

# Efecto de un taller de terapia de aceptación y compromiso en padres de niños con conducta agresiva de un hospital de salud mental en Lima, año 2014-2015

Effect of an acceptance and commitment therapy workshop on parents of children with aggressive behavior at a mental health hospital in Lima, year 2014-2015

Recibido: 29 de mayo de 2018 | Revisado: 17 de agosto de 2022 | Aceptado: 25 de agosto de 2022

Caycho-Salazar, Flower de María de Jesús<sup>1,2</sup>

## ABSTRACT

We evaluated the effect of an assertiveness workshop focused on Acceptance and Commitment therapy (ACT) aimed at parents in achieving change in their children's aggressive behavior compared to a standard Cognitive-Behavioral intervention (CBT), that is, find out if an intervention based on ACT or a standard Cognitive-behavioral treatment is more effective, from a statistical analysis point of view, as well as its clinical relevance. The experimental population consisted of 15 parents, divided into three groups: control, ACT and CBT. An A-B univariate multiconditional multigroup experimental design was used. In the ACT workshop, training was proposed for parents on how to manage child behavior through assertiveness guidelines under the contextual therapeutic model, throughout sessions planned under the three basic components of this intervention: acceptance, values and distance.

The results showed that the subjects who received the ACT workshop modified inappropriate behaviors, however, no significant differences were found between the CBT and ACT groups.

**Keywords:** Acceptance and commitment therapy (ACT), cognitive behavioral therapy (CBT), aggressive behavior, assertiveness.

## RESUMEN

Evaluamos el efecto de un taller de asertividad enfocado desde la terapia de aceptación y compromiso (ACT) dirigido a padres de familia en lograr el cambio de la conducta agresiva de sus hijos en comparación de una intervención estándar Cognitivo- Conductual (TCC), es decir, averiguar si es más eficaz una intervención desde la ACT o un tratamiento estándar Cognitivo-conductual, desde un punto de vista del análisis estadístico, así como su relevancia clínica. La población experimental constó de 15 padres de familia, dividido en tres grupos: control, ACT y TCC. Se usó un diseño experimental A-B univariable multicondicional multigrupo. En el taller de ACT, se planteó un entrenamiento a los padres sobre cómo manejar el comportamiento infantil a través de pautas en asertividad bajo el modelo terapéutico contextual, a lo largo de sesiones planificadas bajo los tres componentes básicos de esta intervención: aceptación, valores y distanciamiento.

Los resultados mostraron que los sujetos que recibieron el taller ACT modificaron comportamientos inadecuados, sin embargo, no se hallaron diferencias significativas entre los grupos TCC y ACT.

**Palabras clave:** Terapia de aceptación y compromiso (ACT), terapia cognitivo conductual (TCC), conducta agresiva, asertividad.

<sup>1</sup> Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima-Perú

<sup>2</sup> Doctorado en Investigaciones Cerebrales de la Universidad Veracruzana, Veracruz, México.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6353-7820>

Correo de contacto: [flower.casal@gmail.com](mailto:flower.casal@gmail.com)

DOI: <https://doi.org/10.24039/cv2022101233>



## Introducción

Desde un contexto histórico, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés, hace referencia a *actuar*) forma parte de la “tercera ola” de las terapias cognitivo-conductuales, esto de acuerdo con la propuesta de Hayes (2004). A manera de síntesis, el campo de las terapias cognoscitivas y comportamentales han tenido tres fases. La primera tuvo como protagonista a: la Terapia de Conducta (Mowrer, 1953; Wolpe, 1968; Wolpe, 1969), la Modificación de la Conducta (Skinner, 1972) y el Análisis Aplicado del Comportamiento (Cooper et al., 1987). La segunda ola surgió de la necesidad de incorporar procedimientos psicoterapéuticos basados en la modificación del lenguaje y la emoción, donde presuntamente la Primera Ola no hizo hincapié (Cautela, 1967). En los años setenta, emerge la terapia racional de Ellis (1957) y la terapia cognitiva para la depresión de Beck et al. (1979) como una respuesta a esta necesidad, buscando combinar los procesos y técnicas provenientes de la práctica filosófica y clínica con las estrategias y principios propios del condicionamiento salidos de la psicología experimental. Entonces, ¿qué es lo que diferencia a las terapias conocidas como tercera generación o de la “Tercera Ola” de las de las anteriores? Una de sus diferencias más resaltantes es que, estas terapias no se centran en la eliminación, cambio o alteración de los denominados “eventos privados” (entendidos desde el ámbito clínico como cognición, pensamiento, ideas irracionales, distorsiones cognitivas, etc.); es decir, tienen el objetivo de alterar o modificar las relaciones funcionales establecidas entre el organismo y su entorno (entendido bajo el nombre de conducta) o función psicológica del evento a través de aceptación de sus contextos socio-verbales, en los cuales los “eventos privados” resultan problemáticos (Wilson y Luciano, 2002; Zettle, 2005).

La ACT tiene características en común con otras intervenciones comportamentales, como la modificación de las relaciones de dependencia o contingenciales entre la actividad del organismo y su ambiente para lograr el cambio terapéutico. Un ejemplo muy puntual sería el tratamiento de la depresión, el objetivo de las ACT no es cambiar las creencias disfuncionales (e.g. “no puedo hacer nada bien”) modificando su contenido o forma (e.g. “Puedo hacer bien algunas cosas”), como sucede al aplicar el procedimiento de reestructuración cognitiva o identificación de distorsiones cognitivas (Beck et al., 2010). En cambio, la ACT se centra en las circunstancias de vida de la persona y, al igual que las propuestas comportamentales clásicas, promueve el contacto

del consultante con fuentes de posibles reforzadores (Ferster, 1972; Skinner, 1988) mediante ejercicios de búsqueda de valores personales.

Por otra parte, existe una gran dificultad para tipificar los motivos de consulta que solicitan “modificación de conducta” a menores de edad; aunque los problemas de desobediencia y dificultades del control de la ira suelen ser los más comunes. En este sentido se ha tratado de explicar por qué los niños, incluso adolescentes, muestran conductas catalogadas como agresivas, recurriendo a una aproximación como la teoría del Aprendizaje social de Bandura y Walters (1977). Desde la cual se sostiene que la presencia de modelos agresivos en la sociedad y fuentes directas de imitación tienen un papel influyente. Sin embargo, la agresividad puede deberse a otros factores, entre ellos: la relación parental, estilos de crianza, inadecuada comunicación, contingencias familiares negligentes, etc.

Espinoza (1996) realizó una investigación que consistió en un estudio de tipo correlacional, entre la conducta agresiva y ambiente familiar, en niños de 7 a 13 años, de ambos sexos, de Chorrillos. Utilizó los siguientes instrumentos: la Lista de Chequeo Conductual de Agresividad de S. Varona; el reporte de Incidentes del comportamiento Forma A de Goldstein y Glicky; y la escala de Ambiente Familiar de R. Moos. Los resultados que se hallaron fueron: en forma general los niños presentaron agresividad elevada; los varones mostraron niveles más elevados en comparación con las mujeres; los niños de 13 años presentaron el nivel más alto de agresividad; y, respecto al ambiente familiar, se evidenciaron niveles bajos en cuanto a la disciplina y las reglas.

De acuerdo con la investigación de Coyne y Wilson (2004), de caso único (un niño de seis años), un programa de intervención logró una disminución en los niveles de agresividad y oposicionismo. Dicho estudio combinó un programa ACT con la Terapia basada en las interacciones entre padres e hijos (PCIT); su duración fue alrededor de tres meses. Los componentes de ACT se usaron para reducir las barreras psicológicas que dificultaban la adquisición de habilidades parentales. Por ejemplo, los ejercicios basados en mindfulness y defusión fueron incorporados de manera combinada con las estrategias de extinción de los comportamientos disruptivos del niño (Mandil, 2016). Cabe indicar que al año (fase de seguimiento) la madre reportó que los cambios se mantuvieron, además de que hubo mejoría en el vínculo con su hijo y en su percepción de autoeficacia.

## Método

### Participantes

Esta investigación es de naturaleza cuasi-experimental, diseño multigrupo aleatorio. La muestra estuvo conformada por 15 padres de niños con problemas de conducta y que acuden a tratamiento a un hospital especializado, donde 6 padres recibieron el tratamiento bajo el enfoque ACT, 5 padres bajo el enfoque TCC y 4 pertenecientes al grupo control (véase tabla 1), de ambos sexos, sus edades oscilaron desde los 28 a 62 años y de participación voluntaria. El muestreo fue no probabilístico intencional pero la asignación a los grupos fue aleatoria. En la selección de los participantes se tomó como criterio de que ninguno de ellos tuviera experiencia previa con el tipo de tareas contempladas en este trabajo y que cuenten con flexibilidad en su disponibilidad de horarios.

### Materiales

Se requirió de 1 computadora portátil, con el programa *Power Point*, Microsoft Excel, así como el software del paquete estadístico SPSS. El estudio se realizó en el auditorio de un hospital de salud mental de Lima, el cual contó con la infraestructura necesaria para la realización de éste.

**Tabla 1**

*Número de participantes asignados a cada grupo experimental.*

Grupo	Cantidad de Participantes
Experimental ACT	6
Experimental TCC	5
Grupo Control	4
Total	15

El procedimiento para todos los grupos se llevó a cabo bajo tres fases (a excepción del grupo control, sin fase 2). En la primera fase, todos los grupos recibieron la aplicación de la lista de chequeo conductual de Agresividad de Sabina Varona, que sirvió como línea base (véase Tabla 2).

Gómez et al. (2012) realizaron la aplicación combinada de estrategias básicas de modificación de conducta y herramientas terapéuticas de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en la intervención en familias con problemas de maltrato y/o negligencia infantil. Emplearon un diseño experimental de caso único A-B con medidas de conductas-objetivo múltiples. Los resultados apuntaron hacia la utilidad de ACT para promover cambios en este tipo de problemas; ya que hubo mejoría de 3 familias en los tipos de interacción familiar, el comportamiento de los menores y el nivel de bienestar o reducción de prácticas de maltrato.

Otra investigación, la de Whittingham et al. (2014) con criterios de control y de aleatorización, arrojó como resultados efectos favorables de la Terapia de Aceptación y compromiso, de la mano con un programa de entrenamiento a padres en el cambio de conductas disruptivas en los niños. El estudio se realizó con 67 familias cuyos hijos tenían parálisis cerebral (niños de 2 a 12 años), se asignó al azar los participantes en tres grupos: el primero- una lista de espera (grupo control), el segundo- el programa *Triple P Stepping Stones* (SSTP) y el tercero- *Triple P Stepping Stones* (SSTP) más la Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Se encontró que las familias que recibieron el programa triple P mostraron mejorías en los problemas de conducta y los síntomas emocionales de los niños afectados en comparación al grupo control. Las familias que recibieron la intervención parental basada en ACT en combinación con el programa Triple P registraron una reducción en los problemas de conducta y la hiperactividad de los niños, así como un mayor asertividad en la puesta de límites y menos quejas por parte de los padres.

Esta investigación se cimienta en la necesidad de diseñar intervenciones, tanto preventivas como terapéuticas, dirigidas a los padres o cuidadores principales mediante la modificación de sus prácticas disciplinarias. De esta manera, planteamos como objetivo experimental disminuir las conductas agresivas de los niños a través de un programa de intervención con los padres basado en la Terapia de Aceptación y compromiso en padres con hijos con problemas de conductas agresivas. Se comparó su efectividad con un programa de intervención cognitivo conductual estándar y con una lista de espera (grupo control). Se planteó la siguiente pregunta: ¿cuál es el efecto de un taller de asertividad desde la terapia de aceptación y compromiso dirigido a los padres de niños con conducta agresiva de un Hospital de Salud Mental?

**Tabla 2***Procedimiento para cada uno de los grupos.*

Grupo	Fase 1: Pretest	Fase 2: Aplicación de VI	Fase 3: Pos-test
ACT	Aplicación de la lista de chequeo conductual	Taller ACT	Aplicación de la lista de chequeo conductual de Agresividad de Sabina
TCC		Taller CC estándar	
C		No taller	

Para el grupo TCC, los participantes recibieron un taller de asertividad basado en la terapia cognitivo-conductual. Sus técnicas y componentes son: intervención cognitiva, debate socrático,

condicionamiento encubierto, role playing, entre otros. Estas se describen en la tabla 3. La aplicación del taller en ambos grupos se llevó a cabo en 8 sesiones semanales de aproximadamente 1 hora y media de duración.

**Tabla 3***Características del taller de asertividad basado en la TCC.*

Sesiones	Temática	Objetivos	Técnicas y Componentes
<b>1: Bienvenida y Objetivos</b>	Presentación del taller, los objetivos y definición de asertividad	Integrar a los padres al taller y concientizarlo sobre la importancia del mismo	Psicoeducación Biblioterapia
<b>2: La asertividad</b>	Definición de asertividad desde la TCC, Modelo ABC	Explicar la definición de asertividad y el modelo ABC	Psicoeducación Derechos y deberes asertivos
<b>3: Mis Distorsiones Cognitivas y creencias</b>	Definición de distorsión cognitiva y creencias	Identificación de distorsiones cognitivas y creencias	Psicoeducación Ventajas y desventajas
<b>4: Cuestionando mis creencias</b>	Definición de creencia irracional	Identificación y cuestionamiento de creencias irracionales	Debate socrático
<b>5: Habilidades de afrontamiento</b>	Definición de habilidad de afrontamiento, técnica cognitiva y técnica conductual	Entrenar en habilidades de afrontamiento (técnicas cognitivas y técnicas conductuales)	Condicionamiento encubierto Role playing Entrenamiento en relajación Psicoeducación
<b>6: Como decir sí o no.</b>	Definición del ABC en estos contextos	Entrenar en situaciones que corresponde decir sí o no	Parada de pensamiento Debate socrático Ensayo conductual
<b>7: Como dar una crítica y elogio</b>	Definición del ABC en estos contextos	Entrenar en situaciones que corresponde a dar críticas o elogios	Parada de pensamiento Debate socrático Ensayo conductual
<b>8: Cumplimiento de Metas</b>	Definición de metas a corto y largo plazo cumplidas o por cumplir por el taller	Entrenar en la planificación de metas a corto y largo plazo	Psicoeducación Planificación de metas

En la segunda fase, el grupo ACT, recibió el taller de asertividad basado en la terapia de aceptación y compromiso. Se utilizaron diversas técnicas y componentes, como: desesperanza creativa,

distanciamiento cognitivo, aceptación de las emociones y pensamientos, y establecimiento de compromiso. Estos se observan en la tabla 4.

**Tabla 4**  
*Características del taller de asertividad basado en ACT.*

Sesiones	Temática	Objetivos	Técnicas y Componentes
<b>1: Bienvenida y Objetivos</b>	Presentación del taller y los objetivos	Integrar a los padres al taller y concientizarlo sobre la importancia de este	Psicoeducación Biblioterapia
<b>2: La asertividad, un problema</b>	El déficit de asertividad y sus consecuencias	Sensibilizar sobre las consecuencias del déficit de asertividad	Desesperanza creativa
<b>3: La importancia de ser asertivo, ¿un valor?</b>	Visualización de los valores personales dentro del ámbito de la comunicación	Identificar los valores personales en el contexto interpersonal	Clarificación de valores personales
<b>4: Un lugar para Pensamientos y emociones</b>	Aceptación de pensamientos y emociones desagradables	Entrenar en habilidades de aceptación en situaciones de interacción interpersonal	Identificación de pensamientos y emociones. Desesperanza creativa Role playing Hab de aceptación.
<b>5: Mi Atención</b>	Diferencia entre atención plena y evitación	Entrenar en habilidades de atención	Entrenamiento atención plena. Identificación de pensamientos y emociones Identificación de evitación experiencial
<b>6: Como decir sí o no, y aceptar</b>	Asertividad y aceptación I	Entrenar en situaciones que corresponde decir sí o no	Entrenamiento atención plena Identificación de pensamientos y emociones.
<b>7: Como dar una crítica o elogio sin huir del malestar</b>	Asertividad y aceptación II	Entrenar en situaciones que corresponde a dar críticas o elogios.	Identificación de evitación experiencial
<b>8: Un compromiso con mis valores</b>	Recopilación de avances y monitoreo de compromisos	Entrenar en la actualización de los compromisos y acciones orientada a los valores.	Clarificación de valores.

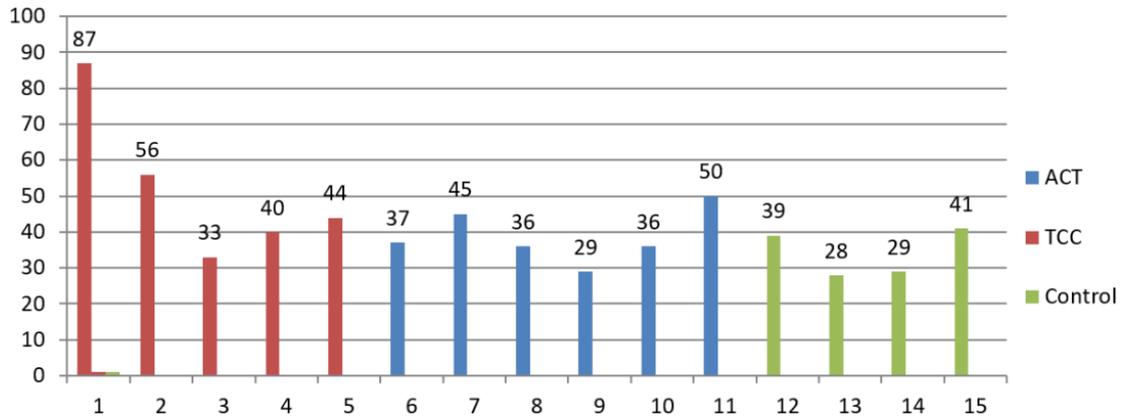
fase 3, todos los grupos recibieron la aplicación de la prueba (posprueba) en mención para observar los resultados de la intervención. Asimismo, se les agradeció por la participación en la investigación.

## Resultados

Se puede observar el nivel de agresividad en la fase de preprueba: existe cierta uniformidad en todos los participantes, sin importar al grupo inicial al que pertenecen. Lo cual hace pensar que es una línea base uniforme (figura 1). La única excepción se encuentra en el participante 1 que pertenece al grupo experimental TCC que presentó un puntaje de 87.

**Figura 1**

*Nivel de agresividad en niños en la fase preprueba.*

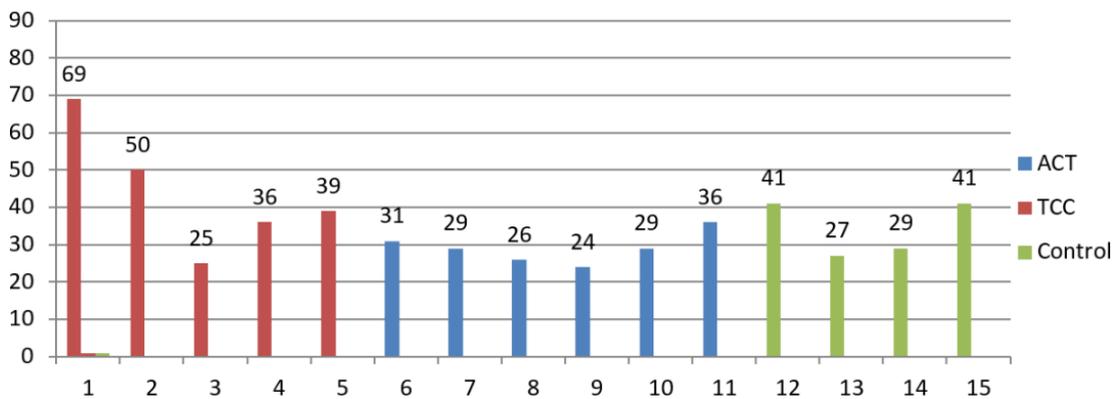


En la figura 2, se encuentran registradas las medidas de agresividad en la fase posprueba. A diferencia de la figura anterior, se puede hallar una mayor

heterogeneidad en los rangos mínimos y máximos en los participantes.

**Figura 2**

*Nivel de agresividad en niños en la fase posprueba.*



En la tabla 5, se muestran los valores de normalidad respectivos de los grupos durante la pre y posprueba. Los coeficientes de Shapiro-wilk, para analizar la distribución de aciertos, obtuvieron probabilidades no

significativas ( $p > .05$ ) en ambas fases; lo cual justifica el empleo de pruebas no paramétricas para la comparación de medias.

**Tabla 5**

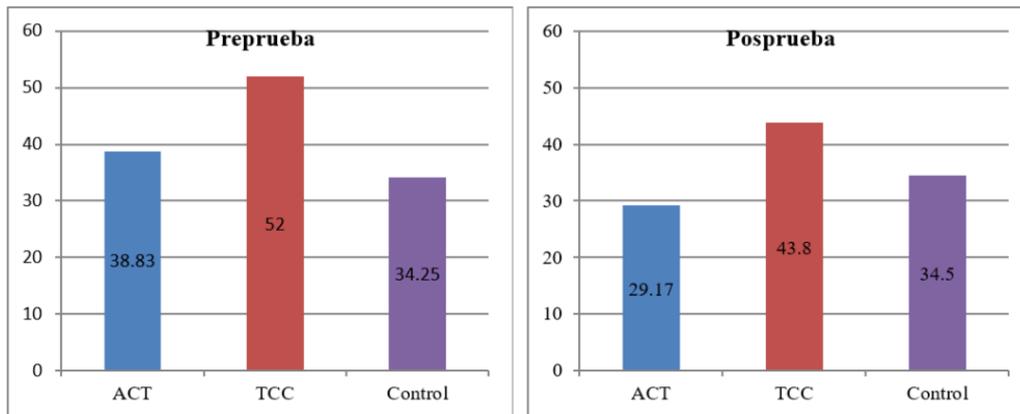
*Prueba de normalidad Shapiro-wilk.*

Fase	Estadístico	gl	p
preprueba	0.776	15	.002
posprueba	0.821	15	0.007

En la figura 3, se observan las medias en las fases pre y posprueba entre los diferentes grupos. Podemos identificar un descenso de 9 puntos en los grupos experimentales en la fase post-test en comparación con la preprueba. El grupo control no evidencia ningún cambio sustancial en el transcurso del tiempo.

Por su parte, en la fase de posprueba la mayor media la encontramos en el grupo experimental TCC (43.80), seguida del grupo experimental ACT (29.17). Por último, el grupo control obtuvo la media más baja (34.50).

**Figura 3**  
Comparación de medias, preprueba y posprueba.



Con el objetivo de evidenciar si las diferencias se deben al tratamiento (intervención ACT), se realizó la comparación de medias para muestras relacionadas. Se encontró que la media de las diferencias fue 1.818 a

favor de la fase de posprueba. Esto es compatible con que existan diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) entre las fases, lo cual se podría deber al efecto de la variable independiente (véase tabla 6).

**Tabla 6**  
Comparación de medias para muestras relacionadas de los grupos, preprueba y posprueba.

Fase	Media	Desv. Típica	Z	gl	p
Preprueba	42	14.70	-1.818	43	.002
Posprueba	35.47	11.83			

En la Tabla 7, se presentan las medias resultantes y la evaluación probabilística de las medias de los tres grupos. Se observa la comparación entre los diversos grupos que componen la investigación. Los resultados indican que las diferencias no son significativas ( $Z=3.13$ ;

$gl=2$ ;  $p > 0.05$ ); es decir, las medias de los grupos no son diferentes entre sí en la preprueba. Por otra parte, en la posprueba tampoco se encontraron diferencias significativas ( $Z=3.22$ ;  $gl=2$ ;  $p > 0.05$ ).

**Tabla 7**  
Comparación de medias para el grupo control y los grupos experimentales en la preprueba y la posprueba.

Fase	Grupo	N	Media	Desv. Típica	Z	gl	p
Preprueba	ACT	6	38.83	7.47	3.13	2	.209
	TCC	5	52.00	21.27			
	Control	4	34.25	6.70			
Posprueba	ACT	6	29.17	4.17	3.22	2	.200
	TCC	5	43.80	16.66			
	Control	4	34.50	7.55			

Respecto a la comparación de medias de los grupos experimentales, se puede observar que no existen diferencias significativas ( $Z=-1.742$ ;  $gl=2$  y  $p>0.05$ ) entre el grupo experimental ACT y el grupo TCC durante

la post-prueba; es decir, la media del grupo TCC (43.80) es ligeramente superior del grupo ACT (29.17). Este resultado podría deberse al efecto de variables secundarias y no a la variable independiente (Tabla 8).

**Tabla 8**  
*Comparación de medias para los grupos experimentales en la posprueba.*

Grupo	N	Media	Desv. Típica	Z	gl	p
ACT	6	29.17	4.17	-1.742	2	.082
TCC	5	43.80	16.66			

## Discusión

Esta investigación reviste especial importancia, por el hecho que es la primera vez que tenemos conocimiento que en el contexto peruano se evaluó una intervención desde la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en padres de familia. Teniendo en cuenta que los problemas de conducta constituyen una realidad frecuente y compleja en su manejo, así como hay repercusiones importantes en ámbitos como el académico, social y en especial, el familiar. Wakschlag y Danis (2004) sostienen que los problemas de conducta que presentan los hijos constituyen uno de los principales motivos de consulta con un especialista de salud mental.

Según lo reportado, en la aplicación del taller de asertividad desde la ACT, se observaron diferencias significativas en la fase posprueba ( $Z=-1.818$ ,  $gl=43$ ;  $p<0.05$ ), es decir, en la modificación del comportamiento agresivo a partir de los procedimientos terapéuticos de ACT. De similar manera, en el estudio realizado por Gómez et al. (2012) donde optaron por la aplicación combinada de estrategias básicas de modificación de conducta y herramientas terapéuticas de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en la intervención en familias con problemas de maltrato y/o negligencia infantil, resultando que el tratamiento tiene evidencia empírica.

En contraste, de acuerdo con los datos, en la fase de posprueba no se halló diferencias significativas entre los grupos experimentales ACT y TCC ( $Z=-1.742$ ,  $gl=2$ ;  $p>0.05$ ). Asimismo, al comparar los tres grupos (control, ACT y TCC) tampoco se hallaron diferencias significativas en la fase de la posprueba ( $Z= 3.22$ ,  $gl=2$ ;  $p>0.05$ ). Esto aparentemente indica que la intervención (taller) desde la TCC favorecería resultados efectivos tanto como la intervención desde la ACT, sin embargo, dichos resultados no son concluyentes.

De manera similar con las investigaciones de Whittingham et al. (2014) y la de Coyne y Wilson (2004), donde su abordaje enseñó el efecto combinado de ACT más programas de entrenamiento en Habilidades Parentales con resultados favorables. En el presente estudio, se reporta que las intervenciones grupales desde la Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la Terapia Cognitiva Conductual, enfocadas en brindar herramientas a los padres, con énfasis en la habilidad social del asertividad para lograr cambios en la conducta de los hijos, sugiere que ambas intervenciones son válidas o recomendables para trabajar este tipo de problemáticas.

Entre las variables a considerar en estos resultados, donde en la posprueba no se hallaron diferencias entre ambas intervenciones, podría deberse al tipo de formato de la intervención y considerar otra evaluación posprueba para medir que los cambios se mantengan en el tiempo. Respecto al primer punto, ambas intervenciones fueron grupales. Tanto la TCC (Gálvez, 2009) y ACT (Murrell y Scherbarth, 2006), han reportado diversos estudios desde la intervención psicoterapéutica individual logrando cambios efectivos, pero también han sido adaptadas a trabajarse en grupos. De acuerdo con Hayes et al. (2006) se han registrado aproximadamente 20 ensayos controlados aleatorios evaluando los resultados de ACT; a pesar de que los tamaños de muestra son relativamente pequeños, los resultados han sido en general favorables, además la ACT también ha sido evaluada en una variedad de formatos diferentes, incluyendo terapia individual, la terapia de grupo, formatos breves de taller/grupo y sistemas de autoayuda (Mandil, 2016).

Por otra parte, la TCC ha demostrado funcionar tanto en formatos individuales y grupales, según

el problema, malestar o si se entiende desde una perspectiva psicopatológica, un trastorno mental. Sin embargo, existe un cuestionamiento acerca de la forma de analizar los tratamientos basados en la evidencia, donde allí la TCC tiene su bastión. Y es que, si bien es cierto estos tratamientos cuentan con un sólido soporte empírico a la fecha, aún no han logrado resolver algunos de los desafíos que constituyen el hiato entre la eficacia verificada en los contextos de investigación y la efectividad reportada en la clínica cotidiana: manutención de los logros y resultados sustanciales ante la presencia de comorbilidades, conflictos familiares y/o trastornos psicopatológicos en los cuidadores (Dretzke et al., 2009; Mandil, 2016).

Constituye, entonces, un reto a futuras investigaciones similares, considerar un estudio donde se realice un seguimiento dentro de un año, puesto que la literatura hace referencia que los resultados o llamados “cambios” en la ACT, se mantienen en el tiempo o no hay remisión espontánea de los “síntomas” (Hayes et al., 2014). A manera de reflexión, en este estudio, se debe señalar que no se contempló como variable el “índice de recaídas” en los participantes, siendo considerado un punto fuerte difundido por muchos terapeutas contextuales que sostienen que la ACT se diferenciaría así de la TCC.

Se plantea a modo de recomendaciones: contemplar el componente de remisión espontánea de los síntomas o el índice de recaídas en los sujetos. Medirlo sería un predictor de eficacia, que indicaría mejores resultados en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y el cual ha mostrado en otras investigaciones, diferenciarse con otras terapias. Asimismo, propiciar instrumentos de cambio compatibles con la filosofía y marco teórico ACT, esto es, el verificar el ajuste de protocolos estandarizados de ACT para fines similares a esta investigación. Finalmente, se sugiere mejorar el entrenamiento a terapeutas en cuanto a las terapias de tercera generación y temática de entrenamiento en habilidades parentales.

## Conclusiones

El presente estudio tuvo como implicancia en la práctica clínica-psicoterapéutica, el comparar dos intervenciones que cuentan con apoyo de la comunidad dentro de intervenciones basadas en evidencia: un taller bajo el modelo TCC y ACT; donde, no se encontraron diferencias significativas entre ambas intervenciones. Es relevante mencionar que la ACT sí demostró un efecto

en reducir los comportamientos agresivos de los hijos de los participantes, al igual que la intervención TCC.

## Agradecimientos

Este trabajo fue apoyado por el vicerrectorado de Investigación de la UNFV. También, se agradece al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México (CONACyT) por la formación y beca otorgada a F.M.J.C.S. (número CVU 1036810). Asimismo, al docente Mg. Luis Córdova y al Psic. Darwin Gutierrez por su valiosa asesoría en esta investigación.

## Financiamiento

El presente trabajo de investigación fue financiado parcialmente por el Vicerrectorado de la Investigación de la Universidad Nacional Federico Villarreal.

## Conflicto de intereses

La autora de este artículo declara no tener conflicto de interés alguno.

## Referencias

- Bandura, A., y Walters, R. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, F. y Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (19a Ed.) Desclée de Brouwer.
- Cautela, J. (1967). Covert sensitization. *Psychological Reports*, 20(2), 459-468.
- Cooper, J., Heron, T. y Heward, W. (1987). *Applied behavior analysis*. Merrill Publishing.
- Coyne, L. y Wilson, D. (2004). Cognitive fusion in impaired parenting: an RFT analysis. *Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 4. 469-86.
- Dretzke, J., Davenport, C., Frew, E., Barlow, J., Stewart-Brown, S., Bayliss, S., Taylor, R., Sandercock, J. y Hyde, C. (2009). The clinical effectiveness of different parenting programmes for children with conduct problems: a systematic review of randomised controlled trials. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3, 7. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-3-7>

- Ellis, A. (1957). Rational psychotherapy and individual psychology. *Journal of Individual Psychology*, 13, 38–44.
- Espinoza, F. (1996). *Conducta agresiva y ambiente familiar en niños de 1ero al 6to grado de primaria del Hogar del niño de Chorrillos*. [Tesis para optar por el título de licenciado]. Universidad Nacional Federico Villarreal.
- Ferster, C. (1972). An experimental analysis of clinical phenomena. *The Psychological Record*, 22(1), 1-16.
- Gálvez, J. (2009). Revisión de evidencias científicas de la terapia cognitivo-conductual. *Medicina naturista*, 3(1), 10-16.
- Gómez, I., García, M., Hódar, J. y Martínez, M. (2012). Intervención en valores con familias de riesgo social desde la Terapia de Aceptación y Compromiso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 38, 39-58.
- Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S., Stroschal, K. y Wilson, K. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Desclee de Brouwer. *Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 4. 469–86.
- Mandil, J. (2016). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para padres de niños con conductas disruptivas. Psyciencia*. [https://www.psyciencia.com/terapia-aceptacion-compromiso-act-padres-ninos-conductas-disruptivas/Medicina\\_naturista](https://www.psyciencia.com/terapia-aceptacion-compromiso-act-padres-ninos-conductas-disruptivas/Medicina_naturista), 3(1), 10-16.
- Mowrer, O. (1953). *Psychotherapy theory and research*. Ronald Press.
- Murrell, A. y Scherbarth, A. (2006). State of the research & literature address: ACT with children, adolescents and parents. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 2(4), 531–543. <https://doi.org/10.1037/h0101005>
- Skinner, B. (1972). *Some relations between behavior modification and basic research*. Academic Press.
- Skinner, B. (1988). The operant side of behavior therapy. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 19(3), 171–179. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(88\)90038-9](https://doi.org/10.1016/0005-7916(88)90038-9)
- Wakschlag, L., y Danis, B. (2004). Assessment of disruptive behavior in young children: A clinical/developmental framework. In R. Del Carmen-Wiggins, & A. Carter (Eds.), *Handbook of Infant and Toddler Mental Health Assessment* (pp. 421-442). Oxford University Press.
- Whittingham, K., Sanders, M., McKinlay, L., y Boyd, R. (2014). Interventions to reduce behavioral problems in children with cerebral palsy: an RCT. *Pediatrics*, 133(5), 1249–1257. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3620>
- Wilson, G. y Luciano, M. (2002) *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. Pirámide.
- Wolpe, J. (1968). Psychotherapy by reciprocal inhibition. *Conditional reflex: a Pavlovian journal of research & therapy*, 3(4), 234-240. <https://doi.org/10.1007/BF03000093>
- Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. Pergamon press.
- Zettle, R. (2005). The evolution of a contextual approach to therapy: From comprehensive distancing to ACT. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 1(2), 77–89. <https://doi.org/10.1037/h0100736>