

Efectos conductuales de la Terapia de Aceptación y Compromiso con pacientes de un hospital pediátrico

Cointa ARROYO JIMÉNEZ

Instituto Nacional de Pediatría (México)

Michel André REYES ORTEGA

Instituto de Ciencia Conductual-Contextual y Terapias Integrativas (México).

Argelia LARA PUENTE

Instituto Nacional de Pediatría (México)

Geraldine Leticia ZÚÑIGA CHACÓN

Karina TORRES MÁRQUEZ

Tania VILLALPANDO MARTÍNEZ

Laura Itzel MONTOYA MONTERO

Universidad Nacional Autónoma de México (México)

Resumen

Actualmente existe una alta demanda de atención hospitalaria de pacientes pediátricos con comorbilidad de trastornos mentales. Por ello, se han desarrollado alternativas de tratamientos psicológicos, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés). Esta se ha utilizado en poblaciones con diferentes diagnósticos médicos y psicológicos, y la evidencia ha mostrado resultados en población infantil. El presente estudio es cualitativo con enfoque fenomenológico, se usaron técnicas de observación con observadores como participantes, entrevista semiestructurada y registros conductuales previos y posteriores a la intervención. El objetivo de esta terapia grupal basada en ACT fue conocer los efectos conductuales en pacientes pediátricos que contaran con diagnósticos médicos y/o psicológicos. Participaron cinco pacientes escolares con condiciones médicas y problemas en el área afectiva, conductual y/o social. Los resultados muestran que los participantes presentaron mejorías conductuales, principalmente en la regulación emocional, conductas prosociales, habilidades sociales con pares y en la comunicación, las cuales se mantuvieron seis meses después. Asimismo, se observó mayor flexibilidad psicológica. Este estudio propone un nuevo protocolo de intervención basado en ACT, en formato grupal, pictórico y adaptado a pacientes en etapa escolar.

Abstract

At the present time, research literature has reported a high demand for pediatric patients, for hospital attention, but who are also diagnosed with mental disorders. Due to this, several psychological treatments have been developed, such as the Acceptance and Commitment Therapy (ACT). This therapy, whose evidence has shown results in child population, has been used in groups with different medical and psychological diagnoses. The present phenomenological qualitative study used the observation method, observers as participants, a semi-structured interview, and behavioral recordings before and after the intervention. The aim of this ACT based group intervention was to find out about the behavioral effects in pediatric patients with medical and psychological diagnoses. Five scholar patients with medical conditions and problems in the affective, behavioral and/or social areas, participated. Results report that the participants showed behavioral improvement mainly in emotional regulation, prosocial behavior, peer social and communication skills, all of which were maintained six months after, also psychological flexibility increased as well. This study suggests a new ACT based intervention protocol, in group format, pictorial-like, and adapted to school age patients.

Dirección de la autora principal: Servicio de Salud Mental del Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700 Letra C, Insurgentes Cuicuilco, 04530 Ciudad de México, CDMX, México. Correo electrónico: cointarroyo@gmail.com

Recibido: marzo de 2020. *Aceptado:* julio de 2020.

La Organización Mundial de la Salud en el año 2001 determinó que la prevalencia de trastornos psicológicos en la infancia se encontraba entre el 10% y 20%. Además, se sabe que los niños con alguna enfermedad crónica tienen un riesgo mayor de presentar alguna psicopatología (Hysing, Elgen, Gillberg y Lundervold, 2009). Padecer una enfermedad médica severa y recibir procedimientos invasivos continuos incrementan el desarrollo de psicopatologías en pacientes pediátricos, principalmente ansiedad, depresión y trastorno de estrés post traumático (Davydow, Richardson, Zatzick y Katon, 2010).

En la población infantil mexicana la prevalencia de un trastorno psiquiátrico es de 15% (Programa Sectorial de Salud, 2013). Los trastornos de ansiedad se reportaron con edades de inicio más tempranas, seguidos por los trastornos afectivos. La ansiedad de separación, es uno de los padecimientos con edad de inicio más temprano, seguido de la fobia específica (Medina-Mora, Borges, Lara *et al.*, 2003).

En el Instituto Nacional de Pediatría (INP), durante el periodo de 2010 a 2016, el Servicio de Salud Mental se mantuvo entre los primeros tres lugares en frecuencia de consulta de primera vez, con una tasa promedio de 8'8% (Instituto Nacional de Pediatría, 2016; Serrano Sierra, 2016). Las psicopatologías más comunes en estos pacientes de junio a diciembre de 2017 fueron: el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, retraso mental, trastornos emocionales, de adaptación, depresión y ansiedad (Zúñiga, Arroyo, Lara *et al.*, 2018).

Debido a la presencia de afecciones físicas y psicológicas en este grupo de edad se han diseñado intervenciones psicológicas que cubren estas demandas, dentro de las que se encuentran las terapias conductuales. Hayes (2004) diferencia tres olas o generaciones de terapia conductual; la primera ola, la terapia clásica de conducta, contrarrestó la debilidad científica de las tradiciones clínicas no empíricas a través de cambios en el comportamiento mediante el manejo de contingencias. La segunda ola, la terapia cognitiva conductual, se enfocó en modificar las cogniciones para generar cambios conductuales. La tercera ola, la terapia conductual contextual, se caracteriza por no centrarse en la evitación o reducción de síntomas, sino en que la persona actúe en congruencia con sus valores, aceptando los eventos privados que esto conlleva (Luciano y Valdivia, 2006).

Dentro de la tercera ola, se encuentra la ACT, cuyo objetivo es generar flexibilidad psicológica, que se refiere a la habilidad de contactar plena y conscientemente con el momento presente, abierto a cualquier experiencia, dirigido a una conducta orientada a los valores de la persona, considerando el contexto donde ocurre (Hayes y Wilson, 1994, en Hayes, 2004). La ACT pretende generar un repertorio flexible de acciones encaminadas a valores y no a disminuir ciertos estados cognitivos y emocionales valorados como negativos (Luciano y Valdivia, 2006).

Se han creado modelos para explicar los procesos de la ACT, siendo uno de ellos el *hexaflex* (Hayes, Strosahl y

Wilson, 2012), llamado así por que contempla seis componentes para la flexibilidad psicológica: aceptación, defusión, momento presente, yo como contexto, valores y acción comprometida. Este modelo es una propuesta transdiagnóstica ya que es útil para la intervención de diferentes diagnósticos psiquiátricos y médicos, y se ha implementado en diferentes contextos (Dindo, Van Liew y Arch, 2017).

La ACT ha mostrado evidencia empírica de su efecto para el tratamiento en adultos, niños, adolescentes y sus familias, con trastornos psiquiátricos y conductas que comprometen la salud (A-Tjak, Davis, Morina *et al.*, 2015) y continúa acumulando evidencia (Coyne, McHugh y Martínez, 2011). Los estudios realizados en niños escolares con alguna enfermedad física y/o mental con este enfoque muestran que la ACT es una alternativa de intervención (Barney, Field, Morrison y Twohig, 2017; Brown y Hooper, 2009; Coyne, McHugh y Martínez, 2011; Enoch y Dixon, 2017; Ferro-García, Vives-Montero y Ascanio-Velasco, 2009; Ghomian y Shairi, 2014; Hancock, Swain, Hainsworth *et al.*, 2018; Kallapiran, Koo, Kirubakaran y Hancock, 2015; Kennedy, Whiting y Dixon, 2014; Murrell y Scherbarth, 2011; Moazzezi, Ataie Moghanloo, Ataie Moghanloo y Pishvaei, 2015; Ataie Moghanloo, Ataie Moghanloo y Moazzezi, 2015; Pielech, Vowles y Wicksell, 2017; Ruiz, y Perete, 2015; Simon, Driesen, Lambert, y Muris, 2020; Swain, Hancock, Dixon *et al.*, 2013; Swain, Hancock, Dixon, y Bowman, 2015; Wicksell, Melin, Lekander y Olsson, 2009; Yardley, 2012).

En el meta-análisis realizado por A-Tjak, Davis, Morina *et al.*, (2015) se seleccionaron 40 estudios controlados aleatorizados que incluían niños escolares con trastornos mentales o problemas de salud somática y se encontró que la ACT superó las condiciones de control en las evaluaciones post-tratamiento y en el seguimiento, mostrando un tamaño del efecto de magnitud media de acuerdo con la *g* de Hedges ($g = 0.57$), en variables clínicas como ansiedad, depresión, adicciones y problemas de salud física. Aunado a lo anterior, en una revisión sistemática que evaluó el efecto de la ACT en niños, se encontraron mejorías en calidad de vida y/o flexibilidad psicológica reportados por los clínicos, padres y por los participantes (Swain, Hancock, Dixon y Bowman, 2015).

El objetivo de este estudio es evaluar los efectos conductuales de una intervención grupal basada en la ACT llamada *Escuela de súper animales ninja*, aplicada a pacientes subsecuentes del servicio de Salud Mental del Instituto Nacional de Pediatría de México que contaran con diagnósticos de problemas de salud física y/o psicológica, en edad escolar (seis a 10 años).

Método

Este es un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico en el cual se utilizaron las siguientes técnicas para recoger los datos: observación con observadores como participantes, entrevista semiestructurada, registros con-

ductuales previos y posteriores a la intervención grupal, y un seguimiento a seis meses.

Participantes

Se seleccionó a los niños de forma no probabilística. El grupo que recibió la intervención se formó con cinco pacientes que acudían al Servicio de Salud Mental en el INP. Participaron tres niñas y dos niños con edades entre seis y 10 años, todos se encontraban cursando la primaria y contaban con diagnósticos médicos y/o psicológicos, de acuerdo a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, versión oficial vigente (OMS, 1992). Los diagnósticos de salud física y psicológica de estos niños se describen en la tabla 1.

En cuanto al nivel socioeconómico, cuatro de los participantes se situaron en el nivel 2, que corresponde a un porcentaje de pago del 8% del costo real de la consulta, y solo uno situó en el nivel 1, que corresponde al 3% del costo real de la consulta, según el INP (2008). El cuidador primario fue la madre en cuatro de los cinco casos, y en uno de ellos el padre. Cuatro de los participantes provenían de una familia nuclear y solo uno venía de una familia extensa. Tres de los participantes asistieron a todas las sesiones; uno de ellos faltó a dos sesiones y otro a una; dos de los padres de familia faltaron a la sesión de cierre.

Procedimiento

A los participantes que cumplían con los siguientes criterios de inclusión: tener entre seis y 10 años de edad, ser pacientes subsecuentes del Servicio de Salud Mental del INP, tener problemas emocionales, conductuales y/o dificultades en la socialización con pares, se les invitó a participar y se les explicó a los padres y a los niños el objetivo del estudio. Se excluyeron a los niños con alguna discapacidad intelectual, problemas neurológicos y hospitalizaciones frecuentes.

La formulación de cada caso se realizó con base en el modelo *hexaflex* de la ACT para identificar en cada par-

ticipante los eventos internos aversivos, las acciones de evitación y los valores, para orientar las acciones de cada sesión a los objetivos terapéuticos y posteriormente se inició la intervención que consistió en cinco sesiones grupales semanales con una duración de 90 minutos cada una.

En la primera sesión se entregó a los padres el consentimiento informado en la sala de espera. Simultáneamente, en el aula destinada para la intervención, se les relataron a los niños las historias de autorrevelación de las terapeutas y se explicaron las reglas del grupo a través de un reglamento pictórico, el cual firmaron con su huella dactilar. También se les explicó que en cada una de las sesiones debían cumplir ciertas misiones con las cuales recibirían una cinta; estas cintas eran acumulativas y debían tener todas para poder obtener la cinta negra que significaba graduarse como un *súper animal ninja*.

A partir de la segunda sesión la estructura fue la misma: (1) al inicio se realizaba un ejercicio de atención plena llamado *frasco de la calma*, (2) se revisaba el cumplimiento de las acciones comprometidas a las que se les llamaban *misiones*, en lugar de tareas, para que los participantes no les atribuyeran un significado aversivo, (3) al cumplir con la misión se entregaba la cinta correspondiente como reforzador, (4) se contaba la metáfora secuencial *-Escuela de súper animales ninja-* que enfatizaba un proceso ACT en cada sesión, aunque simultáneamente se trabajaban los demás, (5) al terminar cada episodio de la metáfora se les daba otra cinta por realizar el ejercicio experiencial correspondiente al *súper poder ninja* de esa sesión, el cual se refería a cada proceso ACT; al proceso de aceptación se le denominó *resistencia*, al de defusión *oído biónico* y al momento presente *conexión*, se les dieron estos nombres para que los niños los recordaran fácilmente, (6) al final se establecía la misión de la semana y se les entregaba una pulsera con un dibujo relacionado a esta, llamada *pulsera misión*, para que pudieran recordar hacerla.

Después de la última sesión hubo una reunión de cierre con los padres de familia, en donde se identificaron los cambios conductuales de los participantes antes y después de la intervención.

Tabla 1. Descripción de cada participante (P) a partir de sus diagnósticos y tratamiento farmacológico (Tto.farmacol.).

P	Diagnósticos médicos	Diagnósticos psicológicos	Tto. farmacol.
1	Labio y/o paladar hendido	Irritabilidad y enojo Problemas en la relación entre esposos y pareja	Sin tratamiento
2	Labio y/o paladar hendido	Trastorno de ansiedad no especificado	Sin tratamiento
3	Labio y/o paladar hendido	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	Sertralina
4	Sin diagnóstico médico	Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) Problemas relacionados con la crianza	Metilfenidato Fluoxetina
5	Rinitis alérgica Acidosis tubular renal Rinosinusitis Alergia a la proteína de la leche de vaca	Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) Trastorno depresivo leve	Metilfenidato Sertralina

A los seis meses de haber concluido la intervención se realizó un seguimiento individual donde se exploraron los conceptos que recordaban de la Escuela de súper animales ninja, se identificaron las conductas que se mantenían y otros cambios conductuales que surgieran

durante ese periodo; también se evaluó el grado de satisfacción con la terapia de los niños y padres de familia.

En la tabla 2 se describe de forma general la estructura y contenido de las sesiones.

Tabla 2. Descripción general de las sesiones de Escuela de súper animales ninja (no se estableció una sesión específica para el proceso Yo como contexto).

Sesión 1. Conociendo la Escuela de súper animales ninja

Proceso	Desesperanza creativa
Mindfulness	No aplica
Revisión de misión	No aplica
Metáfora secuencial	“¡Bienvenidos a la escuela de súper animales ninja!”
Ejercicio experiencial	Identificar eventos privados incómodos y describir acciones de evitación y su efecto
Misión	Crear una historia de un animal que asistiría a la Escuela de súper animales ninja y realizar un frasco de la calma personalizado

Sesión 2. El Súper Simulador Horrorífico

Proceso	Aceptación
Mindfulness	Frasco de la calma
Revisión de misión	Compartir su experiencia y dificultades al realizar la acción comprometida
Metáfora secuencial	“Ardillina y el súper simulador horrorífico”
Ejercicio experiencial	Identificar el nivel de resistencia al ver imágenes aversivas, en una escala del cero al 10
Misión	Registrar la frecuencia de una acción comprometida. Se identificó el nivel de resistencia al realizarla

Sesión 3. Eligiendo sabiamente

Proceso	Defusión
Mindfulness	Frasco de la calma
Revisión de misión	Compartir su experiencia y dificultades al realizar la acción comprometida
Metáfora secuencial	“Tigrilla en lo alto del árbol”
Ejercicio experiencial	Identificar ideas que sí sirven ^a e ideas que no sirven ^b por medio del oído biónico
Misión	Registrar la frecuencia de comportarse acorde a tres ideas que sí sirven y que no sirven

Sesión 4. Lo que es importante para mí

Proceso	Valores y acción comprometida
Mindfulness	Frasco de la calma
Revisión de misión	Compartir su experiencia y dificultades al realizar la acción comprometida
Metáfora secuencial	“Oso polar caza”
Ejercicio experiencial	Actuar con mímica una acción alternativa a la conducta problema
Misión	Realizar y registrar la frecuencia de la acción comprometida alternativa a la conducta problema

Sesión 5. La prueba final

Proceso	Momento presente
Mindfulness	Frasco de la calma
Revisión de misión	Compartir su experiencia y dificultades al realizar la acción comprometida
Metáfora secuencial	“Gatita descubriendo el camino”
Ejercicio experiencial	Se realizó un sensorama grupal con los cinco sentidos. Los niños exploraron e identificaron objetos por medio del súper poder de la conexión
Misión	Cierre de la terapia: identificar conductas de mejoría después de la intervención. Se entregó la cinta negra por convertirse en un súper animal ninja

Notas a y b: Los términos *ideas que sí sirven* o *no sirven* fueron elegidos porque permitieron a los niños entender el proceso de defusión.

Se analizaron las respuestas de los cambios conductuales de los participantes referidos por ellos mismos y por los padres de familia, para encontrar las propiedades y dimensiones que permitieran generar conceptos que se vincularan entre sí. Se usó un criterio de saturación con un proceso de codificación abierta a través del análisis de frases enteras (Strauss y Corbin, 1998/2002).

Resultados

Durante la sesión *Conociendo la Escuela de súper animales ninja* se observó que el evento privado más mencionado por los participantes fue el enojo y las conductas inefectivas se relacionaban con la interacción social, como se muestra en la tabla 3.

Al revisar la misión *El súper simulador horrorífico*, como se muestra en la tabla 4, se encontró que los asistentes tuvieron un nivel de resistencia en un rango del dos al ocho, que el evento privado más reportado fue la tristeza, y que las acciones comprometidas iban dirigidas principalmente a la autorregulación y la tolerancia al malestar.

Durante la sesión *Eligiendo sabiamente*, los niños respondieron motivados al ejercicio experiencial. En el registro conductual pictórico de *ideas que sí sirven y que no sirven*, se observó confusión en los participantes pues algunos registraron solo un tipo de ideas y otros ambas. Asimismo, como se muestra en la tabla 5, se observó que en algunos casos las ideas que sí sirven y las que no sirven no correspondían a los mismos tipos de conducta y no se relacionaban con la experiencia interna expresada en la primera sesión.

Tabla 5. Descripción de la topografía de las ideas y su clasificación.

P	Ideas que no sirven	Ideas que sí sirven
1	Duerme otro rato No comas Llora	Termina la tarea Ve a la escuela Levántate temprano
2	Quédate a dormir Come mucho Muerde	No comas tanto Decirme a mí mismo “muy bien” Decirme a mí mismo “sí puedo”
3	Llora Llama a tu mamá Ve con tu mamá al trabajo	Espera tranquila el regreso de mamá Sonríe Duerme sola
4	Duerme otro rato Desobedece a tus papás	Levántate temprano Termina la tarea Que me digan “sí puedes”
5	Pega No comas Corre	Levántate temprano Haz la tarea Comparte

En el ejercicio experiencial de mímica de la sesión *Lo que es importante para mí*, los asistentes determinaron acciones comprometidas tales como: alejarme cuando esté enojado y guardar silencio; dormir sola; y jugar a la pelota con mi hermana menor.

En la sesión *La prueba final*, durante el ejercicio del sensorama los asistentes estuvieron participativos. En el cierre

Tabla 3. Resultados de cada participante en la sesión Conociendo la Escuela de súper animales ninja.

Participante	Animal elegido	Evento privado	Conductas inefectivas
1	Pinguino	Enojo	Gritar y aventar cosas
2	León	Enojo	Morder a los demás
3	Koala	Tristeza	Llorar y llamar a su mamá constantemente
4	Chango	Enojo	Gritar y contestar descortésmente a sus padres
5	Chango	Enojo	Ignorar, rechazar y negarse a compartir con su hermana menor

Tabla 4. Acciones comprometidas definidas por los participantes (P) y nivel de resistencia requerido para realizarlas (NR: nivel de resistencia).

P	Evento privado	Acción comprometida	NR	Frecuencia
1	No asistió			
2	Enojo y tristeza	Alejarme cuando me enoje en lugar de morder	5 y 5	5
3	Tristeza	Esperar tranquilamente, sin llamar por teléfono ni llorar, a que mamá regrese	2	56
4	Nervios y tristeza	No entregó	8 y 3	No entregó
5	Enojo	Compartir los juguetes con mi hermana menor	8	51

todos los participantes identificaron cambios conductuales, los cuales se describen en la tabla 6.

En los resultados basados en el *hexaflex*, se observó que los participantes tuvieron mayor flexibilidad psicológica, ya que podían identificar sus eventos privados y conductas de evitación, además, mostraron aceptación de los eventos privados aversivos, por ejemplo, “esperar tranquilamente a que mamá regrese, aunque tenga miedo”. Igualmente, los participantes practicaron el proceso de defusión al elegir obedecer los pensamientos que les servían para acercarse

a sus valores, por ejemplo, “termina la tarea”. El proceso de momento presente se trabajó con el uso del frasco de la calma, en donde los niños describieron sus eventos privados del momento, además de que mediante el sensorama discriminaron su experiencia a través de los cinco sentidos. Se encontró que los participantes notaban que las acciones comprometidas que se establecían los acercaban a sus valores, por ejemplo, “alejarme cuando me enoje, en lugar de morder, para tener amigos”. Por último, a pesar de que no hubo una sesión dirigida al proceso de yo como contexto, se observó que los niños lograban tomar perspectiva de las situaciones y su conducta.

En la sesión de *Cierre* con los padres de familia, los tutores identificaron las conductas problema que sus hijos presentaban antes de asistir al grupo, las cuales se categorizaron y se muestran en la tabla 7, la más frecuente fue la *expresión afectiva inadecuada*. Posteriormente, los padres describieron los cambios conductuales que percibieron en los niños después de la terapia, que también se categorizaron y se muestran en la tabla 8, en donde la categoría *expresión afectiva adecuada* fue la más repetida.

A los seis meses se dio seguimiento a los participantes y a sus padres, y acudieron solamente cuatro niños y tres padres. Se encontró que tres de los niños recordaban los cambios conductuales logrados al finalizar la terapia y en todos los casos, estos se mantuvieron hasta el momento del seguimiento; además, dos niños identificaron mejoría en otras conductas que no se abordaron en las sesiones de terapia, como la socialización con pares y la regulación del

Tabla 6. Cambios conductuales percibidos por los participantes.

P	Conductas antes de la terapia	Conductas después de la terapia
1	Gritaba Aventaba cosas	Pego menos, me enojo menos Termino la tarea, como lo que me sirven
2	Mordía a los demás	Muerdo menos
3	Lloraba Llamaba a mi mamá constantemente	Lloro menos cuando mamá no está Duermo sola
4	Gritaba Contestaba descortésmente a mis padres	Voy al baño sola Me enojo menos
5	Era grosero No compartía con mi hermana menor	Estoy feliz, comparto Me enojo menos

Tabla 7. Frecuencia de conductas inadecuadas reportadas por los padres de familia antes de la terapia.

Categorías de conductas inadecuadas	Ejemplos de las conductas inadecuadas mencionadas	Frecuencia
Expresión afectiva inadecuada	Lloraba mucho cuando yo no llegaba pronto de trabajar Gritaba mucho y se enojaba por cualquier cosa	15
Falta de motivación	No tenía interés de ir a la escuela. Para él no era indispensable ir a clases	5
Dificultad para seguir instrucciones en la escuela	Era desordenado para las cosas de la escuela No trabajaba en la escuela.	2
Dificultad para seguir instrucciones en la casa	No hacía caso en los favores del hogar No preparaba la mochila	3

Tabla 8. Frecuencia de cambios conductuales orientados a la mejoría clínica, reportados por los padres de familia después de la terapia.

Categorías de conductas adecuadas	Ejemplos de los cambios conductuales mencionados	Frecuencia
Expresión afectiva adecuada	Está más tranquila y contenta, ya no llora y si me salgo me dice: no tardes Platica más conmigo	12
Aumento en la motivación	Ya se levanta sin poner tantos peros para ir a la escuela Ahora se esfuerza por realizar sus actividades	7
Seguimiento de instrucciones en la escuela	Trabaja más en el salón de clases	1
Seguimiento de instrucciones en la casa	Trata de ordenar la mochila para la escuela y cuidar sus cosas Se pone a hacer las cosas que se le piden	2

llanto ante llamadas de atención de una figura de autoridad. Los cuatro niños mencionaron que volverían a asistir a la Escuela de súper animales ninja para modificar diferentes conductas, entre las cuales estaban: morder menos, platicar sobre lo que me pasa, y enojarme menos; además de que recomendarían la terapia a otros niños.

También se encontró que los padres de familia recordaron los cambios logrados por los niños en la Escuela de súper animales ninja, y calificaron en una escala de cero a diez el nivel en el que se mantuvieron hasta ese momento; dos casos se ubicaron en un nivel ocho y en otro, en un nivel tres. En un caso se identificó mejoría en otras conductas de las trabajadas en terapia (ordenar sus cosas de la escuela, seguir instrucciones, cuidar sus objetos personales, mejorar su autocuidado y llevarse mejor con su hermana). En todos los casos los tutores mencionaron que recomendarían la terapia y les gustaría que los participantes asistieran nuevamente.

Discusión

Este estudio es un reporte de la aplicación de la ACT en niños en un hospital de tercer nivel en México, adaptado a pacientes escolares, en formato grupal; que surge como una alternativa para atender la alta demanda de pacientes pediátricos, (INP, 2016), quienes tienen mayor riesgo de desarrollar alguna psicopatología (Hysing, Elgen, Gillberg y Lundervold, 2009). El objetivo de esta investigación fue conocer los efectos conductuales de una intervención grupal basada en la ACT en pacientes pediátricos que contaran con diagnósticos médicos y/o psicológicos.

Existe evidencia de que la ACT es una alternativa viable y efectiva de tratamiento para diversas psicopatologías infantiles, ya que es una terapia transdiagnóstica (Hayes, Strosahl y Wilson, 2012), pues atiende a una multitud de problemas (Swain, Hancock, Dixon y Bowman, 2015), como en esta intervención, en la que participaron pacientes pediátricos con condiciones médicas y/o psicológicas heterogéneas. La ACT propone trabajar sobre procesos, lo cual permite intervenir con cualquier experiencia interna, aunque cambie de sesión a sesión, ya que enseña un repertorio conductual flexible.

Los participantes de esta investigación lograron cambios favorables en la regulación emocional, pues los padres y los niños reportaron menor frecuencia de conductas agresivas, similar a lo encontrado en un estudio con un paciente que redujo significativamente sus niveles de agresividad y conductas desafiantes (Murrell y Scherbarth, 2011). Por lo tanto, los resultados de este estudio indican que esta intervención grupal basada en la ACT es una alternativa de tratamiento que podría contribuir a la mejoría conductual en pacientes escolares con condiciones médicas y/o psicológicas, como trastornos afectivos y ansiosos, problemas conductuales y de crianza, o dificultades en el entorno familiar.

Además, los participantes mejoraron en las habilidades sociales con pares y en la comunicación, lo cual va acorde con otros estudios en donde se encontró que los ejercicios de atención plena favorecen la regulación emocional, la atención, las habilidades sociales y la relación con los padres (Harnett y Dawe, 2011).

También se observó que el formato de las sesiones, la realización de ejercicios experienciales atractivos para desarrollar habilidades ACT, y la implementación de reforzadores secundarios y sociales, ayudaban a que los integrantes del grupo se comprometieran con las acciones que les ayudaban a lograr cambios conductuales, lo cual es consistente con la ACT, pues aumenta el compromiso individual para realizar comportamientos a largo plazo, mejorando el bienestar psicológico (Ataie Moghanloo, Ataie Moghanloo y Moazezi, 2015).

Por último, se halló que la mayoría de los cambios conductuales en los participantes se mantuvieron después de meses de concluir la intervención, y presentaron cambios en otras áreas, similar a lo encontrado en otros estudios (Hancock, Swain, Hainsworth, Dixon, Koo y Munro, 2018; Swain, Hancock, Dixon y Bowman, 2015; Wicksell, Melin, Lekander y Olsson, 2009).

El presente estudio apoya el desarrollo de alternativas de tratamiento basadas en la ACT, pues propone un protocolo nuevo llamado Escuela de súper animales ninja, en el cual se tomó en cuenta el psicodesarrollo de los integrantes, y que se escribió con el objetivo de plasmar problemáticas con las que los participantes se identificaran, mediante lenguaje infantil comprensible, memorable y relevante para entender los procesos de la ACT.

Por otra parte, se encontró que el uso de materiales y autorregistros pictóricos representa una ventaja, ya que ayuda a intervenir con aquellos que no saben leer y escribir, además de resultar más atractivo para ellos. Es importante mencionar que se deben usar autorregistros pictóricos dirigidos a acciones comprometidas desde la primera sesión, para motivar a los participantes a realizar cambios diarios, además de que brinda retroalimentación del cambio conductual.

Cabe resaltar que existieron limitaciones en el estudio, debido a la falta de observadores independientes, de mediciones complementarias de las variables y al reducido número de participantes, lo cual no permite la generalización del mismo. Asimismo, no se implementó una sesión específica para el proceso y/o como contexto, pues autores como Burckhardt, Manicavasagar, Batterham *et al.* (2017) han encontrado que resulta confuso y difícil de transmitir a niños y adolescentes por la complejidad del concepto. También, se observó un reporte de frecuencias altas de la conducta deseable, que puede atribuirse a que las instrucciones no fueron claras para los niños, por deseabilidad social o por gusto de llenar los autorregistros.

A partir de lo anterior, se propone que el diseño incluya evaluadores que lleven a cabo observaciones y mediciones

independientes sobre las variables dependientes, además de la aplicación de instrumentos que midan las mismas variables para corroborar los resultados, e incluir registros conductuales independientes hechos por los padres e incluir evaluaciones de seguimiento, así como aumentar y aleatorizar a los participantes. Todo lo mencionado se cubriría a través de diseños experimentales.

En cuanto al procedimiento se sugiere que el personaje principal sea el mismo durante la metáfora secuencial, para que les facilite a los participantes rastrear cómo las habilidades ACT ayudan lo ayudan a actuar acorde a sus valores. También es conveniente que los niños realicen el dibujo de su historia durante la primera sesión para que logren plasmar los elementos del análisis funcional pictórico de la conducta problema. En la sesión *El súper simulador horrorífico*, se sugiere que los participantes se expongan a acciones comprometidas que impliquen tolerar un malestar que esté relacionado con sus valores. Por último, se sugiere que los investigadores utilicen un registro conductual que evalúe la habilidad de los niños para tomar perspectiva (yo como contexto).

Referencias

- Ataie Moghanloo, V., Ataie Moghanloo, R. y Moazezi, M. (2015). [Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Depression, Psychological Well-Being and Feeling of Guilt in 7-15 Years Old Diabetic Children](#). *Iranian Journal of Pediatrics*, 25(4), e2436 [DOI: 10.5812/ijp.2436].
- A-Tjak, J.G.L., Davis, M.L., Morina, N., Powers, M.B., Smits, J.A.J. y Emmelkamp, P.M.G. (2015). [A Meta-Analysis of the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for Clinically Relevant Mental and Physical Health Problems](#). *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30-36 [DOI: 10.1159/000365764].
- Barney, J.Y., Field, C.E., Morrison, K.L. y Twhig, M.P. (2017). [Treatment of Pediatric Obsessive Compulsive Disorder Utilizing Parent-Facilitated Acceptance and Commitment Therapy](#). *Psychology in the Schools*, 54(1), 88-100 [DOI: 10.1002/pits.21984].
- Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Batterham, P.J., Hadzi-Pavlovic, D. y Shand, F. (2017). [Acceptance and commitment therapy universal prevention program for adolescents: a feasibility study](#). *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(1), 27 [DOI: 10.1186/s13034-017-0164-5].
- Brown, F.J. y Hooper, S. (2009). [Acceptance and Commitment Therapy \(ACT\) with a learning disabled young person experiencing anxious and obsessive thoughts](#). *Journal of Intellectual Disabilities*, 13(3), 195-201 [DOI: 10.1177/1744629509346173].
- Coyne, L.W., McHugh, L. y Martinez, E.R. (2011). [Acceptance and commitment therapy \(ACT\): Advances and applications with children, adolescents, and families](#). *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 379-399 [DOI: 10.1016/j.chc.2011.01.010].
- Davydow, D.S., Richardson, L.P., Zatzick, D.F. y Katon, W.J. (2010). [Psychiatric Morbidity in Pediatric Critical Illness Survivors. A Comprehensive Review of the Literature](#). *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(4), 377-385 [DOI: 10.1001/archpediatrics.2010.10].
- Dindo, L., Van Liew J.R. y Arch J.J. (2017). [Acceptance and Commitment Therapy: A Transdiagnostic Behavioral Intervention for Mental Health and Medical Conditions](#). *Neurotherapeutics*, 14(3), 546-553 [DOI: 10.1007/s13311-017-0521-3].
- Enoch, M.R. y Dixon, M.R. (2017). [The Use of a Child-Based Acceptance and Commitment Therapy Curriculum to Increase Attention](#). *Child & Family Behavior Therapy*, 39(3), 200-224 [DOI: 10.1080/07317107.2017.1338454].
- Ferro-García, R., Vives-Montero, C. y Ascanio-Velasco, L. (2009). [Novedades en el tratamiento conductual de niños y adolescentes](#). *Clinica y Salud*, 20(2), 119-130.
- Ghomian, S. y Shairi, M.R. (2014). [The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Children with Chronic Pain on the Quality of Life on 7 to 12 Year-Old Children](#). *International Journal of Pediatrics*, 2 (3), 47-55 [DOI: 10.22038/ijp.2014.2995].
- Hancock, K.M., Swain, J., Hainsworth, C.J., Dixon, A.L., Koo, S. y Munro, K. (2018). [Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Behavior Therapy for Children With Anxiety: Outcomes of a Randomized Controlled Trial](#). *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(2), 296-311 [DOI: 10.1080/15374416.2015.1110822].
- Harnett, P.H. y Dawe, S. (2011). [The contribution of mindfulness-based therapies for children and families and proposed conceptual integration](#). *Child and Adolescent Mental Health*, 17(4), 195-208 [DOI: 10.1111/j.1475-3588.2011.00643].
- Hayes, S.C. (2004). [Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies](#). *Behavior Therapy*, 35(1), 639-665 [DOI: 10.1016/S0005-7894(04)80013-3].
- Hayes, S.C., Strosahl, K. y Wilson, K. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change (2nd Ed.)*. Nueva York: Guilford Press.
- Hysing, M., Elgen, I., Gillberg, C. y Lundervold, A.J. (2009). [Emotional and behavioral problems in subgroups of children with chronic illness: Results from a large-scale population study](#). *Child: Care, Health and Development*, 35(4), 527-533 [DOI: 10.1111/j.1365-2214.2009.00967.x].

- Instituto Nacional de Pediatría (2008). [Manual de Procedimientos para la aplicación y operación del Catálogo de Cuotas de Recuperación](#). México: INP.
- Instituto Nacional de Pediatría (2016). [Una década de información haciendo historia. Agenda estadística 2006-2016](#). México: INP.
- Kallapiran, K., Koo, S., Kirubakaran, R. y Hancock, K. (2015). [Review: Effectiveness of mindfulness in improving mental health symptoms of children and adolescents: a meta-analysis](#). *Child and Adolescent Mental Health*, 20(4), 182-194 [DOI: 10.1111/camh.12113].
- Kennedy, A.E., Whiting, S.W. y Dixon, M.R. (2014). [Improving novel food choices in preschool children using acceptance and commitment therapy](#). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 228-235 [DOI: 10.1016/j.jcbs.2014.10.002].
- Luciano Soriano, M.C. y Valdivia Salas, M.S. (2006). [La terapia de aceptación y compromiso \(ACT\). Fundamentos, características y evidencia](#). *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara Muñoz, C., Benjet, C., Blanco Jaimes, J., Fleiz Bautista, C., Villatoro Velázquez, J., Rojas Guiot, E., Zambrano Ruiz, J., Casanova Rodas, L. y Aguilar-Gaxiola, S. (2003). [Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México](#). *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Moazzezi, M., Ataie Moghanloo, V., Ataie Moghanloo, R. y Pishvaei, M. (2015). [Impact of Acceptance and Commitment Therapy on Perceived Stress and Special Health Self-Efficacy in Seven to Fifteen-Year-Old Children With Diabetes Mellitus](#). *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 9(2), 1-6 [DOI: 10.17795/ijpbs956].
- Murrell, A.R. y Scherbarth, A.J. (2011). [State of the Research & Literature Address: ACT with Children, Adolescents and Parents](#). *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(1), 15-22 [DOI: 10.1037/h0100921].
- Organización Mundial de la Salud (1992). [CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento](#). Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2001). [Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas](#). Ginebra: OMS.
- Pielech, M., Vowles, K.E. y Wicksell, R.K. (2017). [Acceptance and Commitment Therapy for Pediatric Chronic Pain: Theory and Application](#). *Children*, 4(2), 10 [DOI: 10.3390/children4020010].
- Programa Sectorial de Salud (2013). [Programa de Acción Específico en Salud Mental \(2013-2018\)](#). México: Secretaría de Salud.
- Ruiz, F.J. y Perete, L. (2015). [Application of a relational frame theory account of psychological flexibility in young children](#). *Psicothema*, 27(2), 114-119 [DOI: 10.7334/psicothema2014.195].
- Serrano Sierra, A. (2016). [Instituto Nacional de Pediatría. Programa de trabajo 2016-2021](#). México: INP.
- Simon, E., Driessen, S., Lambert, A. y Muris, P. (2020). [Challenging anxious cognitions or accepting them? Exploring the efficacy of the cognitive elements of cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy in the reduction of children's fear of the dark](#). *International Journal of Psychology*, 55(1), 90-97 [DOI: 10.1002/ijop.12540].
- Strauss, A. y Corbin, J. (1998). [Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada \(2ª Ed.\) \(traducción de Eva Zimmerman\)](#). Medellín: Universidad de Antioquia, 2002.
- Swain, J., Hancock, K., Dixon, A., Koo, S. y Bowman, J. (2013). [Acceptance and Commitment Therapy for anxious children and adolescents: study protocol for randomized controlled trial](#). *Trials Journal*, 14, 140 [DOI: 10.1186/1745-6215-14-140].
- Swain, J., Hancock, K., Dixon, A. y Bowman, J. (2015). [Acceptance and Commitment Therapy for children: A systematic review of intervention studies](#). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(2), 73-85 [DOI: 10.1016/j.jcbs.2015.02.001].
- Wicksell, R.K., Melin, L., Lekander, M. y Olsson, G.L. (2009). [Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improve functioning and quality of life in long standing pediatric pain – A randomized controlled trial](#). *Pain*, 141(3), 248-257 [DOI: 10.1016/j.pain.2008.11.006].
- Yardley, J. (2012). [Treatment of Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: Utilizing Parent Facilitated Acceptance and Commitment Therapy](#). *All Graduate Theses and Dissertations*, 1234. Utah State University.
- Zúñiga, G., Arroyo, C., Lara, A., Torres, L. y Torres, K. (2018). Prevalence of Children's Psychosocial Issues at the National Institute of Pediatrics in Mexico. Poster presentado en el *15th International Congress of Behavioral Medicine*. Santiago de Chile.

