heunh, y Yiu, 1999), y familias afro-americanas (Fernandez, Butler, y Eyberg, 2011).

Basándose en los numerosos estudios que demuestran el valor de la PCIT con niños que presentan trastorno oposicionista-desafiante, Urquiza y McNeil (1996) argumentaban que algunos (si no muchos) de los niños involucrados en los estudios de PCIT eran también víctimas de maltrato físico y/o estaban expuestos a la violencia doméstica. Por ello, estos autores promocionaban el uso de la PCIT con el maltrato y la exposición a la violencia doméstica. Hay muchas razones para suponer que la PCIT podría ser un tratamiento beneficioso para las familias maltratantes. Los tratamientos efectivos para esas familias deberían incluir tanto a los padres como a los hijos porque las conductas de cada uno contribuyen a las respuestas inadaptadas del otro, alimentando un ciclo continuado de hostilidad y coacción. El tratamiento también debería proporcionar un medio para reducir directamente el afecto negativo y el control coercitivo, al tiempo que se promueve (es decir, mediante enseñanza y asesoramiento) un afecto positivo mayor y estrategias de disciplina. La PCIT cumple estas dos condiciones y ha probado ser un tratamiento altamente efectivo. Es por estas razones por lo que en la última década se ha producido un modelo de resultados de investigación que muestran resultados positivos con las díadas padres-hijos en las que se da el maltrato físico (Timmer, Urquiza, Zebell, y McGrath, 2005), y otros tipos de niños maltratados, incluyendo niños que han sufrido abusos, niños expuestos a la violencia doméstica y niños con sus padres de acogida (Borrego, Timmer, Urquiza y Follette, 2004; Chaffin et al., 2004; Timmer, Borrego y Urquiza, 2002; Timmer, Urquiza, y Zebell, 2006; Timmer, Ware, Zebell, y Urquiza, 2010). En resumen, aunque la PCIT fue inicialmente desarrollada como intervención específica para niños con problemas de conducta disruptiva, existen en la actualidad muchas investigaciones que consideran la PCIT un programa efectivo de habilidades parentales basado en la evidencia para familias maltratantes y de alto riesgo.

PCIT y trauma infantil

Urquiza et al. (Mannarino, Lieberman, Urquiza, y Cohen, 2010) han registrado varias intervenciones efectivas para reducir los síntomas de trauma en niños de corta edad, incluyendo la PCIT. En la investigación llevada a cabo por Urquiza y Timmer (2008) se observó que los niños de corta edad con síntomas de trauma y problemas de conducta disruptiva mostraban una reducción significativa de ambos tipos de problemas tras recibir el tratamiento convencional de PCIT. Sin embargo, esta investigación plantea algunas preguntas acerca de por qué los síntomas de trauma infantil se reducen como resultado de la participación en un programa de habilidades parentales. Para entender mejor por qué los niños de corta edad traumatizados mejoran tras participar en la PCIT, es importante examinar las características evolutivas asociadas con la expresión infantil del trauma, las relaciones padres-hijos y la resiliencia.

Los niños de menor y mayor edad responden de forma diferente al trauma; los niños de menor edad parecen más receptivos a la estabilidad (o falta de estabilidad) del funcionamiento parental y los niños de mayor edad presentan menos posibilidades de ser afectados negativamente por la inestabilidad parental (Scheeringa y Zeanah, 2001). En concreto, los niños de menor edad (es decir, niños de menos de tres años, niños en edad pre-escolar y niños en elemental) se muestran altamente receptivos al estímulo parental de estabilidad afectiva, inestabilidad y angustia relacionada con eventos familiares adversos (por ejemplo, violencia interpersonal), frecuentemente debido a que el medio que emplean de afrontamiento está todavía co-regulado por el padre/madre (Chu y Lieberman, 2010; Fogel, Garvey, Hsu, y West-Stroming, 2006). Por el contrario, los niños de mayor edad (es decir, en edad escolar, adolescentes) tienden a confiar más en sus propias habilidades y cogniciones de afrontamiento, tienden a ser más independientes, desarrollando otras fuentes de apoyo, tales como sus iguales o parientes (Werner, 1995). Debido a estos factores, los enfoques de tratamiento que incluyen tanto a padres como a hijos tienden a ser más efectivos con los niños de menor edad que con los de mayor edad (Runyon, Deblinger, Ryan, y Thakkar-Kolar, 2004).

Muchos de los traumas infantiles comunes (por ejemplo, maltrato físico infantil, abuso sexual infantil, exposición a violencia doméstica) presentan una gama de respuestas comunes y perturbadoras. Los niños que experimentan eventos traumáticos exhiben síntomas que concuerdan con el Trastorno de Estrés Post-traumático (American Psychiatric Association, 2000), que incluyen pesadillas, desregulación afectiva, imágenes

intrusivas y angustia intensa relacionada con estímulos asociados con el evento traumático (Copeland, Keeler, Angold, y Costello, 2007). Sin embargo, es más difícil detectar los efectos del trauma en los niños de corta edad, porque estos no reconocen o no pueden articular la conexión entre el evento traumático y cómo se sienten y comportan debido a las limitaciones en su capacidad de expresión, en cognición social y funcionamiento cognitivo.

Una característica de muchas familias violentas que contribuye a los problemas de conducta disruptiva infantil es la ausencia de un cuidado parental positivo, afectuoso y enriquecedor (Fantuzzo, DePaola, Lambert, Martino, Anderson, y Sutton, 1991). Cuando niños traumatizados viven en familias con estilos de vida caóticos, en los que las relaciones padres-hijos consistentes y positivas son poco frecuentes o casi inexistentes, sus problemas conductuales podrían estar menos relacionados con su trauma que con el estilo de vida general caótico y disfuncional en el que están creciendo. La población de niños con problemas de conducta disruptiva causados por un estilo parental pobre e inconsistente es el grupo para el que alguna clase de intervención parental intensiva puede resultar más efectiva (Kaminski et al., 2008); aunque este tipo de intervención podría no abordar *directamente* las cogniciones y afecto relacionados con el trauma del niño.

Seguridad y estabilidad de la relación del niño con su cuidador primario. Una de las vías de recuperación del trauma infantil conlleva incitar el apoyo de cuidadores importantes. Es decir, un rol parental de apoyo está asociado a resultados positivos del niño en muchas áreas (Greenberg, 1999; Kim et al., 2003), especialmente cuando el niño debe afrontar algún tipo de experiencia adversa. Por lo tanto, es esencial mantener una relación padre-hijo positiva y el apoyo parental con el fin de optimizar la habilidad del niño a gestionar cualquier experiencia adversa o traumática. La combinación del estrés parental asociado al trauma infantil y síntomas problemáticos en el niño pueden erosionar la capacidad del padre de prestarle apoyo, y ser afectuoso y comprensivo. La enseñanza a los padres de habilidades de juego centradas en el niño, la calidez y la afiliación positiva aumentan, fortaleciendo así las relaciones padres-hijos.

Reducir los problemas conductuales del niño puede incrementar las capacidades parentales. Para que las intervenciones basadas en las relaciones sean efectivas, el cuidador debe ser capaz de participar e implementar las habilidades aprendidas o ideas discutidas durante las sesiones de terapia. Cuando los cuidadores primarios tienen otras fuentes de estrés e intentan afrontar los efectos de sus propias experiencias traumáticas, estos problemas contribuyen a la aparición de problemas de salud mental en los niños, frustrando la calidez y sensibilidad, e impiden un ejercicio efectivo del rol parental (Lovejoy, Graczyk, O'Hare, y Neuman, 2000), así como la efectividad del tratamiento (Stevens, Ammerman, Putnam, y Van Ginkel, 2002). Los síntomas del estrés post-traumático, tales como la depresión, la fatiga, la disociación y una concentración deficiente pueden interferir en la adquisición de las habilidades parentales (Reyno y McGrath, 2006). Además, la depresión parental incrementa las probabilidades de abandonar el tratamiento antes de su finalización (Kazdin, 2000), lo cual elimina totalmente cualquier posibilidad de ayudar a los niños. Sin embargo, las investigaciones demuestran que, si los padres traumatizados son capaces de superar la tendencia a abandonar el tratamiento y están motivados para participar en un tratamiento basado en la relación, sus propios síntomas psicológicos pueden verse aliviados (Timmer et al., 2011). En la PCIT, se enseña a los padres a afrontar las emociones que con frecuencia acompañan la conducta disruptiva de sus hijos, mediante el uso de habilidades de reducción de la ansiedad tales como respirar profundamente y contar en silencio ante la frustración. Se les instruye para que muestren calidez, entusiasmo y disfrute en sus interacciones con sus hijos. Cuando los padres traumatizados realizan repetidamente estas conductas positivas de adaptación durante la PCIT, se cree que estas respuestas de adaptación pueden comenzar a generalizarse, o a “derramarse” en otras áreas de sus vidas, reemplazando las respuestas inadaptadas (Timmer et al., 2011).

Estudio de un caso tratado con PCIT

La familia en tratamiento constaba de una madre de 27 años y su hijo de 4 años, “A”. La madre estaba casada, pero había estado separada de su marido, el padre biológico del niño, durante aproximadamente dos años. La familia fue remitida a tratamiento por su trabajador social de los Servicios de Protección del Menor (Child Protective Services, CPS) debido a la conducta verbal y física del niño excesivamente agresiva hacia

su madre, sus rabietas, su tendencia destructiva y comportamiento impulsivo. La remisión también informó que el niño mostraba ansiedad por la separación, y que lloraba incontroladamente siempre que la madre se separaba de él. El terapeuta asistió a la madre y a A en 34 sesiones de PCIT en la clínica: 2 sesiones de valoración inicial, 2 sesiones de enseñanza, y 30 sesiones de asesoramiento (más que las habituales 14-20 sesiones). Además de estas sesiones de PCIT en la clínica, la madre recibió intermitentemente su propia terapia individual. Al final del tratamiento, la familia recibió servicios complementarios de apoyo en el hogar (4 sesiones) para ayudar a la madre a generalizar las habilidades de PCIT en el ámbito del hogar.

Historial del Niño: “A” vivía con su madre y un hermano de seis años de edad y visitaba a su padre los fines de semana en la casa de su abuela paterna. La madre y el padre de A tenían un largo historial de violencia doméstica; el incidente más reciente de violencia extrema tuvo lugar aproximadamente un año antes de su remisión a la PCIT. La madre había quedado en recoger a los niños tras la visita al padre en el aparcamiento de una tienda. Mientras la madre intentaba sacar a A del coche, ella y la novia del padre comenzaron a intercambiar insultos, de los cuales pasaron a los arañazos y estirones de pelo. El padre, que estaba poniendo al hermano en el vehículo de la madre, estiró a la madre sacándola de su coche y la sostuvo mientras la novia atacaba físicamente a la madre, luego la empujó de nuevo en su coche y continuó dándole patadas y puñetazos delante de A. Unos viandantes avisaron a la policía y a los servicios de emergencias médicas.

En la entrevista clínica inicial, la madre informó que A había sido agresivo, destructivo, desafiante e impulsivo “durante años”. Ella creía que los problemas conductuales del niño surgieron al ser testigo de violencia doméstica. Sin embargo, es necesario señalar que además de estar expuesto a la violencia entre sus padres, la madre presentaba un historial de depresión severa. Se sospecha que la madre estuvo experimentando síntomas depresivos a lo largo de la vida de A. Cuando la madre llevó a A a los servicios de PCIT, esta no recibía ninguna orientación, ni tomaba medicación alguna. La madre negó que abusara de ninguna droga ni alcohol.

Evaluación en la PCIT y Procedimientos de Tratamiento

La PCIT es un tratamiento basado en la evaluación. Antes del tratamiento y tras la finalización, los padres completan una batería de valoraciones estandarizadas que incluyen los siguientes instrumentos: Lista de Comprobación Conductual Infantil (Child Behavior Checklist, CBCL, 1 ½ - 5 años; Achenbach y Rescorla, 2000) y el Inventario Eyberg de Conducta Infantil (Eyberg Child Behavior Inventory, ECBI; Eyberg y Pincus, 1999), dos instrumentos de medición de la severidad de los problemas de conducta infantil; la Lista de Comprobación de Síntomas de Trauma en Niños de corta edad (Trauma Symptom Checklist for Young Children, TSCYC; Briere et al., 2001), instrumento que mide la severidad de los síntomas de trauma infantil; El Inventario Breve de Síntomas (Brief Symptom Inventory, BSI; Derogatis, 1993), un instrumento de autoinforme que mide los síntomas psicológicos parentales; y una versión corta del Índice de Estrés Parental (Parenting Stress Index, PSI; Abidin, 1995), una medida de la severidad de las tres fuentes de estrés en el rol parental: angustia parental, disfunción en la relación padre-hijo, y conducta infantil difícil.

Además, el terapeuta realiza una evaluación antes y después del tratamiento mediante observación de la diada mientras juegan juntos en tres actividades semi-estructuradas, utilizando el Sistema-III de Codificación Diádica Padre-Hijo (Dyadic Parent-Child Coding System-III, DPICS-III; Eyberg, Nelson, Duke, y Boggs, 2005), un sistema de codificación micro-analítico diseñado por Eyberg et al. (2005) para categorizar las verbalizaciones parentales en las interacciones padres-hijos. Las tres situaciones de juego varían en la cantidad de control que el padre debe emplear. En la primera situación (Interacción Dirigida por el Niño), se pide a los padres que sigan cómo se conducen los hijos en los juegos. Se les dice a los padres que dejen al niño elegir una actividad y que le sigan en el juego. En la Interacción Dirigida por el Padre, se insta a los padres a elegir una actividad y que hagan que el hijo juegue con el padre siguiendo las normas de éste. En la tercera y última situación, se asesora al padre para que haga recoger los juguetes al niño sin la ayuda del padre. En aras de la investigación, también utilizamos una evaluación global de la calidad de la relación cuidador-niño, las Escalas de Disponibilidad Emocional (Emotional Availability Scales, EAS, 3ª Ed.; Biringen, 2000), con el fin de ilustrar la calidad del cambio en la relación padre-hijo desde el inicio hasta la finalización del tratamiento.

El EAS consiste en cuatro escalas que miden aspectos de la conducta del padre hacia el hijo, y dos escalas que miden las cualidades de la conducta del hijo hacia el padre. Además de evaluar la conducta de los padres e hijos en las sesiones DPICS, el terapeuta invierte los primeros 5 minutos de cada sesión terapéutica semanal en observar las interacciones padre-hijo en el juego dirigido por el hijo. El terapeuta permanece en silencio durante este periodo de tiempo, codificando las verbalizaciones padre-hijo.

Transcurso del Tratamiento en la PCIT

La madre estuvo de acuerdo con el terapeuta en que la PCIT sería el tratamiento más adecuado para sus necesidades, y se programaron sesiones semanales. Tras una sesión de instrucción de CDI llevada a cabo por el terapeuta en la que enseñaba a la madre las habilidades que necesitaría y lo que podía esperar del tratamiento, comenzaron las sesiones de asesoramiento. Al principio de cada sesión, el terapeuta hablaba brevemente con la madre, preguntándole cómo se había comportado A desde la última visita y qué tal le estaba yendo a la madre. Durante la tercera sesión, la madre expresó quejas porque se sentía estresada por dificultades económicas y deprimida tras haber roto con su novio. También le estaba resultando más difícil controlar a sus hijos. El terapeuta la remitió a su propio asesoramiento, sugiriéndole que si tuviera algún tipo de apoyo le resultaría más fácil avanzar en la PCIT. Dos semanas más tarde, la madre informó que los síntomas de depresión habían empeorado, pero que tenía cita con su médico en dos semanas para que le recetara antidepresivos. Según la trabajadora social de los hijos, unos días después (justo antes de la 6ª sesión de asesoramiento), la madre llamó a la trabajadora social y le dijo que estaba sintiéndose demasiado deprimida y desbordada para cuidar a sus hijos. La trabajadora social entonces decidió quitar temporalmente la custodia de los hijos a la madre.

Un poco más de un mes más tarde, A y su madre reanudaron de nuevo la PCIT. Por aquel entonces, la madre disfrutaba de dos días de visita a sus hijos a la semana y había estado tomando antidepresivos durante aproximadamente un mes, e informó de alguna mejoría en los síntomas depresivos. A y su madre realizaron progresos aunque de forma inestable durante todo el mes siguiente. En ocasiones, la madre parecía estar centrada y ser capaz de usar sus habilidades de la PCIT, e informó de una mejor conducta y más calmada de su hijo. En otras ocasiones, informó que A le pegaba patadas y le golpeaba. En estas ocasiones ella también parecía estar desconectada del tratamiento y el hijo no respondía a los intentos de la madre de llevar a cabo las habilidades. El terapeuta organizó servicios complementarios semanales para la madre para tratar sus problemas de depresión y trauma. Dos semanas después de iniciar el tratamiento individual complementario, la madre recobró la custodia de sus dos hijos. Dos semanas más tarde, en la 15ª sesión de asesoramiento (3 meses después de retomar la PCIT), A y su madre pasaron a la segunda fase de tratamiento: la madre demostró dominar las habilidades terapéuticas de juego y su hijo se mostraba más consistentemente sensible hacia ella.

En total, la díada recibió 14 sesiones de asesoramiento en PDI antes de que el terapeuta estuviera totalmente seguro de que la madre podía manejar la conducta de su hijo y que los problemas de conducta del hijo habían disminuido lo suficiente. Durante este periodo, la madre acudió a 15 sesiones de terapia individual (una a la semana). A partir de la sesión número 12 de PDI, la familia comenzó a recibir servicios domiciliarios para ayudar a la madre a generalizar sus habilidades en el entorno del hogar.

Descripción del Tratamiento de la Madre

Al saber que la madre tenía un largo historial de violencia doméstica y un historial previo de maltrato y adopción, el terapeuta previó la administración a la madre de una terapia relacionada con los traumas para sacar a la luz los desencadenantes que le dificultaban implementar las habilidades que estaba aprendiendo en la PCIT. Tras unas entrevistas clínicas iniciales, el terapeuta llegó a la conclusión que los síntomas depresivos de la madre, así como sus necesidades de dependencia, su sentimiento de indefensión y una baja auto-eficacia eran las barreras más significativas que le impedían progresar en la PCIT. En consecuencia, aplicó un enfoque dual en el tratamiento: un enfoque cognitivo-conductual para promover las cogniciones saludables y

frenar las depresivas, y entrenamiento en *mindfulness* para ayudar a la madre a controlar la impulsividad y resolver problemas. Las sesiones estuvieron principalmente dedicadas a desentrañar los problemas que la madre tenía con su ex-marido y la novia de este, los colegios, las discusiones por la custodia, y averiguar la mejor manera en la que ella podía usar las habilidades que estaba aprendiendo en la PCIT.

Instrumentos estandarizados

Problemas de conducta del niño. La tabla 1 muestra las puntuaciones de los instrumentos realizados por la madre de A antes del tratamiento, durante la 7ª sesión (sólo ECBI) y tras el tratamiento. Las valoraciones de la madre sobre su hijo en el ECBI y el CBCL muestran que el número y frecuencia de los problemas de conducta del niño se encuentran en nivel clínico antes del tratamiento. En concreto, la madre percibió problemas con la reactividad emocional de A (por ejemplo, malhumorado, quejumbroso, de humor variable, alterado por las novedades), ansiedad/depresión (por ejemplo, pegajoso, nervioso, miedoso), agresividad (por ejemplo, enfadado, destructivo, rabietas), lo cual resultó en puntuaciones elevadas en las escalas de problemas de conducta internalizados y externalizados. Al llegar a la 7ª sesión, la intensidad de los problemas de conducta disruptiva que reveló el ECBI había descendido en más de un entero de desviación estándar y estaba fuera del nivel clínico. Al terminar el tratamiento, la intensidad de los problemas había decrecido otro entero y medio más de desviaciones estándar. También se observaron similares reducciones de la severidad de los problemas de conducta de A en el CBCL. A pesar del informe de la madre sobre las conductas de A, el cambio observado en el nivel en el que los problemas de A seguían siendo un problema para ella decreció más lentamente y

Tabla 1. Puntuaciones en los Instrumentos Estándar previas al tratamiento, en la 7ª sesión, y tras el tratamiento

<i>Instrumento</i>	<i>Previo al tratamiento</i>	<i>Sesión 7</i>	<i>Tras el tratamiento</i>
Inventario de Conducta Infantil de Eyberg: puntuaciones T			
Puntuación de Intensidad	70**	57	41
Puntuación de Problema	75**	75**	62**
Escalas CBCL –Banda ancha: puntuaciones T			
Internalizado	73**		53
Externalizado	73**		52
Total	72**		50
Escalas CBCL – DSM: Puntuaciones T			
Ansiedad	85**		55
Trastorno de Oposición Desafiante	80**		51
Problemas Evolutivos	66*		52
TSCYC: puntuaciones T			
PTS – Intrusión	87**	43	
PTS – Evasión	59	48	
PTS – Excitación	57	39	
PTS – Total	66*	41	
Ansiedad	69*	46	
Depresión	82**	54	
Ira/Agresión	72**	47	
Disociación	44	43	
Problemas sexuales	80**	52	
BSI: Puntuaciones T			
Escala de depresión	68**	54	
Ansiedad	69**	45	
Ansiedad fóbica	64**	45	
Índice General de Severidad	69**	47	
PSI- SF: Puntuaciones percentiles			
Angustia Parental	97**		87.5**
Relación padre-hijo disfuncional	97**		95**
Niño difícil	99**		85
Estrés total	99**		92.5**

* Rango límite, ** Rango clínico.

menos dramáticamente. No observamos ningún cambio en el número de conductas consideradas como problemáticas por ella desde la evaluación antes del tratamiento hasta la sesión 7ª de asesoramiento (26 conductas de 36), pero sí se observó un cambio en más de un entero de desviación estándar desde antes del tratamiento hasta su finalización, aunque la puntuación tras el tratamiento se mantuvo en nivel clínico.

Síntomas de trauma infantil. Las puntuaciones de A en el TSCYC previo al tratamiento (según el informe de la madre) muestran síntomas de estrés post-traumático en nivel clínico. En concreto, la madre informó que A estaba inquieto y asustado por sus malos recuerdos. Además, la madre de A informó que este mostraba niveles clínicos de ansiedad, síntomas depresivos, ira y agresión, y problemas sexuales. Tras el tratamiento, las puntuaciones T habían descendido al menos dos enteros de desviación estándar, y todas las escalas TSCYC estaban fuera del nivel clínico.

Funcionamiento parental. Además de los instrumentos para medir el funcionamiento del niño, la madre de A completó el BSI para medir sus propios síntomas psicológicos, y la versión corta del PSI, una medida de la severidad del estrés en el ejercicio del rol parental. Como puede observarse en la Tabla 1, antes del tratamiento el perfil de síntomas obtenido en el BSI reveló angustia sintomática general en nivel clínico, refrendando niveles clínicos de síntomas en las escalas de depresión, ansiedad, hostilidad y ansiedad fóbica. Tras el tratamiento, las puntuaciones en estas escalas reflejando síntomas psicológicos auto-informados disminuyeron como mínimo 1.5 enteros de desviaciones estándar y se encontraban dentro de límites normales. El informe de la madre en el PSI previo al tratamiento sugiere que ella experimentaba un estrés considerable en el ejercicio del rol parental. Su ansiedad está relacionada con sentimientos de incompetencia, de estar restringida en otras áreas de su vida por ser madre, estar deprimida y tener conflictos conyugales. Informó de estrés significativo en su relación con A, señalando que el niño “hacía cosas que le molestaban a ella sólo porque le gustaba portarse mal”. También informó de niveles clínicos de estrés por tener a su cuidado a un niño con conductas difíciles. Como muestra la tabla 1, el estrés parental de la madre disminuyó entre el periodo anterior al tratamiento y el periodo posterior.

Verbalizaciones parentales. La figura 1 y la figura 2 muestran los resultados de la codificación de la madre durante los primeros 5 minutos de la evaluación mediante observación (juego dirigido por el niño), así como las observaciones de 5 minutos al comienzo de cada sesión del tratamiento, usando el sistema de codificación DPICS. En la primera fase del tratamiento (CDI), el objetivo es aumentar los elogios de los padres, los reflejos y las descripciones conductuales y reducir las órdenes, preguntas, y el diálogo negativo. La variabilidad de la actuación de la madre es considerable en la CDI. Durante las primeras cinco sesiones, cuando la madre de A más sufría de depresión, esta mostró pocos cambios en la manera en la que interactuaba con su hijo. Tras un breve lapso de tiempo, ella regresa a la PCIT y lentamente mejora hasta lograr el “dominio de la CDI” (es decir, ofrecer 10 elogios, 10 reflejos y 10 descripciones de conducta durante la observación de 5 minutos, y dar 3 órdenes, preguntas o verbalizaciones negativas como máximo). Cuando el padre o madre logra el dominio de la CDI, las instrucciones durante los 5 minutos cambian ligeramente con el fin de dar a los padres la

Figura 1. Frecuencia de Descripciones de Conducta (BD), Reflejos (RF), y Elogios descritos (LP) desde antes hasta después del tratamiento

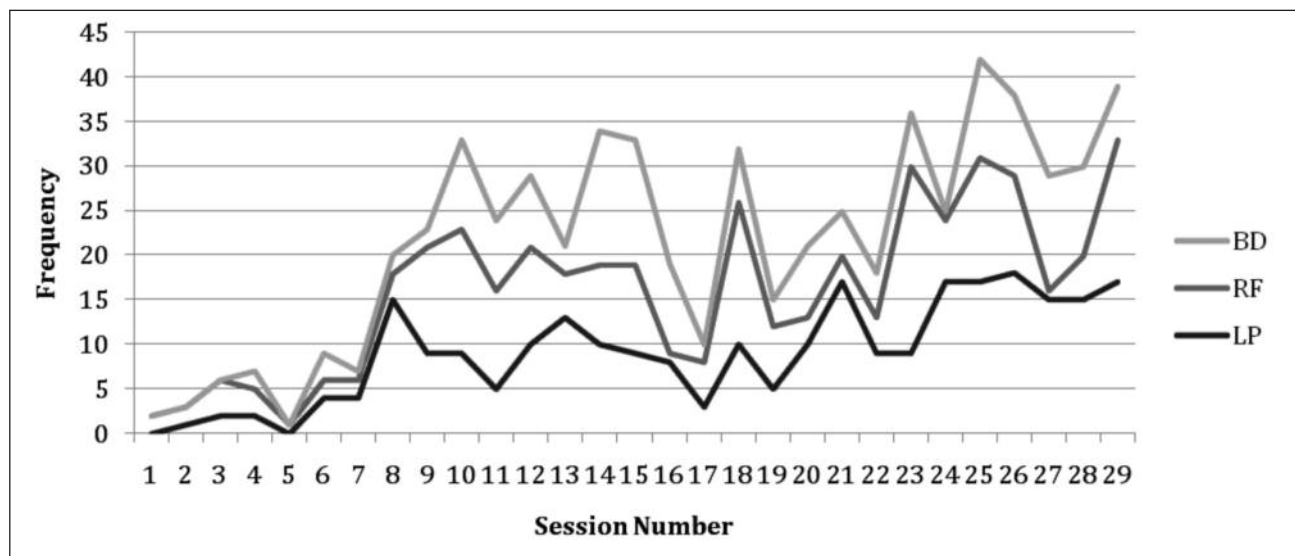
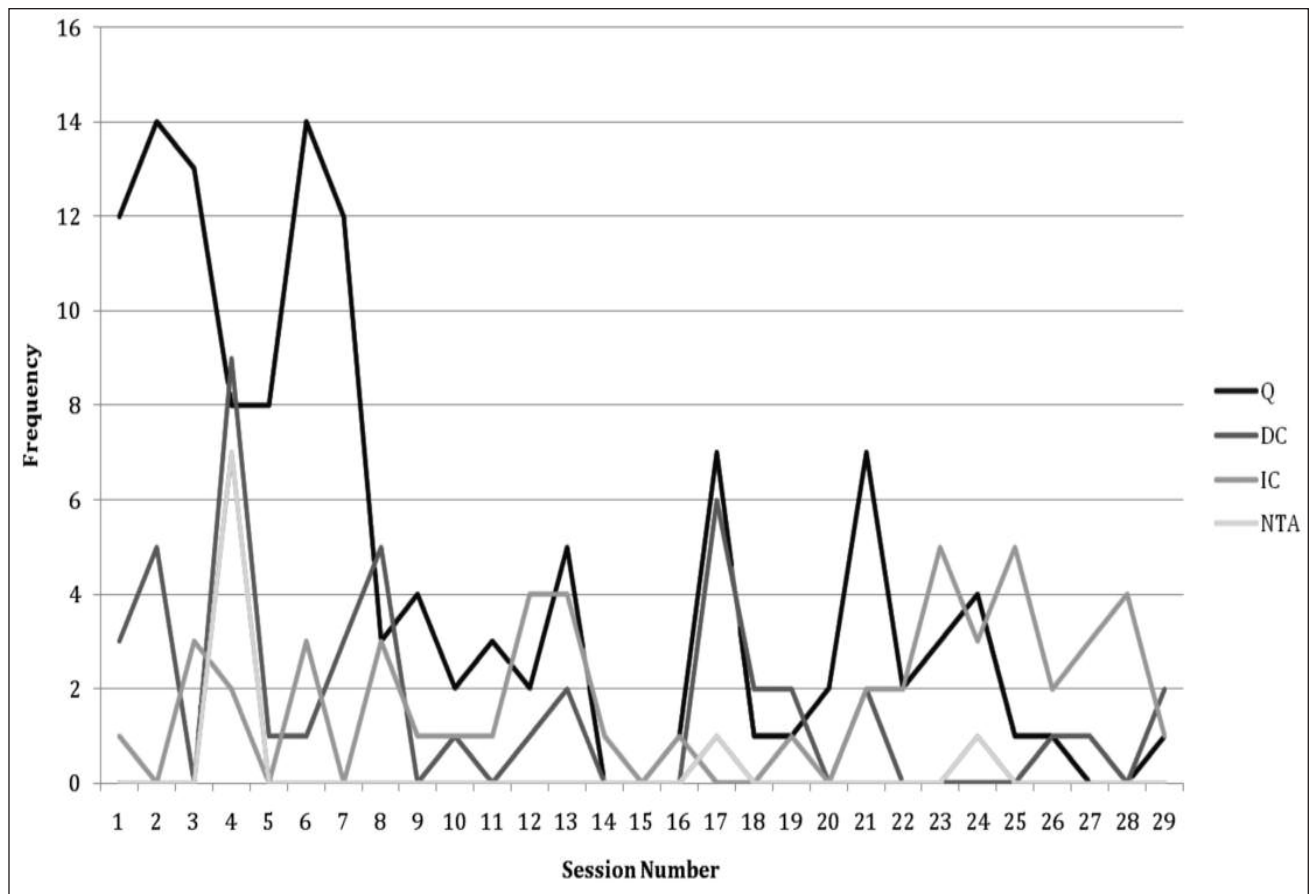


Figura 2. Frecuencia de las Preguntas (Q), Órdenes Directas (DC), Órdenes Indirectas (IC), y Diálogo Negativo (NTA) desde antes hasta después del tratamiento



oportunidad de practicar dar órdenes efectivas. Durante la PDI se instó a la madre que expresara cuatro órdenes durante cinco minutos de juego, a la vez que utilizaba sus habilidades de CDI (es decir, habilidades, las habilidades PRIDE: elogiar, reflejar, imitar, describir, disfrutar). Los primeros cuatro meses de PDI en el periodo en el que la diáda asistía irregularmente a la PCIT, la actuación de la madre en la evaluación mediante observación de 5 minutos también fue irregular y deficiente. A medida que A y su madre asistieron de forma más regular, la actuación de ella mejoró considerablemente. Aunque la madre nunca dio órdenes consistentemente efectivas durante la evaluación mediante observación en la última parte de la PDI, el niño cumplió sus órdenes.

Disponibilidad Emocional. La Tabla 2 muestra las puntuaciones en la escala de Disponibilidad Emocional antes y después del tratamiento tanto para A como para su madre. Cuando iniciaron el tratamiento, la madre de A estaba la mayor parte del tiempo callada y retraída. Cuando participaba en el juego, su tono de voz estaba bien modulado (es decir, no sonaba monótona o deprimida), pero principalmente variaba entre intentar un poco forzadamente en sonar alegre y largos periodos de silencio. En el juego dirigido por la madre y el momento de recoger, ella parecía temer dar la orden a su hijo para que cambiara de actividad, y le preguntaba “¿De acuerdo, cielo? ¿De acuerdo, cielo?” en múltiples ocasiones; o durante el momento de recoger, cuando, al consultar

Tabla 2. Puntuaciones en la Codificación de Disponibilidad Emocional antes y después del tratamiento

	Previo al tratamiento			Tras el tratamiento		
	CDI	PDI	CU	CDI	PDI	CU
<i>Escala parentales</i>						
Sensibilidad	3	4	3	7	5	4
No-hostilidad	5	5	5	5	5	5
No-intrusión	5	5	5	4	3	4
Estructuración	2	3	3	4	3	3
<i>Escala del hijo</i>						
Receptividad	4	3	3	5	4	4
Implicación	5	4	3	5	5	4

con el terapeuta la madre le dejó claro al niño que no era ella la que decidía que había que recoger. La madre también presentó dificultades en el establecimiento de límites. Tras recoger, el niño le dijo a la madre que le diera las llaves de esta e intentó perforar el asiento de seguridad para niños. Ella se limitó a mirar hacia otro lado, sin responder a esta conducta inapropiada. Por estas razones, la madre obtuvo unas puntuaciones en el nivel no-óptimo en sensibilidad y estructuración. No mostró hostilidad y no era intrusiva, de manera que obtuvo puntuaciones en el nivel óptimo de estas escalas. Tras el tratamiento, la madre parecía significativamente más implicada en el juego dirigido por el niño, y describía y elogiaba las conductas positivas del niño. Permanecía implicada en el juego, aunque seguía la forma de comportarse de A sin hacer ninguna contribución de su parte. Cuando necesitaba más control de la interacción, en PDI y Recogida, la madre utilizó muchas habilidades PRIDE, y el niño obedeció sus instrucciones. En cierto momento después de que A hubiera recogido, él le intentó embaucar descaradamente hablándole de una sorpresa que ella le había prometido. Ella le respondió adulándole un poco y en voz baja, luego cambió de tema y se desentendió un poco. Por ello, sus puntuaciones en Sensibilidad, Intrusión y Estructuración llegaron al nivel óptimo en CDI, pero disminuyeron en PDI y Recogida. Ella no mostró hostilidad, por lo tanto recibió puntuaciones óptimas en esa escala en las tres actividades.

En cuanto al niño, A parecía tan sólo marginalmente interesado en el juego con su madre durante la evaluación previa al tratamiento, con poco contacto visual y sin responder realmente los acercamientos o sugerencias de la madre, aunque él sí le pidió que le ayudara en un punto de la CDI. Por este motivo, él recibió puntuaciones no-óptimas en receptividad en las tres actividades, y recibió una puntuación óptima en Implicación en la CDI, pero puntuaciones no-óptimas en Recogida. Tras el tratamiento, A involucraba a su madre en sus juegos y respondía a sus afirmaciones y preguntas. Sin embargo, no le dejó mirar mientras “preparaba una comida” en la PDI y se mostró un tanto descarado, recriminando a la madre “¿cuántas veces tengo que decírtelo (que no me mires)?” Por esta conducta, A recibió puntuaciones óptimas en Receptividad e Implicación en la CDI, y puntuaciones no-óptimas en PDI y Recogida.

Resumen. Planteamos que las habilidades parentales aprendidas en la PCIT aumentó la confianza de la madre para tomar un papel receptivo y asertivo con su hijo. Además de proporcionar a la madre una forma efectiva de comunicarse con A, los terapeutas de la PCIT también enseñan habilidades relacionadas, como prestar una atención positiva a las conductas deseables de A enfrentándose coherentemente y con calma a las consecuencias de conductas negativas, planificando de antemano, considerando las limitaciones del niño y comunicándose claramente y de forma directa. La práctica y, finalmente, el dominio de estas habilidades ayudó a la madre de A a reforzar la auto-eficacia como madre, lo cual podría a su vez impregnar otros roles vitales.

Discusión

Tras tres décadas de investigación sobre la eficacia y la efectividad, nadie duda de que la PCIT sea una intervención altamente efectiva y de sólidas bases. Al abordar los tres objetivos terapéuticos básicos para la PCIT (es decir, reducción de los problemas infantiles, mejora de las habilidades parentales y aumento de la calidad de las relaciones padres-hijos), existe abundante literatura de investigación que demuestra la solidez de los efectos terapéuticos y, por lo tanto, su valor en este campo (Eyberg y Bussing, 2010).

¿Por qué es efectiva la PCIT?

Aunque se basa en la teoría conductual, la teoría de aprendizaje social y la teoría de los sistemas familiares, surgen constantemente preguntas acerca de qué es exactamente lo que hace que la PCIT sea tan efectiva. La pregunta “¿Por qué la PCIT es efectiva?” no es superflua. Como ya han descrito las teorías conductuales, sabemos que si se refuerzan consistentemente las conductas deseadas (por ejemplo, el elogio del terapeuta a las conductas parentales positivas, el elogio parental ante el cumplimiento del hijo) aumenta la frecuencia de esta conducta. Además, la teoría de aprendizaje social explica por qué conceptos tales como el modelado (por ejemplo, los padres muestran conductas positivas, asertivas y calmadas en las interacciones con sus hijos y esto modela estas mismas conductas en el hijo) pueden suponer una estrategia efectiva en una sesión de PCIT.

Finalmente, la teoría de sistemas familiares explica por qué los cambios en la conducta parental (por ejemplo, aumento de conductas positivas, disminución de conductas negativas) pueden influenciar la conducta del hijo (las respuestas del hijo a conductas parentales positivas resulta en una disminución de la conducta de oposición). Sin embargo, existen procesos adicionales que probablemente varíen como resultado de una implicación exitosa en la PCIT, especialmente con niños expuestos a eventos adversos o traumáticos.

PCIT y Trauma Infantil

Gran parte de la investigación y tratamiento de niños traumatizados tan sólo se ha centrado en los síntomas de trauma del niño traumatizado, prestando mucha menor atención a los problemas de conducta disruptiva frecuentemente presentes en estos niños de menor edad. Como es evidente en este caso, los niños que experimentan un trauma significativo frecuentemente presentan síntomas de trauma y problemas de conducta disruptiva. Al examinar a los niños traumatizados en un amplio espectro de contextos sociales y de funcionamiento, queda patente que las relaciones padres-hijos podrían resultar tanto un factor protector como un factor de riesgo, y que puede ayudar o dificultar la recuperación del niño del estrés traumático. Para los niños de menor edad, este interrogante de protección/riesgo de padres-hijos sugiere que cualquier intervención con el niño precisa la incorporación del padre en el proceso de tratamiento y abordar la capacidad del padre de proporcionar una relación cálida, positiva y protectora. De la misma manera que las interacciones padres-hijos negativas y coercitivas pueden provocar numerosos resultados adversos, las interacciones padres-hijos afectuosas, enriquecedoras y de apoyo pueden promover la resiliencia. El centro de atención de la PCIT es disminuir las interacciones negativas e incrementar las interacciones positivas, incrementando la capacidad de las díadas padres-hijos de reforzar la resiliencia en ambos miembros de la díada. Pensamos que al apoyar y fortalecer las díadas padres-hijos, ayudamos a impulsar el desarrollo de la salud mental y el bienestar de los niños de menor edad traumatizados. La literatura reciente ha confirmado que una relación padre-hijo positiva es un importante factor protector, ya que promueve la resiliencia en niños trastornados y traumatizados (Ellis, Saxe, y Twiss, 2011). Desafortunadamente, en niños que presentan una conducta desafiante y agresiva, su capacidad para mantener una relación positiva con sus padres se ve gravemente mermada, lo que provoca un retraso en su desarrollo de resiliencia. El patrón estable de interacciones padres-hijos positivas propicia una serie de capacidades constructivas y positivas tanto para los padres como para los hijos. Una ventaja de la PCIT es que se trata de una intervención que promueve procesos naturales de desarrollo de resiliencia fortaleciendo las relaciones padres-hijos positivas (Ellis, Saxe, y Twiss, 2011).

Creemos que el beneficio potencial de fortalecer las relaciones padres-hijos es considerable, y que este caso ilustra la complejidad de las vidas de las personas y su continua vulnerabilidad al riesgo. En varios puntos del transcurso del tratamiento, esta familia podría haber abandonado los servicios. La madre estaba deprimida y realmente no mostraba un gran cambio positivo; tenía dificultades para levantarse de la cama y asistir a la cita de la terapia de su hijo. En un momento determinado, perdió la custodia de sus hijos. Frente a obstáculos aparentemente insuperables, la madre se sintió ayudada y apoyada, y así logró seguir creyendo que los servicios podrían ser de ayuda para su futuro. Al reconocer las contribuciones y los obstáculos creados por la madre para la salud mental de su hijo, se pudieron plantear intervenciones que apoyasen el tratamiento de los problemas de salud mental de su hijo. Teniendo en cuenta todos estos elementos, esperamos que este caso ilustre la forma en que apoyar y construir una relación padre-hijo segura y afectivamente positiva representa tanto un mecanismo mediante el cual pueden tratarse algunos síntomas de trauma, así como la fuente de una relación padre-hijo que desarrolle la resiliencia.

Referencias

- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, IVth Edition - Text Revision*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Axline, V. (1947). *Play Therapy*. London: Ballantine Books.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37, 887-907.
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75, 43-88.
- Biringen, Z. (2000). Emotional availability: Conceptualization and research findings. *American Journal of Orthopsychiatry* 70, 104-111.
- Boggs, S. R., Eyberg, S. M., & Reynolds, L. (1990). Concurrent validity of the Eyberg Child Behavior Inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 75-78.
- Borrego, Jr., J., Timmer, S. G., Urquiza, A. J., & Follette, W. C. (2004). Physically abusive mothers' responses following episodes of child noncompliance and compliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 897-903.
- Bourke, M. L., & Nielsen, B. A. (1995). Parent training: Getting the most effective help for the most children. *Journal of Psychological Practice*, 1, 142-152.
- Briere, J., Johnson, K., Bissada, A., Damon, L., Crouch, J., Gil, E., ... Ernst, V. (2001). The Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC): Reliability and association with abuse exposure in a multisite study. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1001-1014.
- Broidy, L. M., Nagin, D. S., Tremblay, R. E., Bates, J. E., Brame, B., Dodge, K. A., ... Vitaro, F. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: A six-site, cross-national study. *Developmental Psychology*, 39, 222-245.
- Chaffin, M., Silovsky, J. F., Funderburk, B., Valle, L., Brestan, E. V., Balachova, T., ... Bonner, B. L. (2004). Parent-Child Interaction Therapy with physically abusive parents: Efficacy for reducing future abuse reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 500-510.
- Chu, A. T., & Lieberman, A. (2010). Clinical implications of traumatic stress from birth to age five. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 469-494.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64, 577-584.
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI Brief Symptom Inventory. Administration, Scoring, and Procedures Manual* (4th ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- 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, 42-51.
- Ellis, B. H., Saxe, G. N., & Twiss, J. (2011). Trauma Systems Therapy: Intervening in the interaction between the social environment and a child's emotional regulation. In V. Ardino (Ed.), *Post-traumatic syndromes in childhood and adolescence*. Wiley: Oxford.
- Eyberg, S. M. (1988). Parent-child interaction therapy: Integration of traditional and behavioral concerns. *Child & Family Behavior Therapy*, 10, 33-46.
- Eyberg, S. M. (2004). The PCIT story-part one: The conceptual foundation of PCIT. *The Parent-Child Interaction Therapy Newsletter*, 1, 1-2.
- Eyberg, S., & Bussing, R. (2010). Parent-child interaction therapy. In M. Murrihy, A. Kidman, & T. Ollendick (Eds.), *A Clinicians Handbook for the Assessment and Treatment of Conduct Problems in Youth* (pp. 139-162). New York: Springer.
- Eyberg, S., Nelson, M., Duke, M., & Boggs, S. (2005). *Manual for the Dyadic Parent-Child Interaction Coding System*, (3rd ed.). Unpublished manuscript.
- Eyberg, S., & Pincus, D. (1999). *ECBI & SESBI-R: Eyberg Child Behavior Inventory and Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory-Revised, Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Eyberg, S. M., & Robinson, E. (1982). Parent-child interaction training: Effects on family functioning. *Journal of Clinical Child Psychology*, 11, 130-137.
- Eyberg, S., & Robinson, E. (1983). Conduct problem behavior: Standardization of a behavioral rating scale with adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12, 347-354.
- Fantuzzo, J. W., DePaola, L. M., Lambert, L., Martino, T., Anderson, T., & Sutton, B. (1991). Effects of interparental vio-

- lence on the psychological adjustment and competencies of young children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 258-265.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. (1994). The childhoods of multiple problem adolescents: A 15-year longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1123-1140.
- Fernandez, 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 and Family Behavior Therapy*, 33(1), 32-48.
- Fogel, A., Garvey, A., Hsu, H., & West-Stroming, D. (2006). *Change processes in relationships: A relational-historical research approach*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Graziano, A. M., & Diamant, D. M. (1992). Parent behavioral training: An examination of the paradigm. *Behavior Modification*, 16, 3-38.
- Greenberg, M. T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. In J. Cassidy and P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press.
- Guerney, B., Jr. (1964). Filial therapy: Description and rationale. *Journal of Consulting Psychology*, 28, 304-310.
- Hanf, C. (1968). *A two-stage program for modifying maternal controlling during mother-child (M-C) interaction*. Paper presented at the meeting of the Western Psychological Association, Vancouver, BC.
- Hood, K., & Eyberg, S. (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, 412-429.
- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Psychology*, 36, 567-589.
- Kazdin, A. E. (2000). Perceived barriers to treatment participation and treatment acceptability among antisocial and their families. *Journal of Child & Family Studies*, 9, 157-174.
- Kazdin, A. E., Bass, D., Ayers, W. A., & Rodgers, A. (1990). Empirical and clinical focus of child and adolescent psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 729-740.
- Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (2003). *Evidence-based therapies for children and adolescents*. New York, NY: Guilford.
- Kim, I. J., Ge, X., Brody, G. H., Conger, R., Gibbons, F. X., & Simons, R. I. (2003). Parenting behaviors and the occurrence and co-occurrence of depressive symptoms and conduct problems among African American children. *Depression, Marriage, & Families*, 17, 571-583.
- Leung, C., Tsang, S., Heung, K., & Yiu, I. (1999). Effectiveness of Parent Child Interaction Therapy (PCIT) in Hong Kong. *Research on Social Work Practice*, 19, 304-313.
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20, 561-592.
- Mannarino, A., Lieberman, A., Urquiza, A., & Cohen, J. (2010, August). *Evidence-based treatments for traumatized children*. Paper presented at the 118th Annual Convention of the American Psychological Association, San Diego, CA.
- McCabe, K. M., Yeh, M., Garland, A. F., Lau, A. S., & Chavez, G. (2005). The GANA program: A tailoring approach to adapting parent-child interaction therapy for Mexican Americans. *Education and Treatment of Children*, 28, 111-129.
- McNeil, C., Eyberg, S., Eisenstadt, T., 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, 140-151.
- Reyno, S., & McGrath, P. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems- a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 99-111.
- Runyon, M. K., Deblinger, E., Ryan, E. E., & Thakkar-Kolar, R. (2004). An overview of child physical abuse: Developing an integrated parent-child cognitive-behavioral treatment approach. *Trauma, Violence, & Abuse*, 5, 65-85.
- Scheeringa, M. S., & Zeanah, C. (2001). A relational perspective of PTSD in early childhood. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 799-815.
- Stevens, J., Ammerman, R., Putnam, F., & Van Ginkel, J. (2002). Depression and trauma history in first-time mothers receiving home visitation. *Journal of Community Psychology*, 30, 551-564.
- Timmer, S. G., Borrego, J., & Urquiza, A. J. (2002). Antecedents of coercive interactions in physically abusive mother-child dyads. *Journal of Interpersonal Violence*, 17, 836-853.

- Timmer, S., Ho, L., Urquiza, A., Zebell, N., Fernandez y Garcia, 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*, 42, 406-423.
- Timmer, S. G., Urquiza, A. J., & Zebell, N. (2006). Challenging foster caregiver-maltreated child relationships: The effectiveness of Parent Child Interaction Therapy. *Child & Youth Services Review*, 28, 1-19.
- Timmer, S., Urquiza, A., Zebell, N., & McGrath, J. (2005). Parent-Child Interaction Therapy: Application to physically abusive and high-risk dyads. *Child Abuse & Neglect*, 29, 825-842.
- Timmer, S., Ware, L., Zebell, N., & Urquiza, A. (2010). The effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy for victims of interparental violence. *Violence & Victims*, 25, 486-503.
- Tolan, P. H., & Gorman-Smith, D. (1998). Development of serious and violent offending careers. In R. Loeber, & D. P. Farrington (Eds.), *Serious and violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions* (pp. 68-85). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Urquiza, A. J., & Timmer, S. G. (2008, February). *Trauma symptom reduction with delivery of Parent-Child Interaction Therapy services*. Paper presented at the Twenty second Annual San Diego International Conference on Child and Family Maltreatment. San Diego, CA.
- Urquiza, A. J., & McNeil, C. B. (1996). Parent-Child Interaction Therapy: an intensive dyadic intervention for physically abusive families. *Child Maltreatment*, 1, 134-144.
- Werner, E. (1995). Resilience in Development. *Current Directions in Psychological Science* 4(3), 81-85.