

ANUARIO DE PSICOLOGIA
Núm. 30/31 · 1984 (1-2)

EL ENTRENAMIENTO DE PADRES
COMO MODIFICADORES
DE LA CONDUCTA INFANTIL.

JOSÉ TORO

Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica
Universidad de Barcelona

José Toro
Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica
Facultad de Medicina
Universidad de Barcelona
Casanova, 143
08036 Barcelona.

Los últimos veinte años, paralelamente a la difusión progresiva de las técnicas de modificación del comportamiento humano, han visto la proliferación de múltiples programas, estudios e investigaciones acerca de la intervención y adiestramiento de los padres en la terapéutica conductual infantil. No me parece que sea éste el lugar ni el momento de proceder a enumerar las experiencias más significativas o a detallar los procedimientos más eficaces. Prefiero limitarme a hacer un balance de la labor que viene realizándose en esta área, analizar alguno de los fenómenos más significativos que implica, y pergeñar las posibles líneas de desarrollo que apuntan hacia un próximo futuro.

Los comportamientos infantiles de carácter opositor y agresivo, junto con la implantación de hábitos domésticos de autocuidado y la supresión de respuestas emotivo-motoras desmesuradas, han sido los objetivos preferentes, los más frecuentemente abordados, por los modificadores del comportamiento infantil a través de la intervención paterna. Citemos tan sólo tres autores pioneros: Russo (1964), Wahler y cols. (1965) y Williams (1966). Sin abandonar estos "populares" objetivos, se multiplican con gran rapidez los trastornos conductuales objeto de intervención terapéutica mediatizada por los padres. Así se tratan desde las fobias escolares (Patterson, 1966) hasta el mutismo selectivo (Reid *et al.*, 1967), o, por decir algo, los tics simples (Azrin y Nunn, 1973). Puede afirmarse, sin ninguna duda, que en la actualidad no existe ni un solo síndrome psicopatológico infantil que no goce de su correspondiente procedimiento terapéutico conductual provisto de uno u otro grado de intervención familiar.

Asimismo las monografías dedicadas al tema se han multiplicado. Las hay de todo tamaño y condición: desde el voluminoso, informadísimo y estructurado programa de Kozloff (1979) hasta el sencillo, divulgador y utilísimo *Living with children* (Patterson y Gullion, 1968). Por otro lado, las modalidades del adiestramiento de los padres como terapeutas cubren toda la gama de posibilidades: entrenamiento individual, en grupo, mediante vídeo, observando modelos reales, utilizando programas escritos, aprovechando entrevistas (información oral), en la consulta, en el propio domicilio, en la escuela junto con los maestros del niño, etc.

Tras dos décadas de trabajar con los padres en la modificación del comportamiento infantil, ¿qué conclusiones pueden sacarse? Con toda seguridad, muchas. Intentaré desgarnar algunas. Mas es oportuno recordar que, en una reflexión sobre esta cuestión, uno de los especialistas más notables del momento ha resumido sus conclusiones de un modo muy simple. En su opinión (Kozloff, 1979), las enseñanzas suministradas por todo este cúmulo de experiencias pueden resumirse en dos. Primera: enseñando a los padres a cambiar sus propias conductas, es posible que los padres den lugar a importantes modificaciones en algunas de las conductas de sus hijos. Segundo: ayudar a los padres a modificar sus propias conductas, cambiar los comportamientos de sus hijos, y mantener los cambios conductuales no es tan fácil como se ha dicho y escrito...

Cualquier profesional que haya trabajado durante esta veintena de años en el área de la modificación del comportamiento infantil, utilizando esencialmente la mediación de los padres, está en condiciones de suscribir estas conclusiones. Unas conclusiones que, claro está, están determinadas por los resultados prácticos obtenidos y que, como no podía dejar de suceder, deben enmarcarse en la evolución histórica de determinados conceptos científicos concernientes a los fenómenos psicosociales.

Lo que dice la historia

Son varias las razones que dieron lugar, desde los albores de las técnicas de modificación del comportamiento, a la búsqueda y promoción de la intervención terapéutica de los padres. El motivo "técnico" esencial residía en la necesidad de garantizar la *máxima generalización* posible de los resultados terapéuticos conseguidos en la consulta, o en el laboratorio conductual, o en el aula más o menos especial. Es bien sabido que la generalización de los aprendizajes constituye uno de los desafíos —y, por tanto, de las limitaciones— de la terapia conductual. Cuando de aplicarla al niño se trata, el problema se multiplica puesto que una de las características del comportamiento infantil es su "situacionalidad". El niño que se comporta de una determinada manera en la escuela no tiene por qué comportarse de igual modo en el medio familiar, pongamos por caso. Precisamente éste es uno de los fenómenos que más dificultan el diagnóstico en psicopatología infantil, tanto más cuanto el niño que aparece y es estudiado en la consulta no tiene por qué parecerse al que realmente es objeto de la misma. En cualquier caso la implicación de los padres en el quehacer terapéutico facilitaría la tan ansiada generalización.

La *escasez de terapeutas* es otra razón digna de ser tenida en cuenta. Las necesidades asistenciales de nuestras poblaciones infantiles son ingentes. Los terapeutas brillan por su ausencia, especialmente en los lugares y en los momentos en que son necesarios. Hay razones económicas y sociales de por medio, así como de formación de terapeutas (pero todo ello no puede ser discutido aquí). Desde un principio se consideró la necesidad de que los terapeutas "en ejercicio" pudieran ser más eficaces socialmente trabajando directamente con los padres —y con los maestros— de los niños problemáticos, convirtiéndolos en terapeutas. La labor del profesional consistiría en adiestrar y supervisar a otros tantos terapeutas.

Además, estos terapeutas gozarían de la ventaja de constituir el *ambiente natural* del niño, aquél en el que realmente se generan y desarrollan todos sus comportamientos, problemáticos o no. Cuando el niño cambia en función de las modificaciones experimentadas en su ambiente natural, el cambio se produce sin romper la "relación natural", aprovechando las figuras más influyentes. Por supuesto, si las modificaciones conductuales se llevan a cabo en el medio familiar y es éste el que contemplaba los comportamientos anómalos, la preocupación antes expuesta por la posible generalización ocupa de inmediato un lugar secundario.

Por otro lado, la intervención de los padres, y más concretamente su adiestramiento en los principios y las técnicas de la modificación conductual tienen un indudable *valor preventivo*. Cabe suponer que la adhesión de los conceptos y normas pertinentes debe jugar un importante papel en el terreno de la higiene mental general de los padres y, por tanto, en la del niño. Las consecuencias beneficiosas del adiestramiento se extenderían más allá del niño objeto de intervención, afectando a todo el núcleo familiar, especialmente a la educación de los hijos en general.

Estas razones se mantienen prácticamente intactas hasta el momento actual. Sin embargo, como ya se ha apuntado anteriormente (Kozloff, 1979), las cosas no son tan simples ni tan universalmente optimistas como parecían en un principio.

Y es que en un principio los planteamientos del llamado "conductismo ingenuo" o "conductismo metafísico" obligaban al optimismo universal. Las afirmaciones primigenias de Watson y, aunque más matizadas, las del propio Skinner, facilitaron que sus seguidores compartieran una visión color de rosa respecto de la consecución de la felicidad del ser humano mediante la eficacia de una tecnología científica concreta, la suya. El olvido sistemático —cuando no la negación— de las limitaciones ejercidas sobre la actuación ambiental por factores genéticos, fisiológicos, cognitivos y aun emocionales, obligaba a concebir las cosas, es decir, la modificación del comportamiento humano, como algo

ineludible, seguro, fatal, si se hacían las cosas correctamente, si se aplicaban de modo adecuado los principios que el laboratorio iba dejando fluir.

Estando así planteada la cuestión, los padres *podían* modificar el comportamiento de sus hijos del modo requerido para suprimir lo conflictivo, desviado o patológico. Para conseguirlo bastaría que, ellos a su vez, se constituyeran en terapeutas de la conducta. Y, como todo tenía visos de sencillez, eso se conseguiría si el terapeuta enseñaba correctamente a los padres los principios del aprendizaje y les adiestraba en la tecnología correspondiente.

Pero a medida que transcurre el tiempo, los resultados reales obtenidos, o por lo menos algunos de ellos, comienzan a dejar lugar a la duda. Una duda, claro está, que no surge tan sólo del trabajo terapéutico a través de los padres, sino también de la labor asistencial practicada directamente sobre el niño. Y surgen las preguntas de rigor: ¿Por qué la misma técnica funciona eficazmente en un niño y en otro no? ¿Por qué un mismo niño a veces responde y otras veces no lo hace? ¿Por qué no todos los padres pueden actuar del mismo modo habiendo pasado por los mismos procedimientos de adiestramiento? ¿Por qué ciertos fármacos nos solucionan ciertos problemas con mucha más facilidad y eficacia que las técnicas conductuales? ¿Por qué determinados géneros de comportamiento anómalo, por ejemplo, los comportamientos agresivos y/o delictivos resultan tan resistentes a todo tipo de intervención ambiental? ¿Por qué un niño con retraso mental sigue siendo un niño con retraso mental por muy perfeccionado que esté el programa de aprendizaje a que está siendo sometido?...

Ya en el año 1976, Patterson, uno de los terapeutas que más ha trabajado sobre el niño problemático vía intervención familiar, reflexionaba así: enseñar simplemente a los padres las habilidades específicas para modificar los comportamientos infantiles resulta suficiente en un tercio aproximadamente de las familias tratadas. Otro tercio necesita más ayuda —p. ej., resolver los conflictos conyugales o mitigar una depresión— antes de que puedan conseguir cambios eficaces en sus hijos. En el tercio restante se produce un evidente fracaso “a pesar de nuestros mejores esfuerzos” (Patterson, 1976).

Y es que la realidad es mucho más compleja que la teoría conductual primera. Ese tercio de fracasos totales y ese otro tercio de “interferencias” pone de manifiesto paladinamente la existencia, junto a indudables limitaciones de nuestros conocimientos y procedimientos estrictamente conductuales, de unos factores orgánicos, emocionales, cognitivos e intelectuales que precisamente son los que quizás más determinen la extraordinaria complejidad del ser humano y por tanto del ser humano en conflicto. Sólo nos detendremos a analizar brevemente los más significativos desde una perspectiva psicosocial.

La vida en familia

Esa ingenuidad de los pioneros de la terapia de conducta entrañaba el noble supuesto de que el niño problema hacía lo que hacía y actuaba como actuaba porque los demás, sus padres sobre todo, así le habían enseñado. Corrigiendo, cambiando las “enseñanzas” cambiarían los “aprendizajes”, es decir los comportamientos. Y todo resuelto. Bastaba “hacerlo bien”, es decir programar con todas las de la ley. El terapeuta, mediante sus correspondientes análisis funcionales, debía elaborar el programa. Los padres debían ponerlo en práctica previo aprendizaje. Y el terapeuta, por tanto, además, tenía que elaborar su propio programa para adiestrar a los padres.

Este planteamiento implicaba un hecho subrepticio: que el niño problema manifestaba a través de su comportamiento desviado los errores de los padres, sin más. El niño, la “página en blanco”, simplemente experimentaba y mostraba los fallos de sus padres en la forma de tratarlo, de educarlo. Eso era *todo*.

Pero las cosas no son tan simples. El niño no es una "página en blanco". Nace con unas características conductuales determinadas, las que constituyen el denominado *temperamento*. La extraordinaria labor que entraña el *New York Longitudinal Study* (Thomas *et al.*, 1968), por no citar más que el estudio esencial, constituyó un paso definitivo para la determinación y verificación de las diferencias conductuales interindividuales de carácter congénito. Los niños pueden ser "fáciles" o "difíciles" *per se*, sin precisar de aprendizajes previos. Los padres no actúan sobre una masa informe de absoluta plasticidad. Simplemente *se adaptan*, según su saber, entender y poder, a las características del niño. Es éste, pues, el que suscita básicamente el comportamiento de aquéllos. Los mismos padres, con idénticos hábitos, valores y disposiciones, no reaccionan igual ante hijos distintos de la misma edad. Es cierto que los educadores se constituyen en un agente complejo de estimulación incondicionada, condicionada, discriminativa y reforzadora. Precisamente por ello son agentes esenciales de la terapia conductual. Pero no puede olvidarse que el propio niño, y concretamente el niño problema, también es para sus padres fuente compleja de estimulación. Las leyes de la influencia conductual rigen en los dos sentidos. El comportamiento de cada una de las personas que comparten una misma situación social es el resultado de la *interacción* mutua de todos con todos, en el momento dado de la observación y, claro está, a lo largo de su historia previa.

En consecuencia no puede abordarse la conducta del padre o de la madre respecto de su hijo contando exclusivamente con una descripción topográfica, cuantitativa y situacional del comportamiento de éste. Es preciso conocer cómo tal comportamiento afecta a los padres en cuestión, es decir cómo influye sobre su conducta, sus emociones y sus cogniciones. Ciertamente, la influenciación conductual mutua ya ha sido tenida en cuenta desde hace tiempo. Probablemente ha sido Patterson (1976) quien ha desarrollado más a fondo este tema en relación con los comportamientos agresivos infantiles. Pero las consecuencias emocionales de la interacción social han resultado negligidas hasta hace muy poco tiempo. Seguramente no es equivocado pensar que la razón básica de este olvido ha radicado en la ya apuntada tendencia del "conductismo ortodoxo" a desconfiar metodológicamente de todo fenómeno interior con lo que ha optado prácticamente por hacer la vista gorda ante ello. Mas la mayoría de los auténticos problemas conductuales infantiles no pueden estudiarse, ni analizarse, ni tratarse al margen de su repercusión emocional sobre los padres.

De hecho toda desviación conductual interpretada como negativa suscita la ansiedad de los padres. El comportamiento incorrecto, por exceso o por defecto, es, para ellos, *estimulación aversiva*. En consecuencia, es lógico observar en los padres del niño problemático las consecuencias de su sometimiento a tal tipo de estimulación. Junto a la ansiedad, aparecerán comportamientos de evitación, agresión intermitente, desorganización de los hábitos instrumentales, depresión, etc. Este sometimiento a un agente aversivo, es decir a una situación estresante, es a veces tan intenso que *imposibilita* la intervención terapéutica sobre el niño. La crisis de la madre o, con menor frecuencia, del padre puede prohibir su constitución en agentes terapéuticos activos.

Este género de situaciones, por otro lado nada infrecuente, nos llevó hace algún tiempo (Toro *et al.*, 1976) a abordar el estado de ciertas madres de niños objetos de consulta bajo el paradigma de la fobia. Aunque a las madres afectadas les cuesta y duele confesar que su hijo les resulta aversivo, el caso es que así es, y que el contacto frecuente, obligado e inevitable con él genera importantes dosis de ansiedad, reacciones a veces incoercibles y claramente desproporcionadas. La culpabilidad que fácilmente afecta a la madre no hace sino complicar las cosas. (Dejemos de lado el tema de los terapeutas de toda condición dedicados impune y alegremente a culpar a los padres de todo cuanto sucede a los niños). Puede entenderse que la inevitabilidad real del estímulo aversivo, la responsabilización subjetiva y objetiva propia del papel maternal y la culpabilización

constituyen un caso típico de *indefensión*. Luego la reacción depresiva va a ser sumamente probable.

Bajo ese paradigma fóbico decidimos abordar a tres madres así afectadas mediante desensibilización sistemática. El éxito fue absoluto, pero no llegó a través de los cauces previstos. Una vez las madres en cuestión aprendieron a relajarse y practicaron lo aprendido del modo previsto —tres veces al día—, la ansiedad cedió rápidamente sin pasar a asociar ninguna jerarquía de estímulos aversivos. Bastaba romper la respuesta emocional fisiológica para que las madres “funcionaran” con mucha mayor eficacia. En aquel momento formulamos la hipótesis explicativa de que las cosas probablemente sucedían así porque los niños implicados no sólo eran aversivos para sus madres; también resultaban gratificantes. El estímulo fóbico habitual es simplemente evitado. No hay ocasión, pues, de experimentar sus posibles efectos gratificantes, si los tuviere. La madre no puede huir de su hijo; debe experimentar “completamente”.

Por supuesto, ahora, doce años después, añadiríamos muchas otras precisiones. Por ejemplo, hablaríamos en favor de las modificaciones cognitivas que se producen en toda intervención conductual correcta: los padres aprenden a observar a sus hijos y, muy especialmente, aprenden a observar —*deben* aprenderlo— los comportamientos correctos de éstos, que siempre son muchos y pasan desapercibidos sistemáticamente en el niño problema, como pasa desapercibido lo que de gratificante o positivo puede haber en una situación que globalmente vivimos como negativa. Añadiríamos también que la mejora emocional de la madre supone modificaciones forzosas en su propio comportamiento cotidiano y más concretamente en su reactividad emotivo-conductual. Tales cambios pueden incidir benéficamente sobre el comportamiento del niño, que, así, se ve sometido a un sistema de contingencias distinto del anterior. Asimismo habría que tener en cuenta que el “tratamiento” de la madre supone una especie de confirmación de que “tiene algo”, una especie de “trastorno” o “enfermedad”, aunque se intente no medicalizar el asunto. Este género de pensamiento tiende a mitigar las ideas de culpabilidad que probablemente existían previamente. Si la madre precisa de ayuda, es que “no podía” actuar correctamente en su estado. Por fin, apuntaríamos todo cuanto puede decirse de cualquier abordaje terapéutico, aunque no sea específicamente conductual ni se utilicen los padres como terapeutas: que se crean nuevas expectativas, que se modifica la conceptualización del problema, que la presunción de contar con más recursos disminuye la intensidad estresada de la situación, etc.

Todo esto debiera servir para adoptar una cierta idea de lo complejo del fenómeno que estamos tratando. Pero hay más. El estado emocional de los padres es trascendental para entender su influencia sobre el niño. Pero dicho estado emocional no depende exclusivamente del comportamiento infantil. Cualquier hecho estresante que los perturbe alcanzará al niño a través de ese denso entramado de comportamientos-emociones-cogniciones que constituye la interacción social. Todo ello ocurre de manera compleja. Sin apartarnos de la normalidad, sin entrar en ningún tipo de patología, sabemos bastante ya de cómo suceden determinadas interacciones. Es bien sabido, por ejemplo, la estrecha relación existente entre disarmonía conyugal y trastornos comportamentales infantiles. Puede apuntarse ahora que en este fenómeno probablemente están implicados los sistemas de gratificación y castigo practicados por esos padres. En efecto, se ha verificado que los padres satisfechos en y de sus matrimonios gratifican más a sus hijos y les castigan menos que aquéllos que están insatisfechos (Kemper y Reichler, 1976). Estos autores también concluyen de sus trabajos que, en los matrimonios que cuentan con una estructura de poder igualitaria, las madres tienden a gratificar a sus hijas y a castigar a sus hijos más que en los matrimonios con padre o madre dominante. Por su parte, los padres (varones) de una pareja igualitaria castigan a sus hijos e hijas menos que los padres situados en matrimonios jerarquizados. La autoestima de los adolescentes guarda relación con el

grado de satisfacción conyugal manifestado por sus padres (Matteson, 1974). El nacimiento de un segundo hijo modifica las relaciones existentes entre los padres y el primero (Dunn y Kendrick: citado por Rapoport, 1980). El sexo del primer hijo puede afectar las actitudes de los padres hacia el segundo (Cicirelli, 1975)... Son muchos los trabajos que, acumulativamente, han ido desentrañando la enredada trama de interconexiones funcionales propias del grupo familiar.

Este complejo entramado convierte en ingenua la pretensión de abordar y tratar cualquier anomalía conductual —o emocional, o cognitiva— de un niño de modo individualizado. Las causas de los cambios experimentados por el niño, incluidos los cambios patológicos, y las razones de su mantenimiento pueden ser múltiples, y el entorno familiar difícilmente será neutral. Los padres son precisos en la terapéutica psiquiátrica infantil, *no sólo como posibles mediadores de la intervención, sino como destinatarios de la misma*, por lo menos en una gran proporción de casos.

A medida que transcurre el tiempo y se acumulan los datos científicos, la psicología clínica infantil —de orientación conductual o no— se va convirtiendo progresivamente en *psicología clínica familiar*. No puede ser de otro modo. Porque junto a las complejidades antes enunciadas, propias de la "normalidad", se producen muchas otras en el terreno de la patología. La conducta antisocial de los niños varones, pongamos por caso, está asociada a su pertenencia a familias con conflictividad conyugal e historia de separación (Rutter *et al.*, 1975). La agresividad y la delincuencia juveniles y adolescentes están vinculadas a la enfermedad mental de los padres, a su criminalidad y a las deficiencias de habitat (Frommer *et al.*, 1972). Ya sabemos la extraordinaria importancia de los factores genéticos en la transmisión de la esquizofrenia, pero lo cierto es que los padres esquizofrénicos crean un ambiente forzosamente patógeno para sus hijos. En efecto, comparadas con las familias normales, su comunicación es menos clara y más ambigua; su estructura familiar es más jerárquica; los padres varones son menos influyentes; todos los miembros del grupo manifiestan más afectos negativos y menos afectos positivos (Jacob, 1975), etc. Es asimismo una situación de alto riesgo para cualquier niño el ser hijo de padres, sobre todo de madre, depresivos (ver, entre otros, Orvaschel, 1983). Por otro lado, sabemos que son varias las situaciones estresantes de índole familiar que pueden quedar asociadas al inicio de distintos trastornos conductuales infantiles. Sin detenernos ahora en situaciones patógenas consabidas, como fallecimiento o separación de los padres, hospitalización de los mismos, ruina familiar, etc., otras circunstancias negativas "menores", también cuentan con virtualidad patógena, por ejemplo, el nacimiento de un hermanito, el incremento de la conflictividad entre los padres, la aparición de un problema familiar causado por el alcohol o las drogas, el fallecimiento de un abuelo, el cambio de trabajo de los padres, el cambio de la residencia familiar, la aparición de conflictos entre los padres y vecinos... (Toro *et al.*, 1983). También está verificada la relación entre determinado funcionamiento y estructura de la vida familiar y la aparición de irregularidades en la identificación sexual (Block *et al.*, 1973).

En consecuencia las cosas no siempre son tan sencillas como a veces se pintan y el terapeuta de orientación conductual no puede ser tan ingenuo como cierta ortodoxia ha podido hacer creer.

Algunos criterios de actuación

No es este el momento ni es esta la ocasión de detallar programa alguno. El lector interesado puede consultar cualquiera de las publicaciones sobre el tema, aunque algunas de las que circulan entre nosotros dejan mucho que desear. Por nuestra parte, habiendo verificado su utilidad en la práctica, nos quedamos con los programas diseñados por

Kozloff (1974, 1979). En este punto nos limitaremos a comentar algunos aspectos parciales del tema, incardinándolos en el enfoque interactivo que hemos pretendido otorgarle, y considerándolos a la luz de nuestra experiencia personal.

Los manuales al uso nos van a enseñar, si son correctos, a programar nuestra intervención de acuerdo con el análisis conductual del niño, que, claro está, entraña el análisis de sus intercambios sociales. En función de ese programa dispondremos de una manera de comenzar, de unos objetivos iniciales. Con frecuencia esa fijación de objetivos prescinde de la situación emocional de los padres. A igualdad de condiciones —y a veces sin ella— la conducta primera a solventar debiera ser aquélla que más perturba a los padres del niño. *La supresión de la ansiedad de los padres habría de ser norma permanente del terapeuta.* Habitualmente la causa central de su ansiedad es el comportamiento anómalo del niño y la percepción de su propia impotencia ante el mismo. Suprimir aquél y sobre todo suprimirlo contando con la intervención de los padres, resulta gratificante por partida doble. El terapeuta debe actuar permanentemente demostrando y convenciendo a los padres de que *sí pueden* mejorar a su hijo. Debe hacer todo lo posible para eliminar sus prejuicios, suprimir su indefensión y dotarles de *seguridad educativa*.

A veces para conseguir esto no puede empezarse por el comportamiento más aversivo, sino por el más sencillo de solucionar. Si aquél es de dificultad excesiva, los padres pueden fracasar en su empeño. Porque del mismo modo que toda programación de aprendizajes infantiles conlleva el empezar por lo simple y progresar a través de lo crecientemente complejo, de igual modo sucede en la intervención familiar dado que los padres son también sujeto de aprendizajes.

Nada de esto se consigue sin un buen conocimiento de los padres por parte del terapeuta. Por supuesto, el niño no puede ver en el terapeuta un enemigo, pero los padres tampoco; incluso menos que el niño. El terapeuta —ya se dijo— no puede acusarlos, ni tomar explícitamente partido, aunque sepa que son los responsables esenciales de lo que sucede al niño. Pero, con excepción de casos de fuerza mayor, debe convertirlos en sus aliados en favor del pequeño. Eso sólo se consigue no acusándolos, haciéndoles ver que entiende su comportamiento erróneo incluso mejor que ellos mismos —los principios del aprendizaje en interacción social son universales—. Hay que llegar a conocer qué imagen tienen del niño, y de sí mismos, y del terapeuta, y del procedimiento. Todo ello supone tiempo y dedicación. Espeluzna la velocidad con que en muchas ocasiones aconsejamos e intervenimos como si domináramos todos los recursos y factores significativos de unas situaciones y unas personas que pueden escapar a nuestro control con suma facilidad.

El *análisis de la interacción conyugal* es imprescindible en muchos casos. A más trastornos en el comportamiento del niño, más probabilidades de conflictividad conyugal. Las razones son obvias. Ya hemos citado la relación, en principio causal o facilitadora, entre disfunción marital y psicopatología infantil. Mas habitualmente se olvida que las cosas pueden y suelen suceder en sentido inverso: *el niño problema causa y facilita la discordia parental*. El niño problemático crea ansiedad, ésta desorganiza los comportamientos, se disuelven los criterios de actuación “habituales”, aparecen las discrepancias de la pareja, se enconan los ánimos, la conflictividad así gestada genera nuevos focos de ansiedad, y el proceso entra en una peligrosa espiral negativa que se mueve entre decenas de círculos viciosos. En consecuencia, es preciso conocer la naturaleza de la conflictividad conyugal para buscarle solución, sabiendo que si la problemática infantil es su principal responsable deberá atenderse primordialmente ésta. En caso contrario, el abordaje de las relaciones de la pareja es obligada al margen o en paralelo respecto de la terapia sobre el niño.

Lo mismo puede decirse de la “salud mental” de que gozan los padres. Hay que evaluarla. Y adentrarse en sus causas hasta donde sea posible. Y obrar en consecuencia. En nuestra experiencia, alrededor de un 5-10% de los padres de niños atendidos en la

consulta, y tributarios de terapéutica conductual, deben ser atendidos y asistidos específicamente en función de su estado emocional, conductual o mental.

Todo ello obliga a plantearse, en el momento de iniciar la implantación de un programa terapéutico con un niño, si sus padres deben o no intervenir en el mismo, no sólo por las características del trastorno en sí, sino, y sobre todo, en función de las posibilidades reales de llevarlo a cabo con eficacia por parte de los padres. Porque con cierta frecuencia, la conflictividad conyugal, la enfermedad mental, la perturbación emocional o incluso el nivel intelectual/cultural de los padres, hace desaconsejable su intervención. Es más, en nuestra práctica habitual, es precisamente trabajando mediante y con los padres cuando encontramos mayores ocasiones de contemplar y comprobar la trágica insuficiencia de nuestros sistemas asistenciales, carentes de recursos de todo orden en el campo de la psiquiatría y de la psicología clínica infantil, incapaces de ofrecer alternativa alguna mínimamente seria e higiénica a las familias incapacitadas e incapacitantes. Porque hay familias que lo mejor que pueden hacer por algunos de sus hijos es apartarse de ellos, aunque sea temporalmente y no pueden hacerlo. Sin olvidar que cierta patología infantil, precisamente gran parte de la más grave, también exige en principio el cambio de ambiente familiar aunque sólo sea para aprovechar los esfuerzos de la adaptación a una nueva situación y el carácter "situacional" que suele revestir la psicopatología infantil. La anorexia nerviosa y el cuadro obsesivo-compulsivo, por citar sólo un par de síndromes a título ilustrativo, son entidades que exigirían un alejamiento del medio familiar que muy pocas veces puede llevarse a cabo.

Dejando de lado esos casos extremos en que la mejor intervención de los padres en la terapia consistiría en desaparecer de la escena, en los restantes casos, en todos aquéllos que sí pueden desempeñar y desempeñan un papel terapéutico específico y positivo, el terapeuta no puede abandonar un lema que también debe aplicar a su trabajo con niños: *no existen padres buenos y padres malos, sino terapeutas y/o programas buenos y terapeutas y/o programas malos...* El sentido autocrítico es imprescindible en toda actuación científica, y el terapeuta de base científico-positiva está más obligado a tenerlo que cualquier otro.

Todo ello nos lleva a conocer la importancia de una formación amplia y profunda del terapeuta del comportamiento en general, y del que trabaja en el área infantil en particular. No basta dominar los principios del aprendizaje y los procedimientos terapéuticos en boga, según rezan los manuales al uso. Debe conocer la psicopatología general. Ha de estar avezado en la terapia de pareja. Conviene que domine técnicas propias de la terapia con adultos. Debe dominar las técnicas cognitivas. Y, sobre todo, no puede dejarse impregnar por el *utopismo tecnológico* que tantos deslices ha propiciado en el terreno de los tratamientos conductuales. Los árboles deben permitir ver el bosque...

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AZRIN, N. H. y FOX, R. M. *Toilet Training in less than a day*. New York: Simon G. Shuster, 1974. (Trad. castellana: Barcelona: Fontanella, 1979).
- AZRIN, N. H. y NUNN, R. G. Habit reversal: a method of eliminating nervous habits and tics. *Behaviour Research and Therapy*, 1973, 11, 619-628.
- BLOCK, J., LIPPE, A. von der y BLOCK, J. H. Sex roles and socialization patterns. *J. Consulting and Clinical Psychology*, 1973, 41, 321-341.
- CICIRELLI, V. G. Effects of mother and older siblings on the problem solving behavior of the younger child. *Developmental Psychology*, 1975, 11, 749-756.

- FROMMER, E. A. y O'SHEA, G. The importance of childhood experience in relations to problems of marriage and family building. *British Journal of Psychiatry*, 1973, 123, 157-160.
- HAMBLIN, R. L., BUCKHOLDT, D., FERRITOR, D., KOZLOFF, M. y BLACKWELL, L. *The humanization processes*. New York: Wiley, 1971. (Trad. castellana: Barcelona: Fontanella, 1976).
- JACOB, T. Family interaction in disturbed and normal families: a methodological and substantive review. *Psychological Bulletin*, 1975, 82, 33-65.
- KEMPER, T. D. y REICHLER, M. L. Marital satisfaction and conyugal power as determinants of intensity and frequency of rewards and punishments administered by parents. *Journal of Genetic Psychology*, 1976, 129, 221-234.
- KOZLOFF, M. A. *Educating children with learning and behavior problems*. New York: Wiley, 1974. (Trad. castellana: Barcelona: Fontanella, 1980).
- KOZLOFF, M. A. *A program for families of children with learning and behavior problems*. New York: Wiley, 1979.
- MARSELLA, A., DUBANOSKI, R. A. y MOHS, K. The effects of father presence and absence upon maternal attitudes. *Journal Genetic Psychology*, 1974, 125, 257-263.
- MATTESON, R. Adolescent self-esteem, family communication, and marital satisfaction. *Journal of Psychology*, 1974, 22, 86, 35-47.
- ORVASCHEL, H. Maternal depression and child dysfunction: children at risk. En B. B. LAHEY y A. E. KAZDIN *Advances in Clinical Child Psychology*. (Vol. 6). New York: Plenum, 1983.
- PATTERSON, G. R. A learning theory approach to the treatment of the school phobic child. En L. P. ULLMAN y L. KRASNER (Eds.) *Case studies in behavior modification*. New York: Holt, Rinehart y Winston, 1966.
- PATTERSON, G. R. The aggressive child: victim and architect of a coercive system. En MASH *et al. Behavior modification and families*. New York: Brunner/Mazel, 1976.
- PATTERSON, G. R. y GULLION, M. E. *Living with children*. Champaign: Research Press, 1968.
- RAPOPORT, J. L. *Family influences*. En M. RUTTER, *Scientific foundations of developmental psychiatry*. London: Heinemann, 1980.
- REID, J. R., HAWKINS, N., KEUTZER, C. *et al.* A marathon behaviour modification of a selectively mute child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1967, 8, 27-30.
- RUSSO, S. Adaptations of behavior therapy with children. *Behaviour Research and Therapy*, 1964, 2, 43-47.
- RUTTER, M., YULE, B., QUINTON, D. *et al.* Attainment and adjustment in two geographical areas. III.— Some factors accounting for area differences. *British Journal of Psychiatry*, 1975, 125, 520-533.
- THOMAS, A., CHESS, S. y BIRCH, H. G. *Temperament and behavior disorders in children*. New York: New York University Press, 1968.
- TORO, J., CERVERA, M., FELIU, M^a H. *et al.* Técnicas de modificación de conducta en la infancia. *III Congreso Nacional de Neuropsiquiatría Infantil*. Zaragoza: Químicos Unidos, 1976.
- TORO, J., FONT, M^a LL. y CANALDA, G. Hechos estresores y trastornos psiquiátricos en la infancia y en la adolescencia: un estudio piloto. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 1983, 10 (E), 429-443.
- WAHLER, R. G., WINKEL, G. H., PETERSON, R. F. y MORRISON, D. C. Mothers as behavior therapists for their own children. *Behaviour Research and Therapy*, 1965, 3, 113-124.
- WILLIAMS, C. D. The elimination of tantrum behavior by extinction procedures. En L. P. ULLMANN y L. KRASNER (Eds.) *Case studies in behavior modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1966.

REFERENCIAS DE LAS PUBLICACIONES DEL AUTOR RELACIONADAS CON LA MODIFICACIÓN Y TERAPIA DE CONDUCTA

- TORO, J. Primeras experiencias en el tratamiento de la enuresis mediante técnicas de carácter reflexológico. *Actas del IX Congreso Nacional de Neuropsiquiatría*. Murcia, 1967, 263-267.
- TORO, J. Psicofisiología de la enuresis. *Anuario de Psicología*, 1969, 1, 117-125.
- TORO, J. El aprendizaje de la masculinidad y de la femineidad. *Revista Depto. Psiquiatría Facultad de Medicina Barcelona*, 1975, 2 (4), 217-230.
- TORO, J. Las técnicas operantes en el enfoque biológico de la psiquiatría infantil. *Revista Depto. Psiquiatría Facultad Medicina Barcelona*, 1975, 1 (E), 29-34.
- TORO, J. La modificación de conducta en la práctica de la psiquiatría infantil. *Annals de Medicina*, 1976, LXII (3), 287-293.

- TORO, J., CERVERA, M., FELIU, M^a H. et al. Técnicas de modificación de conducta en la infancia. *Actas III Congreso Nacional de Neuropsiquiatría Infantil*. Zaragoza: Químicos Unidos, 1976.
- TORO, J., CERVERA, M., FELIU, M^a H. et al. La modificación de conducta en la infancia. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1976, XXXI, 141-142, 610-616.
- TORO, J. Las técnicas de relajación en psiquiatría infantil. En BERGES y BOUNES (Eds.) *La relajación terapéutica en la infancia*. Barcelona. Toray, 1977.
- TORO, J. *Mitos y errores educativos*. Barcelona: Fontanella, 1981.
- TORO, J. BASIL, C., DAURELLA, N. et al. *Lecciones de Psicología Médico-Social*. Hospitalet: Romargraf, 1981.
- TORO, J. Prospectiva de las técnicas de modificación del comportamiento. *Revista Depto. Psiquiatría Facultad Medicina de Barcelona*. 1982, 8 (4), 364-365.
- TORO, J. Trastornos de la conducta infantil. En M. FOZ, S. ERILL y SOLER C. (Eds.) *Terapéutica en Medicina Interna*. Barcelona: Doyma, 1983.
- TORO, J. El tratamiento conductual de las psicosis infantiles. En BARCIA (Ed.) *Las Psicosis Infantiles*. Publicaciones Universidad de Murcia (En prensa).
- TORO, J., CERVERA, M., FELIU, M^a H. et al. *Las terapias cognitivas en la infancia y adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca. (En preparación).

RESUMEN

Los últimos 20 años han visto el inicio y desarrollo de la intervención sistemática y/o complementaria de los padres en el tratamiento conductual de los trastornos infantiles. Su eficacia está fuera de toda duda. Pero no alcanza los niveles cuasi absolutos que se le suponían en un principio. Existe alrededor de un tercio de fracasos. Muchos casos exigen intervenciones complementarias de otro orden. La terapia a través de la familia se está convirtiendo en la terapia de la familia y en la familia. Todo ello exige del terapeuta conocimientos cada vez más amplios y diversificados.

SUMMARY

The last twenty years have seen the beginning and development of the systematic and/or complementary intervention of parents in treating children's behavioural disorders. No one doubts its effectiveness. However, it has not proved to be as successful as it was expected at the beginning. A third of the case studies have been unsuccessful. Many cases require a different type of complementary intervention. Treatment through the family has turned into treatment of the family and in the family. That makes great demands on the therapist whose knowledge needs to be broader and more varied all the time.

RÉSUMÉ

Au cours des vingt dernières années, on a vu apparaître et se développer l'intervention systématique et/ou complémentaire des parents dans le traitement comportemental des troubles des enfants. Son efficacité s'est révélée certaine. Mais elle n'a pas permis d'atteindre les résultats quasi complets que l'on espérait au début. On dénombre environ

un tiers d'échecs. De nombreux cas demandent des interventions complémentaires d'une autre nature. La thérapie avec l'aide de la famille s'est convertie en une thérapie de la famille et dans la famille. Tout cela exige du thérapeute des connaissances toujours plus étendues et diverses.

