

# PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN VIOLENCIA FILIOPARENTAL BASADO EN LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

## CHILD-TO-PARENT VIOLENCE INTERVENTION PROGRAM BASED ON ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY

JOSÉ-MANUEL MARQUINEZ-RENGIFO<sup>1</sup>,  
JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ-MUÑOZ<sup>1</sup> Y  
ELIA FERNÁNDEZ-MARTÍNEZ<sup>2</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Marquinez-Rengifo, J.-M., Fernández-Muñoz, J. J. y Fernández-Martínez, E. (2023). Programa de intervención en violencia filioparental basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso [Child-to-parent Violence Intervention Program Based on Acceptance and Commitment Therapy]. *Acción Psicológica*, 20(1), 71–86. <https://doi.org/10.5944/ap.20.1.39192>

### Resumen

La violencia filioparental (VFP) es un problema social con consecuencias importantes para la salud mental de los que la sufren. El incremento de las investigaciones sobre la VFP se ha visto respaldada por el aumento del número de casos informados y la gravedad de sus consecuencias. El objetivo de esta investigación es analizar si la aplicación de un programa de intervención basado en la terapia de aceptación y compromiso (ACT) modifica la tolerancia a la frustración, la autoestima, la autoeficacia, la inteligencia emocional, la depresión y la ansiedad de los adolescentes.

Los participantes fueron 231 individuos que se reclutaron en un centro especializado en adolescentes que ejercen VFP. Se estableció un grupo de intervención en Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y un grupo control, midiendo las variables antes de la intervención, y a los tres meses. Los resultados nos sugieren la idoneidad de incluir intervenciones de ACT en el tratamiento de la VFP, pero se necesita más investigación e intervenciones con los adolescentes y sus familias para ayudarles a volver a retomar el control de sus vidas.

**Correspondence address [Dirección para correspondencia]:** José-Manuel Marquinez-Rengifo, Escuela Internacional de Doctorado, Universidad Rey Juan Carlos, España.

**Email:** [jm.marquinez.2020@alumnos.urjc.es](mailto:jm.marquinez.2020@alumnos.urjc.es)

**ORCID:** José-Manuel Marquinez-Rengifo (<https://orcid.org/0000-0002-7497-2799>), Juan José Fernández-Muñoz (<https://orcid.org/0000-0001-5519-7515>) y Elia Fernández-Martínez (<https://orcid.org/0000-0002-7700-999X>).

<sup>1</sup> Universidad Rey Juan Carlos, España.

<sup>1</sup> Universidad de Huelva, España.

Recibido: 30 de marzo de 2023.

Aceptado: 28 de abril de 2023.

**Palabras clave:** Violencia Filioparental; Tolerancia a la Frustración; Autoestima; Inteligencia Emocional; ACT.

## Abstract

Child-to-parent violence (CPV) is a social problem with important consequences for the mental health of those who suffer from it. The increase in research on CPV has been supported by the increase in the number of reported cases and the severity of their consequences. The objective of this research is to analyze whether the application of an intervention program based on acceptance and commitment therapy (ACT) modifies frustration tolerance, self-esteem, self-efficacy, emotional intelligence, depression, and anxiety in teenagers. The participants were 231 individuals who were recruited at a center specializing in adolescents who practice CPV. An acceptance and commitment therapy (ACT) intervention group and a control group were established, measuring the variables before the intervention and after 3 months. The results suggest the appropriateness of including ACT interventions in treating CPV, but more research and interventions are needed with adolescents and their families to help them regain control of their lives.

**Keywords:** Child-to-Parent Violence; Frustration Tolerance; Self-esteem; Emotional Intelligence; ACT.

## Introducción

La violencia filio-parental (VFP) en los adolescentes es una problemática en crecimiento en diferentes países (Calvete y Veytia, 2017), sin embargo, las investigaciones sobre este tipo de violencia no son muy numerosas (Carrascosa et al., 2018) en comparación con otros tipos de violencia (Loinaz y de Sousa, 2020). No obstante, en la última década se observa un ligero incremento de las investigaciones sobre la VFP motivado por el aumento del número de casos informados (Contreras y Cano, 2016; Coogan, 2011) y la gravedad de sus consecuencias (Holt, 2013), ya que se trata de un problema social serio con con-

secuencias importantes para la salud mental de los que la sufren (Holt, 2016).

Podemos definir la violencia filio-parental (VFP) como “la violencia física, psíquica o económica ejercida de forma reiterada contra los padres o tutores, excluidas las agresiones aisladas, las realizadas en estado de disminución de la conciencia o alteraciones psíquicas y el parricidio” (Pereira et al., 2017, p. 6).

Es un fenómeno que presenta altas tasas de prevalencia entre la población adolescente (Aroca-Montolío et al., 2013; Carrascosa et al., 2018). En España, el número de denuncias se ha duplicado en los últimos años, pasando de poco menos de 2300 en 2007 a más 5000 en 2019 (Fiscalía General del Estado, 2020).

Aun así, debemos tener en cuenta que estos datos son difíciles de calcular ya que la mayoría de los casos no implican un arresto ni antecedentes policiales. Kennedy et al. (2010) explicó cómo la VFP puede no parecer un problema importante en comparación con otros tipos de violencia, pero es necesario considerar el hecho de que dicha violencia a menudo se mantiene en privado, ya que los padres tienden a ser reacios a denunciar a sus hijos. Debido a que el problema involucra a un hijo/hija que causa daño a su cuidador, a menudo hay estigma y culpa en las víctimas. Además, a veces se considera que los padres son los responsables de la situación, aumentando la sensación de vergüenza sentida. Esto conduce a una renuencia a informar hasta que el problema se vuelve insoportable, lo que limita los datos sobre lo que se sabe sobre la VFP (Kennedy et al., 2010).

Además, la VFP sucede cuando varios factores convergen y por ello es importante reconocer esos factores de riesgos, ya que la VFP es multicausal y debido a eso se requieren medidas profesionales y eficaces (Holt, 2016). Los causantes de la VFP a menudo se enfrentan a problemas de salud mental, como depresión, TDAH o trastornos de personalidad antisocial (Castañeda et al., 2012; Coogan, 2014; Ibabe et al., 2014; Routt y Anderson, 2011).

De entre las características individuales y psicológicas más exploradas en esta población, están el sexo (Ibabe et al., 2014), la menor autoestima (Calvete et al., 2011; Ibabe

et al., 2014), la depresión (Calvete et al., 2011, 2013; Kennedy et al., 2010; Paulson et al., 1990), el aumento de la ansiedad (Chapple et al., 2005), una baja percepción de autoeficacia (Estévez et al., 2008), el consumo de drogas (Cottrell y Monk, 2004; Pagani et al., 2009; Romero et al., 2005), la mayor impulsividad (Calvete et al., 2011), las conductas violentas (Simmons et al., 2020), o la menor tolerancia a la frustración (Jaureguizar et al., 2013; Kennair y Mellor, 2007; Nock y Kazdin, 2002) y de igual forma se también se ha relacionado con bajos niveles de inteligencia emocional (López-Martínez et al., 2019).

Por otro lado, existen distintos programas para la intervención en la VFP, unos enmarcados en el ámbito judicial (Correll et al., 2017; Gilman y Walker, 2020; Moulds et al., 2019; Nowakowski y Mattern, 2014) y la gran mayoría centrados en la familia y trabajo grupal (Correll et al., 2017; Gilman y Walker, 2020; Kennair y Mellor, 2007; Omer y Lebowitz, 2016), aunque los hay también individuales (Moulds et al., 2019). Todos ellos se basan en mayor o menor medida en la prevención de la VFP o en su tratamiento con una orientación psicoeducativa o cognitivo conductual (Ibabe et al., 2018).

En la revisión de la literatura, sobre los diferentes programas aplicados en VFP, no se encontrado ninguno basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). La ACT se enmarca en las terapias de tercera generación, en la que se busca cambiar la relación que se tiene con los pensamientos y emociones dejando de intentar controlarlos y evitarlos (Luciano y Valdivia, 2006) y, en su lugar, promover la aceptación del pensamiento y la atención y experimentación del momento presente (Hayes et al., 2006). Se busca aumentar la flexibilidad psicológica en los pensamientos, experiencias y expectativas e identificar valores y metas personales que se eligen como objetivos y el compromiso de llevar a cabo acciones hacia la consecución de esas metas (Hayes et al., 2006; Luciano y Valdivia, 2006).

Esta terapia se ha mostrado efectiva en multitud de patologías y problemas de salud y con un impacto similar a la terapia cognitivo conductual (Gloster et al., 2020). Se la considera una terapia con potencial para afrontar los trastornos conductuales (Fogelkvist et al., 2020). Hay estudios que señalan su eficacia para reducir la depresión y la an-

siedad (González-Fernández et al., 2018), y ser una intervención que mejora el bienestar psicológico (Fledderus et al., 2012) así como en la impulsividad y la tolerancia a la frustración (Luciano y Valdivia, 2006).

El objetivo de esta investigación es conocer si la aplicación de un programa de intervención basado en ACT modifica ciertas variables implicadas en el proceso de VFP y se hipotetiza que después de recibir el programa de intervención basado en la ACT aumentará la tolerancia a la frustración, la autoestima, autoeficacia, así como la inteligencia emocional y por otro lado disminuirán la ansiedad y la depresión, en comparación con el grupo control.

## Método

### *Participantes*

Previa firma de consentimiento informado por parte de los tutores legales y excluyendo a aquellos participantes que presentaban otras patologías en relación con la salud mental se extrajo una muestra de 231 participantes entre niños y niñas entre edades comprendidas entre los 14 y los 17 años (ver Tabla 1), que se encuentran internados en un centro especializado de Andalucía, en el tratamiento de adolescentes con problemas de conducta. Estos adolescentes se encontraban en el centro debido a problemas de VFP y en régimen cerrado, es decir, hacían toda su vida dentro del centro, incluida su asistencia a las clases del curso educativo que les correspondía. El 45.9 % fueron niños y el 54.1 % fueron niñas, siendo la media de edad de 15.41 (DT = .983) y 16.27 (DT = 1.003) respectivamente.

**Tabla 1**

*Número de participantes y edad media*

	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Edad Media</b>
Niños	106	45.9	15.41 (DT .983)
Niñas	125	54.1	16.27 (DT 1.003)
<b>Total</b>	<b>231</b>	<b>100</b>	

Todos los participantes procedían de provincias de Andalucía, en concreto de Sevilla (53.7 %), Cádiz (34.2 %) y Huelva (12.1 %), distribuidos entre 2º de la ESO (16 %), 3º de la ESO (32.0 %), 4º de la ESO (29.9 %) y 1º de Bachillerato (22.1 %), con un 13.9 % de repetición de curso una vez o el 23.4 % con dos repeticiones. En su mayoría procedían de ciudades de más de 30000 habitantes (69.3 %), y de un tipo de familia tradicional (81.0 %) con un hermano más (51.5 %) o dos (24.7 %). En cuanto a los niveles educativos de los padres, estos mostraron que las madres en su mayoría tenían el graduado escolar con un 34.6 %, niveles de bachillerato o FP un 27.7% y un 24.2% de estudios universitarios. Sin embargo, los padres tenían un 32.0 % de estudios universitarios, un 27.7% tenían el graduado escolar y un 25.5% bachillerato o FP.

## ***Instrumentos de evaluación***

### ***Datos sociodemográficos***

Los participantes proporcionaron su edad, año escolar, sexo y país de nacimiento.

Las variables dependientes de nuestra investigación se midieron con los siguientes instrumentos:

### ***Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR; Rosenberg, 1965)***

Se trata de una de las escalas más utilizadas para la evaluación de la autoestima global, entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo/a. La escala consta de 10 ítems, de los cuales cinco están enunciados de forma positiva y cinco de forma negativa, para así controlar el efecto de la aquiescencia autoadministrada. Presenta una fiabilidad de .80 y una consistencia interna que se encuentra entre .76 y .87. El Alpha de Cronbach para este estudio fue de .879.

### ***Escala de Autoeficacia General de la Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer (1996)***

Se compone de 10 ítems y emplea una escala tipo Likert de 10 puntos. Mide el nivel de autoeficacia general, entendida ésta como un constructo global que hace refe-

rencia a la creencia estable de las personas sobre su capacidad para manejar adecuadamente una gran variedad de situaciones estresantes. La adaptación para la población española de Sanjuán et al. (2000) mostró una consistencia interna  $\alpha$  de .87. El índice de consistencia interna de este instrumento para este estudio fue de .850.

### ***Trait Meta-Mood Scale (Salovey et al., 1995; Fernández Berrocal et al., 2004)***

Permite evaluar la inteligencia emocional percibida en sus dos factores: la atención emocional, y la claridad emocional. Se empleó la versión adaptada al español (Fernández Berrocal et al., 2004). La TMMS se compone de tres subescalas que evalúan la inteligencia emocional percibida: (a) *atención emocional* (percepciones que tienen los sujetos sobre su capacidad para prestar atención y pensar sobre las emociones), (b) *claridad emocional* (capacidad para identificar y comprender las emociones, etiquetarlas y comprender las relaciones entre ellas) y (c) *reparación emocional* (capacidad para regular los estados emocionales negativos y positivos, interrumpiendo los primeros y promoviendo los segundos). La TMMS-24 está formada por 24 ítems cuya escala de respuesta es tipo Likert con cinco opciones que van desde 1 (nada de acuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo) y se estructura en tres dimensiones, correspondientes con las subescalas, de ocho ítems cada una de ellas. Los niveles de consistencia interna de las subescalas con muestras españolas son superiores a 0.80.

### ***Escala para la Evaluación de la Tolerancia a la Frustración (Bar-On y Parker, 2000).***

Permite evaluar la tolerancia a la frustración. Esta escala forma parte del Emotional Quotient Inventory Youth Version (EQ-i: YV) en su versión extensa, el cual fue desarrollado para medir la inteligencia socioemocional (Bar-On, 1997a, 1997b, 2004, 2006). Concretamente, se trata de una reducción y adaptación al castellano de la subescala *Stress Tolerance* de la versión original. Dicha adaptación consta de ocho ítems que deben ser puntuados en una escala tipo Likert de cinco puntos. Este instrumento es una escala autocumplimentable que puede aplicarse tanto de forma individual como colectiva. El sujeto que completa el cuestionario debe responder indicando la pun-

tuación que mejor lo define en cada ítem siguiendo una escala que va desde 1 (Nunca) a 5 (Siempre). Es importante explicar a los sujetos que no deben elegir sólo las puntuaciones extremas de 1 y 5. Mediante ella es posible medir la capacidad para resistir a sucesos adversos y situaciones estresantes, así como la capacidad para resistir o demorar un impulso. En lo que se refiere a la fiabilidad de la escala, el índice de consistencia interna alfa de Cronbach es de .77. El índice de consistencia interna del instrumento para este estudio fue de .845.

### ***Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (De las Cuevas et al., 1995; Zigmond y Snaith, 1983).***

Mide la sintomatología ansiosa y depresiva utilizando la adaptación española del instrumento (De las Cuevas et al., 1995). Se trata de una escala fiable y válida, tanto para realizar el diagnóstico como para evaluar su gravedad. De igual forma, se muestra como una buena herramienta para la evaluación de ansiedad y depresión en población clínica y en población general (Terol-Cantero et al., 2015). Esta escala está compuesta por 14 ítems que dan lugar a dos subescalas: la primera subescala (HADS-A) está formada por los 7 ítems impares; la segunda subescala (HADS-D) está formada por los 7 ítems pares. Cada ítem es valorado en una escala con 4 opciones de respuesta (rango entre 0-3) pudiendo obtener, en cada subescala, una puntuación mínima de 0 y máxima de 21 (Cabrera et al., 2015). La escala presenta una consistencia interna de  $\alpha = .90$  (Lacomba-Trejo et al., 2019). El grado de consistencia interna fue de .700 para el total de los participantes de este estudio.

### ***Diseño***

Se empleó un diseño cuasiexperimental con dos grupos de participantes con medidas repetidas pre y post intervención. La variable independiente fue el tratamiento terapéutico recibido por cada grupo (uno con el programa basado en la terapia de aceptación y compromiso y el otro el programa que se imparte en el centro basado en una reorientación psicoeducativa) y las variables dependientes son la autoestima, la autoeficacia, la tolerancia hacia la frustración, la ansiedad, la depresión y la inteligencia emocional.

### ***Procedimiento***

El centro para implementar la intervención, especializado en el tratamiento de adolescentes con problemas de conducta, y en concreto de VFP, tiene 180 habitaciones dobles, comedor, salas terapéuticas, aulas de clase, sala de estudio y zonas recreativas. Los adolescentes tienen una agenda diaria que incluye horarios para levantarse, asearse, desayuno almuerzo, merienda y cena, tareas de limpieza de su cuarto y zonas comunes, actividades terapéuticas (seminarios, dinámicas, talleres, grupos de autoayuda y asambleas), horario de clases y estudio, todo ello con el uso responsable de las instalaciones y el buen trato a compañeros y terapeutas.

Del total de participantes seleccionados se formaron dos grupos con asignación aleatoria. Al primer grupo se aplicó un programa basado en la ACT. El otro grupo asistió a reuniones grupales terapéuticas dirigidas a una reorientación psicoeducativa.

Los participantes de ambos grupos participaron en una primera sesión de evaluación en la que cumplimentaron el cuestionario con sus datos sociodemográficos y la batería de los cuestionarios para tomar las medidas pretratamiento. Una vez transcurridos 3 meses del final de la intervención se volvieron a medir las variables dependientes.

El programa de intervención consta de 10 sesiones grupales con una periodicidad semanal y de dos horas de duración y se impartió por dos terapeutas expertos en ACT (ver Tabla 2). El protocolo trata de seguir una adaptación de lo propuesto por A. Juarascio et al. (2013), que fue diseñado para ser utilizado en un contexto intensivo de pacientes ingresados y que incide en los seis aspectos centrales de esta terapia: aceptación, defusión, momento presente, el yo como contexto, valores y acción comprometida.

Una vez finalizada la intervención, a los tres meses y una vez recabados los datos de la post intervención, y por cuestiones éticas, el grupo de control recibió la misma intervención en ACT, que el grupo experimental.

**Tabla 2***Objetivos y contenidos de las sesiones*

Nº	Sesión	Objetivos	Técnicas
1	Presentación ACT	Informar en que consiste la Terapia de Aceptación y compromiso y sus 6 procesos básicos	
2	Proceso cognitivo-1	Identificación de pensamientos negativos.	Práctica: "La carga del tren de la mente" (Hayes y Smith, 2013).
3	Proceso cognitivo-2	Identificación de pensamientos negativos. Técnicas de defusión cognitiva.	Práctica: "Hojas flotando en la corriente" (Hayes y Smith, 2013). Manual de técnicas de defusión cognitiva.
4	Aceptación	Entender los conceptos de Aceptación y Evitación experiencial. Aprender autoconceptualizaciones.	Práctica: "Reinterpretar la propia historia" (Hayes y Smith, 2013).
5	Yo y yo-contexto	Diferenciar los conceptos del yo y el yo-contexto. Fomentar la práctica de colocarse en el tablero.	Práctica: "Metáfora del ajedrez" (Hayes et al., 2014).
6	Estar en el momento presente	Conectar con el aquí y ahora.	Práctica: "Estar donde estás" (Hayes y Smith, 2013).
7	Estar dispuesto	Favorecer el estar dispuesto.	Práctica: "Dolor" (Hayes y Smith, 2013). Práctica: "Qué evito" (Hayes y Smith, 2013).
8	Valores y acciones valoradas-1	Averiguar valores en diferentes ámbitos de la vida.	Vídeo: "Pensamientos pasajeros" (Hayes et al., 2014). Práctica: "la diana" (Hayes y Smith, 2013).
9	Valores y acciones valoradas-2	Averiguar valores en diferentes ámbitos de la vida. Establecimiento de metas.	Práctica: "Hoja de valores, barreras y estrategias" (Hayes y Smith, 2013)
10	Contrato de acción y mindfulness	Ejercitar habilidades de atención plena. Acción comprometida.	Práctica: "El globo que se infla" (Hayes et al., 2014). Contrato de acción y aceptación.

**Resultados**

Las Tabla 3 y 4 incluyen las correlaciones pre y post de los instrumentos evaluados en el momento pre y post

de la intervención. Se observa que antes de la intervención existe una correlación estadísticamente positiva y significativa entre la tolerancia a la frustración y la regulación ( $r = .173$   $p < .01$ ), la ansiedad y la percepción ( $r = .131$ ,

**Tabla 3***Matriz de correlaciones de las variables psicológicas de estudio antes del tratamiento*

	1	2	3	4	5	6	7
1. Autoestima							
2. Autoeficacia	.009						
3. TMMS P	-.047	.023					
4. TMMS C	-.028	.103	.022				
5. TMMS R	-.006	.050	-.078	.036			
6. Tolerancia la Frustración	-.098	.036	.015	-.018	.173**		
7. Ansiedad	.103	-.025	.131*	-.008	-.036	-.069	
8. Depresión	-.075	.083	.068	-.024	-.021	.019	.186**

\*. La correlación es significativa en el nivel .05.

\*\*.. La correlación es significativa en el nivel .01

**Tabla 4**

*Matriz de correlaciones de las variables psicológicas de estudio después del tratamiento*

	1	2	3	4	5	6	7
1. Autoestima							
2. Autoeficacia	.730**						
3. TMMS P	.691**	.708**					
4. TMMS C	.715**	.737**	.709**				
5. TMMS R	.651**	.747**	.765**	.720**			
6. Tolerancia la Frustración	.761**	.758**	.692**	.744**	.722**		
7. Ansiedad	-.667**	-.702**	-.662**	-.661**	-.682**	-.709**	
8. Depresión	-.689**	-.697**	-.642**	-.695**	-.655**	-.726**	.784**

\*. La correlación es significativa en el nivel .05. \*\*. La correlación es significativa en el nivel .01.

$p < .05$ ) y la depresión con la ansiedad ( $r = .186, p < .01$ ). Ello puede ser debido a las semanas que ya llevan internados en el centro los menores.

Por otro lado después de la intervención todas las variables correlacionan estadísticamente y significativa entre ellas, por un lado positivamente la autoestima con la autoeficacia, la percepción, la comprensión, la regulación y la tolerancia a la frustración, así como la autoeficacia con la percepción, la comprensión, la regulación y la tolerancia a la frustración; la percepción con la comprensión, la regulación y la tolerancia a la frustración; la comprensión con la regulación y la tolerancia a la frustración; la regulación con la tolerancia a la frustración; y por último la ansiedad con la depresión; y por otro lado se dieron correlaciones negativas entre la ansiedad y la autoestima, la autoeficacia, la percepción, la comprensión, la regulación y la tolerancia a la frustración; y la depresión con la autoestima con la

autoeficacia, la percepción, la comprensión, la regulación y la tolerancia a la frustración.

Para comprobar nuestra hipótesis de que las variables dependientes en el grupo control no sufrirían cambios significativos, realizamos un contraste de medias entre grupos relacionados, antes y después de tres meses, donde solo recibían el programa socioeducativo. Los resultados arrojaron que no se dieron cambios estadísticamente significativos en las variables de autoestima, autoeficacia y tolerancia a frustración. Sin embargo, si hubo diferencias para el manejo de las emociones tanto en la percepción como en la comprensión y la regulación, así mismo también mejoraron significativamente en sus valores de ansiedad. Para la depresión también se dieron resultados significativos, pero en sentido negativo, es decir, puntuaron con diferencias estadísticamente significativas mayores para la variable (ver Tabla 5).

**Table 5**

*Prueba t de Student para muestras relacionadas en el grupo control*

	M (DT) Pre	M (DT) Post	t	p valor	d Cohen
Autoestima	20.36 (4.65)	21.25 (6.85)	-1.089	.278	-.103
Autoeficacia	27.08 (2.52)	26.73 (2.44)	1.077	.284	.102
TMMS P	24.09 (5.37)	27.38 (4.65)	-5.111	< .001	-.483
TMMS C	24.17 (4.58)	26.95 (4.59)	-4.725	< .001	-.446
TMMS R	24.26 (4.98)	27.31 (4.87)	-4.281	< .001	-.404
Tolerancia a la Frustración	22.60 (3.55)	22.90 (3.54)	-0.625	.533	-.059
Ansiedad	15.03 (0.86)	13.64 (2.51)	5.594	< .001	.529
Depresión	11.72 (1.27)	14.26 (2.65)	-9.611	< .001	-.908



**Table 6***Prueba t de student para muestras relacionadas en el grupo experimental*

	<b>M (DT) Pre</b>	<b>M (DT) Post</b>	<b>t</b>	<b>p valor</b>	<b>d Cohen</b>
Autoestima	20.77 (4.66)	35.85 (2.21)	-32.584	< .001	-2.987
Autoeficacia	27.13 (2.59)	35.15 (2.34)	-26.700	< .001	-2.448
TMMS P	23.63 (5.22)	37.54 (1.75)	-28.606	< .001	-2.622
TMMS C	24.08 (4.88)	38.05 (1.37)	-29.564	< .001	-2.710
TMMS R	24.03 (4.70)	38.01 (1.42)	-31.091	< .001	-2.850
Tolerancia a la frustración	22.20 (3.73)	33.80 (2.59)	-27.241	< .001	-2.497
Ansiedad	15.11 (0.72)	6.36 (2.95)	32.207	< .001	2.952
Depresión	11.85 (1.28)	5.77 (3.58)	23.500	< .001	2.154

Para comprobar la hipótesis de que tras la intervención basada en ACT nuestras variables dependientes puntuarían estadísticamente diferente a antes de la intervención realizamos un contraste de medias entre grupos relacionados mediante la *prueba t de Student*. Los resultados nos aportaron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables. De tal forma que con un  $p \leq .01$  la autoestima, la autoeficacia, la percepción, la comprensión, la regulación y la tolerancia a la frustración obtuvieron diferencias negativas entre el pre y el post, mientras que con un  $p \leq .01$  la ansiedad y la depresión arrojaron valores positivos entre el pre y el post (ver Tabla 6).

## Conclusiones

El objetivo de esta investigación fue conocer si la aplicación de un programa de intervención basado en ACT provocaba cambios en ciertas variables implicadas en el proceso de VFP, tras el tratamiento.

Para la hipótesis establecida de que recibir el programa de intervención basado en la ACT aumentaría la tolerancia a la frustración, la autoeficacia, la autoestima, así como la inteligencia emocional, los resultados proporcionados corroboraron dicha hipótesis. Esto es coherente con otras investigaciones sobre la tolerancia a frustración (Ibabe et al., 2019; López-Martínez et al., 2019), la autoestima (Shi et al., 2023), la autoeficacia (Estévez et al., 2008) y la inteligencia emocional (López-Martínez et al., 2019).

Las hipótesis también establecían que después de la intervención en ACT los niveles de ansiedad y depresión disminuirían, resultado que también quedó refrendado por los resultados obtenidos, lo cual coincide con otros estudios para la ansiedad (Chapple et al., 2005; Coto-Lesmes et al., 2020; Finger et al., 2020; Fongaro et al., 2023; A. S. Juarascio et al., 2010) y para la depresión (Coto-Lesmes et al., 2020; Fongaro et al., 2023; Ibabe et al., 2019).

Por otro lado, en el grupo control las mediciones de las variables, tras el programa socioeducativo, después de los tres meses se hipotetizaba que dichas variables no tendrían cambios con respecto a las medidas de antes del programa. Esta hipótesis quedó corroborada para la autoestima, la autoeficacia y la tolerancia a frustración. Sin embargo, si hubo diferencias para la inteligencia emocional y para la ansiedad. En este grupo las medidas de la depresión fueron mayores después del programa. Estos datos han de ser visto como una mejoría de los adolescentes que se encuentran en el centro, sometidos a un régimen de cumplimiento y normas. Ya en otras investigaciones de programas socioeducativos se adelantaban esas conclusiones (Franco, 2022; Pardo, 2016).

Este estudio tuvo limitaciones, ya que toda la información recabada fue facilitada únicamente por los adolescentes y no fueron entrevistadas ni las familias ni los terapeutas en cuanto a posibles mejoras en sus conductas. Podríamos además suponer que algunos de los adolescentes no fueron francos a la hora de responder a los cuestionarios, debido a la desconfianza de las posibles repercusiones ante las familias, aunque conocían de la confidencialidad de los



datos. Por otro lado, debemos tener en cuenta que los adolescentes estaban en régimen cerrado y no en su contexto habitual, y no se tuvo en cuenta las diferencias por sexo y a los mayores de edad.

En futuros estudios sería interesante incluir a la familia, inmersas en estas situaciones, en las intervenciones ya que deberían ayudarlas a empoderarlas para volver a retomar el control de la vida de sus hijos. Así mismo se deberían realizar estudios longitudinales de los adolescentes una vez de vuelta en sus contextos, y analizar la evolución de estos en cuanto a la VFP.

## Referencias

- Aroca-Montolío, C., Moreno, M. C. B. y Alba, J. L. (2013). Revisión de programas de intervención para el tratamiento de la violencia filio-parental. Una guía para la confección de un nuevo programa [Revision of Intervention Programs for the Treatment of Adolescent Violence against Parents: Guidance for Connection of a New Program]. *Educacion XXI*, 16(1), 281–304. <https://doi.org/10.5944/educxx1.16.1.727>
- Baessler, J. y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la Escala de Autoeficacia General [Measuring optimistic self-beliefs: A Spanish adaptation of the General Self-Efficacy Scale]. *Ansiedad y Estrés*, 2(1), 1–8.
- Bar-On, R. (1997a). *The BarOn emotional quotient inventory (EQ-i): Technical manual*. Multi-Health Systems.
- Bar-On, R. (1997b). *The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): A Test of Emotional Intelligence*. Multi-Health Systems.
- Bar-On, R. (2004). The BarOn Emotional Quotient Inventory (EQ-i): Rationale, Description, and Summary of Psychometric Properties. En G. Geher (Ed.), *Measuring Emotional Intelligence: Common Ground and Controversy* (pp. 111–142). Nova Science.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of Emotional-Social Intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, 13–25.
- Bar-On, R. y Parker, J. D. A. (2000). *The BarOn emotional quotient inventory: Youth version (EQ-i:YV): Technical manual*. Multi-Health Systems.
- Cabrera, V., Martín-Aragón, M., del Carmen-Tero, M., Núñez, R. y Pastor, M. A. (2015). La escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD) en fibromialgia: Análisis de sensibilidad y especificidad [Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in fibromyalgia: sensitivity and Specificity Analysis]. *Terapia Psicológica*, 33(3), 181–193. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082015000300003>
- Calvete, E., Orue, I. y Gámez-Guadix, M. (2013). Child-to-parent violence emotional and behavioral predictors. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(4), 755–772. <https://doi.org/10.1177/0886260512455869>
- Calvete, E., Orue, I. y Sampedro, R. (2011). Violencia filio-parental en la adolescencia: características ambientales y personales [Child to Parent Violence in Adolescence: Environmental and Individual Characteristics]. *Infancia y Aprendizaje*, 34, 349–363. <https://doi.org/10.1174/021037011797238577>
- Calvete, E. y Veytia, M. (2018). Adaptación del cuestionario de violencia filio-parental en adolescentes mexicanos [Adaptation of the Child-to-Parent Violence Questionnaire to Mexican Adolescents]. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 50(1), 49–60. <https://doi.org/10.14349/rlp.2018.v50.n1.5>
- Carrascosa, L., Cava, M. J. y Buelga, S. (2018). Dating Violence in Child-to-Parent Offenders. *Law y Social Change*, 52, 1–14.
- Castañeda, A., Garrido-Fernández, M. y Lanzarote, M. D. (2012). Menores con conducta de maltrato hacia

- los progenitores: un estudio de personalidad y estilos de socialización [Juvenile offenders who assault their parents: A Study of Personality Traits and Parenting Styles]. *Revista de Psicología Social*, 27, 157–167. <https://doi.org/10.1174/021347412800337933>
- Chapple, C. L., Tyler, K. A. y Bersani, B. E. (2005). Child Neglect and Adolescent Violence: Examining the Effects of Self-control and Peer Rejection. *Violence and Victims*, 20(1), 39–53. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.2005.20.1.39>
- Contreras, L. y Cano, M. C. (2016). Child-to-parent Violence: The Role of Exposure to Violence and its Relationship to Social-Cognitive Processing. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 8, 43–50. <https://doi.org/10.1016/j.ejpal.2016.03.003>
- Coogan, D. (2011). Child-to-parent Violence: Challenging perspectives on Family Violence. *Child Care in Practice*, 17(4), 347–358. <https://doi.org/10.1080/13575279.2011.596815>
- Coogan, D. (2014). Responding to Child-to-parent Violence: Innovative Practices in Child and Adolescent Mental Health. *Health y Social Work*, 39(2), 1–9. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlu011>
- Correll, J. R., Walker, S. C. y Edwards, T. C. (2017). Parent Perceptions of Participating in a Program for Adolescents who are Violent at Home. *Journal of Family Violence*, 32, 243–255. <https://doi.org/10.1007/s10896-016-9847-6>
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C. y González-Fernández, S. (2020). Acceptance and Commitment Therapy in Group Format for Anxiety and Depression. A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders*, 263(12), 107–120. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.154>
- Cottrell, B. y Monk, P. (2004). Adolescent-to-parent abuse: A Qualitative Overview of Common Themes. *Journal of Family Issues*, 25(8), 1072–1095. <https://doi.org/10.1177/0192513X03261330>
- De las Cuevas, C., Garcia-Estrada, A. y Gonzalez de Rivera, J. L. (1995). Hospital Anxiety and Depression Scale y Psicopatología Afectiva. *Anales de Psiquiatría*, 11(4), 126–130.
- Estévez, E., Murgui, S., Musitu, G. y Moreno, M. (2008). Adolescent Aggression: Effects of Gender and Family and School Environments. *Journal of Adolescence*, 31(4), 433–450. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2007.09.007>
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and Reliability of the Spanish Modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94(3), 751–755. <https://doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755>
- Finger, I. D., de Freitas, B. I. y Oliveira, M. D. (2020). Psychological Inflexibility in Overweight and Obese People from the Perspective of Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Eat Weight Disord*, 25, 169–175. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0541-y>
- Fiscalía General del Estado. (2020). *Memoria Fiscalía 2020*. Autor.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E., Pieterse, M. y Schreurs, K. (2012). Acceptance and Commitment Therapy as Guided Self-Help for Psychological Distress and Positive Mental Health: A Randomized Controlled trial. *Psychological Medicine*, 42(3), 485–495. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001206>
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T. y Westerhof, G. J. (2011). The Effects of Acceptance based Behavioural Therapy on Positive Mental Health, Results of a Pragmatic RCT. *American Journal of Public Health*, 100, 2372–2378.
- Fledderus, M., Oude-Voshaar, M. A. H., ten Klooster, P. M. y Bohlmeijer, E. T. (2012). Further Evaluation of the Psychometric Properties of the Acceptance

- and Action Questionnaire–II. *Psychological Assessment*, 24(4), 925–936. <https://doi.org/doi.org/10.1037/a0028200>
- Fogelkvist, M., Aila, S., Kjellin, L. y Parling, T. (2020). Acceptance and Commitment Therapy to Reduce Eating Disorder Symptoms and Body Image Problems in Patients with Residual Eating Disorder Symptoms: A randomized Controlled Trial. *Body Image*, 32, 155–166. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.01.002>
- Fongaro, E., Aouinti, S., Picot, M. C., Pupier, F., Omer, H., Franc, N. y Purper-Ouakil, D. (2023). Non-Violent Resistance Parental Training versus Treatment as Usual for Children and Adolescents with Severe Tyrannical Behavior: A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychiatry*, 14(5), 1–14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1124028>
- Franco, C. (2022). *Violencia filio-parental: Aproximación desde la praxis del método Mentoris* [Filio-Parental Violence: An Approach from the Practice of the Mentoris Method]. Universidad Pablo de Olavide, Sevilla.
- Gilman, A. B. y Walker, S. C. (2020). Evaluating the Effects of an Adolescent Family Violence Intervention Program on Recidivism among Court-Involved Youth. *Journal of Family Violence*, 35(2), 95–106. <https://doi.org/10.1007/s10896-019-00070-2>
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P. y Karekla, M. (2020). The Empirical Status of Acceptance and Commitment Therapy: A Review of Meta-Analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18(10), 181–192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- González-Fernández, S., Fernández-Rodríguez, C., Paz-Caballero, M. D. y Pérez-Álvarez, M. (2018). Treating Anxiety and Depression of Cancer Survivors: Behavioral Activation versus Acceptance and Commitment Therapy. *Psicothema*, 30(1), 14–20. <https://doi.org/10.7334/psicothema2017.396>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C. y Smith, S. (2013). *Get out of your Mind and into your Life: The New Acceptance and Commitment Therapy*. Desclée De Brouwer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)* (Trad. R. Álvarez Fernández). Desclée De Brouwer.
- Holt, A. (2013). *Adolescent-to-Parent Abuse: Current Understandings in Research, Policy, and Practice*. Bristol University Press.
- Holt, A. (2016). Adolescent to Parent Abuse as a form of “Domestic Violence”: A Conceptual Review. *Trauma, Violence y Abuse*, 17(5), 490–499. <https://doi.org/10.1177/1524838015584372>
- Ibabe, I., Arnosó, A. y Elgorriaga, A. (2018). Prominent Intervention Programs in Child-to-parent. *Papeles del Psicólogo*, 39(3), 208–217. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2873>
- Ibabe, I., Arnosó, A. y Elgorriaga, E. (2014). Behavioral Problems and Depressive Symptomatology as Predictors of Child-To-Parent Violence. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 6(2), 53–61. <https://doi.org/10.1016/j.ejpal.2014.06.004>
- Ibabe, I., Arnosó, A. y Elgorriaga, E. (2019). *Programa de intervención precoz en situaciones de violencia filio parental: descripción, protocolización y evaluación* [Early Intervention Program in Filio-Parental Violence Situations: Description,

- Protocolization, and Evaluation]. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.
- Jaureguizar, J., Ibabe, I. y Straus, M. A. (2013). Violent and Prosocial Behavior by Adolescents toward Parents and Teachers in a Community Sample. *Psychology in the Schools, 50*(5), 451–470. <https://doi.org/10.1002/pits.21685>
- Juarascio, A. S., Forman, E. M. y Herbert, J. D. (2010). Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Therapy for the Treatment of Comorbid Eating Pathology. *Behavior Modification, 34*(2), 175–190. <https://doi.org/10.1177/0145445510363472>
- Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E. M., Timko, C. A., Herbert, J. D., Butryn, M. L. y Lowe, M. (2013). Acceptance and Commitment Therapy for Eating Disorders: Clinical Applications of a Group Treatment. *Journal of Contextual Behavioral Science, 2*(3–4), 85–94. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.08.001>
- Kennair, N. y Mellor, D. (2007). Parent Abuse: A Review. *Child Psychiatry and Human Development, 38*, 203–219. <https://doi.org/10.1007/s10578-007-0061-x>
- Kennedy, T. D., Edmonds, W. A., Dann, K. T. J. y Burnett, K. F. (2010). The Clinical and Adaptive Features of Young Offenders with Histories of Child-Parent Violence. *Journal of Family Violence, 25*(5), 509–520. <https://doi.org/10.1007/s10896-010-9312-x>
- Lacomba-Trejo, L., Mateu-Mollá, J., Carbajo, E., Oltra, A. M. y Galán, A. (2019). Enfermedad renal crónica avanzada. Asociación entre ansiedad, depresión y resiliencia [Advanced Chronic Kidney Disease. Association between Anxiety, Depression, and Resilience]. *Revista Colombiana de Nefrología, 6*(2), 103–111. <https://doi.org/10.22265/acnef.6.2.344>
- Loinaz, I. y de Sousa, A. M. (2020). Assessing Risk and Protective Factors in Clinical and Judicial Child-to-Parent Violence Cases. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context, 12*(1), 43–51. <https://doi.org/10.5093/ejpal.c2020.a5>
- López-Martínez, P., Montero-Montero, D., Moreno-Ruiz, D. y Martínez-Ferrer, B. (2019). The Role of Parental Communication and Emotional Intelligence in Child-to-Parent Violence. *Behavioral Sciences, 9*(12), Artículo 148. <https://doi.org/10.3390/bs9120148>
- Luciano, M. C. y Valdivia, M. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia [Acceptance and Commitment Therapy (ACT): Fundamentals, Characteristics, and Evidence]. *Papeles del Psicólogo, 27*(2), 79–91.
- Moulds, L. G., Malvaso, C., Hackett, L. y Francis, L. (2019). The Kind Program for Adolescent Family and Dating Violence. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 44*(2), 237–254. <https://doi.org/10.1002/anzf.1364>
- Nock, M. K. y Kazdin, A. E. (2002). Parent-directed Physical Aggression by Clinic-referred Youths. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31*(2), 193–205. [https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3102\\_05](https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3102_05)
- Nowakowski, E. y Mattern, K. (2014). An Exploratory Study of the Characteristics that Prevent youth from Completing a Family Violence Diversion Program. *Journal of Family Violence, 29*(2), 143–149. <https://doi.org/10.1007/s10896-013-9572-3>
- Omer, H. y Lebowitz, E. R. (2016). Nonviolent Resistance: Helping Caregivers Reduce Problematic Behaviors in Children and Adolescents. *Journal of Marital and Family Therapy, 42*(4), 688–700. <https://doi.org/10.1111/jmft.12168>

- Pagani, L. S., Tremblay, R. E., Nagin, D., Zoccolillo, M., Vitaro, F. y McDuff, P. (2009). Risk Factor Models for Adolescent Verbal and Physical Aggression Toward Fathers. *Journal of Family Violence*, 24, 173–182. <https://doi.org/10.1007/s10896-008-9216-1>
- Pardo, R. (2016). *Educación hoy. Difícil tarea* [Parenting Today: A Challenging Task]. Bubok.
- Paulson, M. J., Coombs, R. H. y Landsverk, J. (1990). Youth who Physically Assault their Parents. *Journal of Family Violence*, 5(2), 121–133. <https://doi.org/10.1007/BF00978515>
- Pereira, R., Loinaz, I., del Hoyo-Bilbao, J. Arrospeide, J., Bertino, L., Calvo, A. y Gutiérrez, M. M. (2017). Propuesta de definición de violencia filio-parental: consenso de la sociedad española para el estudio de la violencia filio-parental (SEVIFIP) [Proposal for a Definition of Filioparental Violence: Consensus of the Spanish Society for the Study of Filioparental Violence (SEVIFIP)]. *Papeles del Psicólogo*, 38, 216–233. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2839>
- Romero, F., Melero, A., Cánovas, C. y Antolín, M. (2005). La violencia de los jóvenes en la familia: Una aproximación a los menores denunciados por sus padres [The Violence of Youth in the Family: An Approach to Minors Reported by Their Parents]. En RECERCAT (Dipòsit de la Recerca de Catalunya). Departamento de Justicia de la Generalitat de Cataluña.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and Adolescent Self-Image*. Princeton University Press.
- Routt, G. y Anderson, L. (2011). Adolescent Violence towards Parents. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 20, 1–19. <https://doi.org/10.1080/10926771.2011.537595>
- Salovey, P., Mayer, J. D., Lee, S., Turvey, C. y Palfai, T. P. (1995). Emotional Attention, Clarity, and Repair: Exploring Emotional Intelligence using the Trait Meta-mood scale. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure, and Health* (pp. 125–154). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10182-006>
- Sanjuán, P., Pérez, A. M. y Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española [The General Self-efficacy Scale: Psychometric Data from the Spanish Adaptation]. *Psicothema*, 12(2), 509–513.
- Shi, J. Y., Cao, Y. M., Luo, H. Y., Liu, S., Yang, F. M. y Wang, Z. H. (2023). Effect of a Group-based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Intervention on Self-esteem and Psychological Flexibility in Patients with Schizophrenia in Remission. *Schizophrenia Research*, 255(199), 213–221. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.03.042>
- Simmons, M., McEwan, T. E. y Purcell, R. (2020). A Social-Cognitive Investigation of Young Adults who Abuse their Parents. *Journal of Interpersonal Violence*, 37, 16–23. <https://doi.org/10.1177/0886260520915553>
- Terol-Cantero, M. C., Cabrera-Perona, V. y Martín-Aragón, M. (2015). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Review in Spanish Samples. *Anales de Psicología*, 31(2), 494–503. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.172701>
- Zigmond, A. S. y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>



# CHILD-TO-PARENT VIOLENCE INTERVENTION PROGRAM BASED ON ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY

JOSÉ-MANUEL MARQUINEZ-RENGIFO,  
JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ-MUÑOZ Y  
ELIA FERNÁNDEZ-MARTÍNEZ

## EXTENDED SUMMARY

### Introduction

Child to parent violence (FPV) among adolescents is a growing problem in different countries (Calvete & Veytia, 2017). In the last decade there has been a slight increase in research on FPV due to an increase in the number of reported cases. (Contreras & Cano, 2016; Coogan, 2011) and the severity of its consequences (Holt, 2013) as it is a serious social problem with significant consequences for the mental health of those who suffer from it (Holt, 2016).

We can define filio-parental violence (FPV) as "physical, psychological or economic violence exercised repeatedly against parents or guardians, excluding isolated aggressions, those carried out in a state of diminished consciousness or psychic alterations and patricide" (Pereira et al., 2017, p. 6). It is a phenomenon that presents high prevalence rates among the adolescent population. (Aroca-Montolío et al., 2013; Carrascosa et al., 2018).

Among the most explored individual and psychological characteristics in this population are gender, sex, age, and gender identity. (Ibabe et al., 2014) lower self-esteem (Calvete et al., 2011; Ibabe et al., 2014) depression (Calvete et al., 2011, 2013; Kennedy et al., 2010; Paulson et al., 1990), increased anxiety and depression (Calvete et al., 2011, 2013; Kennedy et al., 2010; Paulson et al., 1990) increased anxiety (Chapple et al., 2005) low perceived self-efficacy (Estévez et al., 2008) drug use (Cottrell & Monk, 2004; Pagani et al., 2009; Romero et al., 2005) increased impulsivity (Calvete et al., 2011) violent behaviours (Simmons et al., 2020) or lower frustration tolerance

(Jaureguizar et al., 2013; Kennair & Mellor, 2007; Nock & Kazdin, 2002) and similarly, it has also been related to low levels of emotional intelligence (López-Martínez et al., 2019).

On the other hand, there are different programmes for intervention in VFP, some of which are framed in the judicial setting (Correll et al., 2017; Gilman & Walker, 2020; Moulds et al., 2019; Nowakowski & Mattern, 2014) and the vast majority focused on family and group work (Correll et al., 2017; Gilman & Walker, 2020; Kennair & Mellor, 2007; Omer & Lebowitz, 2016) although there are also individual (Moulds et al., 2019).

All of them are based to a greater or lesser extent on the prevention of VFP or its treatment with a psychoeducational or cognitive-behavioural orientation (Ibabe et al., 2018). None based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) was found in the review of programmes.

The aim of this research is to find out if the application of an intervention programme based on ACT modifies certain variables involved in the VFP process and it is hypothesised that after receiving the intervention programme based on ACT, frustration tolerance, self-esteem, self-efficacy, as well as emotional intelligence will increase and anxiety and depression will decrease, compared to the control group.

### Methods

Participants were 231 individuals who were recruited from a centre specialising in adolescent VFP. An acceptance and commitment therapy (ACT) intervention

group and a control group were established. Self-esteem, self-efficacy, emotional intelligence, frustration tolerance, anxiety and depression were measured before the intervention and at three months. The Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965) was used to measure self-esteem; Rosenberg, 1965). To measure self-efficacy, we used the General Self-Efficacy Scale of the General Self-Efficacy Scale of Baessler and Schwarzer (1996). Baessler and Schwarzer (1996). To assess perceived emotional intelligence in its two factors: emotional attention and emotional clarity, we used the Trait Meta-Mood Scale (Salovey et al., 1995) adapted to Spanish (Fernández Berrocal et al., 2004). For frustration tolerance, the Frustration Tolerance Assessment Scale (Bar-On & Parker, 2000) was used (Fernández Berrocal et al., 2004). This scale is part of the Emotional Quotient Inventory Youth Version (EQ-i: YV) in its extended version, which was developed to assess social-emotional intelligence (Bar-On, 1997a, 1997b, 2004, 2006). To measure anxious and depressive symptomatology, the Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1997a, 1997b, 2004, 2006) was used to measure anxious and depressive symptomatology. (Zigmond & Snaith, 1983) in its Spanish version (De las Cuevas et al., 1995).

From the total number of participants selected, two randomly assigned groups were formed. The first group was given an ACT-based programme. The other group attended therapeutic group meetings aimed at psychoeducational reorientation.

## Results

Firstly, it is observed that before the intervention there is a statistically positive and significant correlation between frustration tolerance and regulation ( $r = .173$ ,  $p < .01$ ), anxiety and perception ( $r = .131$ ,  $p < .05$ ) and depression with anxiety ( $r = .186$ ,  $p < .01$ ). This may be due to the number of weeks the children have already been in the centre. On the other hand, after the intervention all variables correlated statistically and significantly with each other.

The results to test our first hypothesis showed that there were no statistically significant changes in the vari-

ables of self-esteem, self-efficacy, and frustration tolerance. However, there were differences in the management of emotions, both in perception and in compression and regulation, as well as significant improvements in their anxiety values. For depression there were also significant results, but in a negative sense, i.e., they scored statistically significantly higher for the variable.

To test the hypothesis that after the ACT-based intervention our dependent variables would score statistically different than before the intervention, the results provided statistically significant differences in all variables. Thus, with a  $p \leq .01$ , self-esteem, self-efficacy, perception, compression, regulation, and frustration tolerance obtained negative differences between pre and post, while with a  $p \leq .01$ , anxiety and depression showed positive values between pre and post.

## Conclusion

The aim of this research was to find out whether the application of an ACT-based intervention programme led to changes in certain variables involved in the VFP process after treatment.

The results after receiving the ACT-based intervention programme where frustration tolerance, self-efficacy, self-esteem, as well as emotional intelligence increased, are consistent with other research on frustration tolerance (Ibabe et al., 2019; López-Martínez et al., 2019), Self-esteem (Shi et al., 2023), self-efficacy (Estévez et al., 2008), and emotional intelligence (López-Martínez et al., 2019).

The results also establish that after the ACT intervention the levels of anxiety and depression would decrease, which is in line with other studies for anxiety (Chapple et al., 2005; Coto-Lesmes et al., 2020; Finger et al., 2020; Fongaro et al., 2023; A. S. Juarascio et al., 2010) and for depression (Coto-Lesmes et al., 2020; Fongaro et al., 2023; Ibabe et al., 2019).

On the other hand, in the control group the measures of the variables, after the socio-educational programme, had no changes with respect to the measures before the programme for self-esteem, self-efficacy and frustration tol-



erance. However, there were differences for emotional intelligence and anxiety. In this group, measures of depression were higher after the programme. These data must be seen as an improvement of the adolescents in the centre, subjected to a regime of compliance and rules. Other research on socio-educational programmes has already advanced these conclusions (Franco, 2022; Pardo, 2016).

This study had limitations, as all the information collected was provided only by the adolescents and neither the families nor the therapists were interviewed about possible improvements in their behaviour. We could also assume that some of the adolescents were not frank when answering the questionnaires, due to mistrust of the possible repercussions for the families, although they were aware of the confidentiality of the data. On the other hand, we must consider that the adolescents were in a closed regime and not in their usual context, and we did not consider the differences by sex and the older adolescents.

In future studies it would be interesting to include the family, immersed in these situations, in the interventions as they should help empower them to regain control of their children's lives. Longitudinal studies of adolescents once they are back in their contexts should also be carried out, and the evolution of these adolescents in terms of VFP should be analysed.