

Programa Familiar PEPA



UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

**ELABORACIÓN Y VALORACIÓN DE UN PROGRAMA FAMILIAR
PARA PREVENIR PROBLEMAS DE DESOBEDIENCIA
EN LA INFANCIA**

María Ester Egea Sánchez

2017

Programa Familiar PEPA

Programa Familiar PEPA

Dirigida por:

Dr. D. Pedro F. Castell Gallud, de la Universidad de Murcia (España)

Dr. D. F. Xavier Méndez Carrillo, de la Universidad de Murcia (España)

A mi familia y en especial a mi **madre Pepa**,
por convivir con mis ilusiones

A Pepe Castell Macià y a Pepa Rodríguez Macià
por ser personas importantes en la biografía de mis directores

“No les evitéis a vuestros hijos
las dificultades de la vida,
enseñadles más bien a superarlas”

Louis Pasteur

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer la posibilidad de este estudio a mis dos directores.

A D. Pedro F. Castell Gallud, colega, amigo y en muchas ocasiones mi hermano mayor. Todavía recuerdo su perseverancia para matricularme por segunda vez en el programa de Doctorado. Si no llega a insistir no lo hubiera conseguido, lo daba por etapa pasada. También le agradezco el rigor con el que se ha realizado la investigación en el Servicio de Instrumentación Psicológica, de la que es Jefe de Servicio. Gracias.

A D. F. Xavier Méndez Carrillo, colega, maestro, mi sombra y la red que me recogía cada vez que me caía. Debo agradecerle el placer y el lujo de haber aprendido a su lado y su paciencia y tolerancia ante mis exigencias y debilidades. No recuerdo ni un segundo que no me haya demostrado su apoyo como persona y como Catedrático del Departamento de Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad de Murcia. Persona que merece la pena conocer y tenerlo cerca. Gracias.

A D. Jose Manuel García Fernández, Vicedecano del Grado de Primaria de la Universidad de Alicante, mi último compañero del equipo de investigación y al que le debo la confianza y el entusiasmo en el estudio. Gracias por dedicarle tantas horas al análisis de los datos estadísticos y a tantas comunicaciones fuera del horario laboral. Gracias.

Programa Familiar PEPA

Reconocer a todos los Centros Educativos de la Región de Murcia que han colaborado y facilitado el estudio. Su compromiso ha hecho realidad la presente investigación. Gracias.

Por supuesto, agradecer a todo el equipo de profesionales, tanto psicólogos como alumnos en prácticas de la Facultad de Psicología, su implicación y fidelidad con el programa. Impensable trabajar con las familias y con un diseño de investigación si no hay personas comprometidas que apoyen. Gracias.

Gracias a mi amiga y colega Toñi Maciá Hurtado y a su hijo Pablo por colaborar como familia piloto y hacer las pruebas del programa antes de ponerlo en marcha. Gracias.

Agradezco al Colegio de Psicólogos de la Región de Murcia su reconocimiento a este trabajo al otorgarme en 2017 el I Premio de investigación “Jesús Gómez Amor” por el artículo presentado “Valoración del programa familiar PEPA para la mejora de los problemas de conducta infantil”. Gracias.

Por último, infinitamente agradecida a mi marido Rafa y a mis hijas Elen y María, espectadores y sufridores en primera línea de la experiencia. Perdonar los ratos familiares que os ha robado esta investigación, tarea dura pero recompensante. Y a mi familia, por animarme, sin saber a veces lo que yo estaba haciendo, pero sabiendo ellos lo que tenían que hacer. Gracias en especial a mis hermanas Maria José y Marieta por vuestra disponibilidad.

Gracias

Índice

	Resumen	43
	Introducción	45
1.	Fundamentación teórica y empírica de psicopatología descriptiva, explicativa y de la prevención y respuesta de los problemas de conducta infantil	51
1. 1.	Normalidad y patología en el desarrollo de la conducta infantil.	53
1.2.	Problemas de conducta en la infancia.	56
1.2.1.	Evolución de los problemas de conducta.	52
1.2.2.	Clasificación de comportamientos problemáticos.	62
1.2.2.1.	TND	69
1.2.2.2.	TD	72
1.2.2.3.	TDAH	74
1. 3.	Modelos explicativos de adquisición, desarrollo y mantenimiento de los problemas de conducta.	78
1.4.	Causas de la desobediencia.	82
1.5.	Factores individuales, parentales y familiares de los problemas de conducta infantil.	91
1.5.1.	La predisposición del hijo en los problemas de conducta.	93
1.5.2.	El papel de los padres en los comportamientos perturbadores.	97
1.5.2.1.	Problemas y trastornos psicológicos de los padres.	97
1.5.2.2.	Conflicto conyugal.	98
1.5.2.3.	Relaciones familiares conflictivas.	99
1.5.3.	El papel de la familia en los comportamientos perturbadores.	100
1.5.3.1.	Disciplina y estilo educativo familiar.	102
1.6.	Escuela de padres	108
1.6.1.	Evolución histórica del entrenamiento a padres	108
1.6.2.	Conceptos de entrenamiento a padres.	111

Programa Familiar PEPA

1.6.3.	Características del entrenamiento a padres.	111
1.6.4.	Revisión de los componentes fundamentales de los programas de entrenamiento a padres.	113
1.6.5.	Revisión de la eficacia de programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta	123
1.6.6.	Estado actual del entrenamiento a padres en España.	131
1.6.7.	Los tratamientos psicológicos basados en la evidencia para niños con conducta disruptiva.	132
1.6.7.1.	Ayudando al hijo desobediente.	136
1.6.7.1.1.	Helping de non compliant chil. Constance Half. HNC.	136
1.6.7.1.2.	Programa de Forehand y McMahon	138
1.6.7.2.	Programa de Paternidad Positiva	140
1.6.7.2.1.	Incredible Years (IY). Webster- Stratiant	140
1.6.7.2.2.	La versión de padres, profesores y niños	140
1. 6.7.2.2.1.	Paternidad Positiva para Padres	145
1.6.7.2.2.2.	Paternidad Positiva para Niños	149
1.6.7.2.2.3.	Paternidad Positiva para profesores. Manejo de la clase	151
1.6.7.3.	Terapia Interacción entre padres e hijos	152
1.6.7.3.1.	Parent-Child Interaction Therapy. Eyberg (1988, 1999)	152
1.6.7.3.2.	Características	156
1.6.7.3.3.	Componentes clínicos fundamentales	158
1.6.7.4.	Modelo de entrenamiento a padres de Oregón	164
1.6.7.4.1.	Parent Management Training-Oregon Model. PMTO	164
1.6.7.4.2.	Características	166
1.6.7.4.3.	Componentes clínicos fundamentales	167
2.	Planteamiento	173
2.1.	Objetivos e hipótesis del estudio	173
2.2.	Programa familiar PEPA	177

2.3.	Metodología y dinámica de las sesiones del programa educativo	178
2. 4.	Estructura de las sesiones	179
2.4.1.	Estructura sesiones del Grupo Experimental y control	180
2.5.	Contenido de las sesiones	181
2.5.1.	Etapa Motivacional	181
2.5.2.	Etapa Pretest	182
2.5.3.	Etapa de Intervención	183
2.5.3.1.	Etapa Educativa: Informativo-cognitiva	183
2.5.3.2.	Etapa Práctica: Normativo-conductual	187
2.5.4.	Etapa Postest	190
2.5.5.	Etapa de Seguimiento	191
2.6.	El papel del terapeuta en la sesión	193
2.7.	Recursos metodológicos empleados	194
2.7.1.	Observación conductual, feedback y registros	194
2.7.2.	Revisión tareas de casa	195
2.7.3.	Instrucción didáctica	196
2.7.4.	Modelado	196
2.7.5.	Ensayo conductual	197
2.7.6.	Visualización escenas	197
2.7.7.	Propuestas de tareas para casa	197
2.7.8.	Biblioterapia	198
2.8.	Materiales del programa	198
2.8.1.	Manual del programa.	201
2.8.2.	Juguetes	203
2.8.3.	Material audiovisual	204
2.8.4.	Registros	204
2.8.5.	Cuadernillos y fichas	205

Programa Familiar PEPA

2.8.6.	DVD	205
2.8.7.	Informe de seguimiento	205
3.	Método	209
3.1.	Participantes	209
3.1.1.	Grupo Experimental	210
3.1.2.	Grupo Control	212
3.2.	Diseño de investigación	213
3.3.	Fases del estudio	213
3.3.1.	Primera fase. Estudio Piloto	213
3.3.2.	Segunda fase. Selección y formación de monitores	214
3.3.3.	Tercera fase: reclutamiento de familias en centros educativos	215
3.3.4.	Cuarta fase: Procedimiento seguido en la Universidad de Murcia	217
3.4.	Evaluación del programa de intervención	218
3.4.1.	Medida de proceso	219
3.4.1.1.	Registro de Observación del Juego Infantil	221
3.4.1.2.	Registros de atención diferencial	222
3.4.1.3.	Registro de Secuencias de Órdenes Claras	223
3.4.2.	Medida de resultados	224
3.4.2.1.	Cuestionarios para padres	225
3.4.2.1.1.	Inventario Eyberg de Conducta Infantil (ECBI)	225
3.4.2.1.2.	Inventario del Comportamiento de niños de año y medio-5 años para padres (CBCL).	228
3.4.2.1.3.	Cuestionario de Perfiles Estilos Educativos (PEE).	233
3.4.2.1.4.	Inventario de Depresión. (BDI)	235
3.4.2.1.5.	Escala de Ajuste Diádico (DAS)	238
3.4.2.1.6.	Inventario de conductas de alumnos, revisado (SESBI-R)	240
3.4.2.1.7.	Cuestionario de Satisfacción con el Programa	242

3.4.2.1.8.	Cuestionario de seguimiento	243
3.4.2.1.9.	Cuestionario de Utilidad Clínica	243
3.5.	Análisis estadístico	244
4.	Resultados	249
4.1.	Datos perdidos	249
4.2.	Resultados Inventario Eyberg de Conducta Infantil	251
4.2.1.	Enfado	254
4.2.1.1.	Diseño intergrupos	254
4.2.1.2.	Diseño intragrupos	255
4.2.2.	Agresión	256
4.2.2.1.	Diseño intergrupos	256
4.2.2.2.	Diseño intragrupos	257
4.2.3.	Desobediencia	258
4.2.3.1.	Diseño intergrupos	258
4.2.3.2.	Diseño intragrupos	259
4.2.4.	Inatención	260
4.2.4.1.	Diseño intergrupos	260
4.2.4.2.	Diseño intragrupos	261
4.2.5.	Dormir	262
4.2.4.1.	Diseño intergrupos	262
4.2.4.2.	Diseño intragrupos	263
4.2.6.	Comer	264
4.2.6.1.	Diseño intergrupos	264
4.2.6.2.	Diseño intragrupos	265
4.2.7.	Intensidad	266
4.2.7.1.	Diseño intergrupos	266
4.2.7.2.	Diseño intragrupos	267

Programa Familiar PEPA

4.2.8.	Problema	268
4.2.8.1.	Diseño intergrupos	268
4.2.8.2.	Diseño intragrupos	269
4.3.	Resultados Inventario del Comportamiento de niños de año y medio-5 años para padres (CBCL).	270
4.3.1.	Depresión	274
4.3.1.1.	Diseño intergrupos	274
4.3.1.2.	Diseño intragrupo	275
4.3.2.	Ansiedad	276
4.3.2.1.	Diseño intergrupos	276
4.3.2.2.	Diseño intragrupo	277
4.3.3.	Desarrollo	278
4.3.3.1.	Diseño intergrupos	278
4.3.3.2.	Diseño intragrupo	279
4.3.4.	Hiperactividad	280
4.3.4.1.	Diseño intergrupos	280
4.3.4.2.	Diseño intragrupo	281
4.3.5.	Desobediencia	282
4.3.5.1.	Diseño intergrupos	282
4.3.5.2.	Diseño intragrupo	283
4.4.	Resultados Inventario del Comportamiento de niños de año y medio-5 años para padres (CBCL).	284
4.4.1.	Reacción emocional	288
4.4.1.1.	Diseño intergrupos	288
4.4.1.2.	Diseño intragrupo	289
4.4.2.	Ansiedad/ Depresión	290
4.4.2.1.	Diseño intergrupos	290

4.4.2.2.	Diseño intragrupo	291
4.4.3	Somatizacion	292
4.4.3.1.	Diseño intergrupos	292
4.4.3.2.	Diseño intragrupo	293
4.4.4.	Desarrollo	294
4.4.4.1.	Diseño intergrupos	294
4.4.4.2.	Diseño intragrupo	295
4.4.5.	Problemas de Sueño	296
4.4.5.1.	Diseño intergrupos	296
4.4.5.2.	Diseño intragrupo	297
4.4.6.	Problemas de Atención	298
4.4.6.1.	Diseño intergrupos	298
4.4.6.2.	Diseño intragrupo	299
4.4.7.	Conducta Agresiva	300
4.4.7.1.	Diseño intergrupos	300
4.4.7.2.	Diseño intragrupo	301
4.4.8.	Otros Problemas	302
4.4.8.1.	Diseño intergrupos	302
4.4.8.2.	Diseño intragrupo	303
4.5	Resultados Perfil de Estilos Educativos (PEE-pd).	304
4.5.1	Estilo Sobreprotector	308
4.5.1.1.	Diseño intergrupos	308
4.5.1.2.	Diseño intragrupo	309
4.5.2.	Estilo Punitivo	310
4.5.2.1.	Diseño intergrupos	310
4.5.2.2.	Diseño intragrupo	311
4.5.3.	Estilo Inhibicinista	312

Programa Familiar PEPA

4.5.3.1.	Diseño intergrupos	312
4.5.3.2.	Diseño intragrupo	313
4.5.4.	Estilo Asertivo	314
4.5.4.1.	Diseño intergrupos	314
4.5.4.2.	Diseño intragrupo	315
4.6.	Resultados Inventario de Depresión (BDI)	316
4.6.1.	Cognitivo- Afectivo	320
4.6.1.1.	Diseño intergrupos	320
4.6.1.2.	Diseño intragrupo	321
4.6.2.	Somático	322
4.6.2.1.	Diseño intergrupos	322
4.6.2.2.	Diseño intragrupo	323
4.6.3.	Total Depresión	324
4.6.3.1.	Diseño intergrupos	324
4.6.3.2.	Diseño intragrupo	325
4.7.	Resultados Escala de Ajuste Diádico (DAS)	326
4.7.1.	Consenso	330
4.7.1.1.	Diseño intergrupos	330
4.7.1.2.	Diseño intragrupo	331
4.7.2.	Afectividad	332
4.7.2.1.	Diseño intergrupos	332
4.7.2.2.	Diseño intragrupo	333
4.7.3.	Satisfacción	334
4.7.3.1.	Diseño intergrupos	334
4.7.3.2.	Diseño intragrupo	335
4.7.4.	Cohesión	336
4.7.4.1.	Diseño intergrupos	336

4.7.4. 2.	Diseño intragrupo	337
4.7.5.	Total Ajunte Diádico	338
4.7.5.1.	Diseño intergrupos	338
4.7.5.2.	Diseño intragrupo	339
4.8.	Resultados Inventario de conductas de alumnos, SESBI-R	341
4.8.1.	Problemas opositoristas	344
4.8.1.1.	Diseño intergrupos	344
4.8.1.2.	Diseño intragrupo	345
4.8.2.	Dificultades de Atención	346
4.8.2.1.	Diseño intergrupos	346
4.8.2.2.	Diseño intragrupo	347
4.8.3.	Intensidad	348
4.8.3.1.	Diseño intergrupos	348
4.8.3.2.	Diseño intragrupo	349
4.8.4.	Problema	350
4.8.4.1.	Diseño intergrupos	350
4.8.4.2.	Diseño intragrupo	351
4.9	Resultados del cuestionario de Satisfacción con el Programa	353
4.9.1.	Resultados del programa en general	353
4.9.1.1.	Utilidad percibida sobre el programa en global	353
4.9.1.2.	Problema principal que motivó el inicio del programa familiar	354
4.9.1.3.	Satisfacción del desarrollo del programa	355
4.9.1.4.	Grado de ayuda del programa a otras personas	356
4.9.1.5.	Grado de acercamiento de los problemas en casa	357
4.9.1.6.	Recomendación del programa a otras personas	358
4.9.1.7.	Valoración del desarrollo de las sesiones	359
4.9.1.8.	Capacitado para manejar futuros problemas	360

Programa Familiar PEPA

4.9.1.9.	Valoración de la calificación total del programa	361
4.9.2.	Dificultad y utilidad percibida sobre la metodología empleada en el programa familiar	362
4.9.2.1.	Dificultad percibida en la metodología empleada	362
4.9.2.2.	Utilidad percibida en la metodología empleada	364
4.9.3.	Dificultad y utilidad percibida sobre las técnicas empleadas en el programa familiar	366
4.9.3.1.	Dificultad percibida en las técnicas empleadas	366
4.9.3.2.	Utilidad percibida en las técnicas empleadas	368
4.10.	Valoración de los cambios obtenidos tras la intervención del programa familiar	370
4.10.1.	Valoración de la conducta del hijo que se intentó cambiar en el programa	372
4.10.2.	Mejoría del comportamiento por el empleo de las técnicas del programa	374
4.10.3.	Valoración del mantenimiento de las técnicas del programa	375
4.10.4.	Valoración de la utilidad de las técnicas del programa	378
4.10.5.	Motivo de no usar técnicas del programa	380
4.10.6.	Utilidad de los cuadernillos y de los registros del programa familiar	381
4.11.	Registro de Observación Conductual en las sesiones	383
4.11.1.	Refuerzo	383
4.11.1.1.	Diseño intergrupos	386
4.11.1.2.	Diseño intragrupo	387
4.11.2.	Coacción	388
4.11.2.1.	Diseño intergrupos	388
4.11.2.2.	Diseño intragrupo	389
4.11.3.	Extinción	390
4.11.3.1.	Diseño intergrupos	390

4.11.3.2.	Diseño intragrupo	391
4.12.	Registro de Atención Diferencial en el ambiente natural.	392
4.12.1.	Diseño intergrupos	394
4.12.2.	Diseño intragrupo	395
4.13.	Secuencia de órdenes claras	396
4.13.1.	Diseño intergrupos	396
4.13.2.	Diseño intragrupo	398
4.14.	Resultados del Cuestionario de utilidad clínica	401
4.14.1	Eficacia del programa	402
4.14.1.1.	Mejora del comportamiento infantil	402
4.14.2.	Las técnicas del programa	403
4.14.2.1.	Mejora del comportamiento por las técnicas y frecuencia de las técnicas en la práctica clínica	403
4.14.2.2.	No utilidad de las técnicas PEPA en la práctica clínica	405
4.14.3.	Los materiales del programa	406
4.14.3.1.	Utilidad de cuadernillos y registros del programa PEPA	406
5.1.	Discusión	407
5.1.1.	Discusión	409
5.1.2.	Limitaciones y futuras líneas de investigación	440
5.2.	Conclusiones	441
6.	Referencias bibliográficas	445
7.	Anexos	467

Índice de tablas

Tabla 1.	Diferencias ente niños y niñas en trastornos de conducta/negativismo desafiante (Ezpeleta,L ,2005)	55
Tabla 2.	Tipos de comportamiento perturbador sobre la base de dos dimensiones: a) grado de incumplimiento, b) grado de conflictividad	66
Tabla 3.	Tipos de temperamento según Thomas et al. (1968)	94
Tabla 4.	Estilos educativos (Méndez, 1998)	105
Tabla 5.	Factores del entorno familiar en psicopatología en la infancia	106
Tabla 6.	Relación entre estilos parentales y trastornos psicológicos	106
Tabla 7.	Componentes de los programas de entrenamiento a padres contemporáneos	114
Tabla 8.	Tabla comparativa de estudios de Forehand y McMahon. Investigaciones de laboratorio	117
Tabla 9.	Tabla comparativa de estudios de Forehand y McMahon. Investigaciones relacionadas con el resultado	118
Tabla 10.	Estudios de metaanálisis y recuento de votos (<i>vote counting</i>) en el ámbito de los programas de entrenamiento de padres	124
Tabla 11.	Revisiones de tipo descriptivo en el ámbito de los programa de entrenamiento a padres	127
Tabla 12.	Revisión bibliográfica del entrenamiento a padres en España	131
Tabla 13.	Clasificación de los tratamientos TASK FORCE, basados en la evidencia de los trastornos de conducta	132
Tabla 14.	Génesis del trastorno negativista desafiante (TND) y del trastorno disocial (TD)	134
Tabla 15.	Esquema del proceso de coacción. La trampa del reforzamiento negativo.	136

Programa Familiar PEPA

Tabla 16	Contenidos del programa Ayudando al niño desobediente	138
Tabla 17.	Entrenamiento en obediencia. Impartición de órdenes alfa	139
Tabla 18.	Órdenes Beta	139
Tabla 19.	Descripción, objetivos, componentes y resultados del programa HCN	142
Tabla 20.	Descripción, objetivos, componentes y resultados del programa IY	153
Tabla 21.	Pasos para enseñar habilidades CDI (interacción dirigida por el niño).(MCNEIL Y HEMBRE-KIGIN, 2012)	159
Tabla 22.	Pasos para enseñar habilidades PDI (interacción dirigida por los padres). (MCNEIL Y HEMBRE-KIGIN, 2012)	160
Tabla 23	Descripción, objetivos, componentes y resultados del programa PCTI.	162
Tabla 24.	Descripción, objetivos, componentes y resultados del programa PMTO	169
Tabla 25.	Estructura de las sesiones del grupo experimental y control	180
Tabla 26.	Secuencia de órdenes	189
Tabla 27.	Recursos metodológicos PEPA.	194
Tabla 28.	Materiales del programa PEPA	198
Tabla 29.	Objetivos y metodología empleada en el programa PEPA.	199
Tabla 30.	Protocolo sesiones del programa familiar PEPA	201
Tabla 31.	Centros educativos programa PEPA, años de aplicación y familias participantes.	216
Tabla 32.	Períodos del programa PEPA.	217
Tabla 33.	Promociones PEPA y número de participantes	218

Tabla 34.	Medida de proceso. Instrumentos utilizados en los grupos experimental y control.	220
Tabla 35.	Consignas del registro de Observación del Juego Infantil	221
Tabla 36.	Registro de observación del juego infantil	221
Tabla 37.	Registro de descripción operativa de conductas desobedientes	222
Tabla 38.	Análisis funcional de conductas desobedientes	222
Tabla 39.	Registro de atención diferencial	223
Tabla 40.	Medida de resultados. Instrumentos utilizados en los grupos experimental y control.	224
Tabla 41.	Ítems del ECBI	227
Tabla 42.	Cuestionarios de evaluación del programa PEPA, factores y etapa	246
Tabla 43.	Participantes que completaron las cuatro evaluaciones del estudio	250
Tabla 44.	Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del ECBI de los grupos experimental y control (diseño intergrupos)	252
Tabla 45.	Media (desviación estándar) y estadísticos de los seis factores y las dos escalas totales del “Inventario Eyberg de Conducta Infantil” (ECBI), en los cuatro momentos de medida del grupo experimental	253
Tabla 46.	Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del CBCL (Escala DSM) de los grupos experimental y control (diseño intergrupos).	272
Tabla 47.	Media (desviación estándar) y estadísticos de los cinco factores del “Inventario CBCL, en los cuatro momentos de medida del grupo experimental (Escala DSM). Diseño intragrupo.	273
Tabla 48.	Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del CBCL escala empírica, de los grupos experimental y control	286

	(diseño intergrupos)	
Tabla 49.	Media (desviación estándar) y estadísticos de los ocho factores del “Inventario CBCL Escala base Empírica, en los cuatro momentos de medida del grupo experimental (diseño intragrupo)	287
Tabla 50.	Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del PEE-pd de los grupos experimental y control (diseño intergrupos)	306
Tabla 51.	Media (desviación estándar) y estadísticos de los seis factores y las dos escalas totales del “Perfil de Estilos Educativos” (PEE-pd), en los cuatro momentos de medida del grupo experimental (diseño intragrupo)	307
Tabla 52.	Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del BDI de los grupos experimental y control (diseño intergrupos).	318
Tabla 53.	Media (desviación estándar) y estadísticos de los cinco factores del BDI, en los cuatro momentos de medida del grupo experimental (grupo intragrupo)	319
Tabla 54.	Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del DAS de los grupos experimental y control (diseño intergrupos)	328
Tabla 55.	Media (desviación estándar) y estadísticos de los cuatro factores y la escala total del “Escala de Ajuste Diádico, en los cuatro momentos de medida del grupo experimental (diseño intragrupo)	329
Tabla 56.	Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del SESBI-R de los grupos experimental y control (diseño intergrupos)	342
Tabla 57.	Media (desviación estándar) y estadísticos de los dos factores y dos puntuaciones totales del “SESBI-R, en los cuatro momentos de medida del grupo experimental (diseño intragrupo)	343
Tabla 58.	Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Satisfacción(preguntas 1) del grupo experimental (diseño intragrupo)	354

Tabla 59.	Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Satisfacción(preguntas 2) del grupo experimental (diseño intragrupo)	355
Tabla 60.	Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Satisfacción(pregunta 3) del grupo experimental (diseño intragrupo)	356
Tabla 61.	Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Satisfacción(preguntas 4) del grupo experimental (diseño intragrupo)	357
Tabla 62.	Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Satisfacción(preguntas 5) del grupo experimental (diseño intragrupo)	358
Tabla 63.	Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Satisfacción(preguntas 6-10) del grupo experimental (diseño intragrupo)	359
Tabla 64.	Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Satisfacción(preguntas 11) del grupo experimental (diseño intragrupo)	360
Tabla 65.	Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Satisfacción(pregunta 12) del grupo experimental (diseño intragrupo)	361
Tabla 66.	Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Satisfacción (pregunta 12-dificultad método) del grupo experimental (diseño intragrupo)	362
Tabla 67.	Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Satisfacción (pregunta 13-utilidad método) del grupo experimental (diseño intragrupo)	364
Tabla 68.	Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Satisfacción (pregunta 14-dificultad técnicas) del	366

	grupo experimental (diseño intragrupo)	
Tabla 69.	Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Satisfacción (pregunta 15-utilidad técnicas) del grupo experimental (diseño intragrupo)	368
Tabla 70.	Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Seguimiento(preguntas1 y 2) del grupo experimental (diseño intragrupo)	372
Tabla 71.	Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Seguimiento(pregunta 3) del grupo experimental (diseño intragrupo)	374
Tabla 72.	Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Seguimiento(pregunta 4) del grupo experimental (diseño intragrupo)	375
Tabla 73.	Porcentajes con las puntuaciones del cuestionario de Seguimiento(pregunta 5) del grupo experimental (diseño intragrupo)	378
Tabla 74.	Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Seguimiento(pregunta 6) del grupo experimental (diseño intragrupo)	380
Tabla 75.	Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Seguimiento(pregunta 7) del grupo experimental (diseño intragrupo)	381
Tabla 76.	Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del registro de Observación de los grupos experimental y control (diseño intergrupos)	384
Tabla 77.	Media (desviación estándar) y estadísticos de las tres conductas del Registro de Observación Conductual, en los cuatro momentos de medida del grupo experimental (diseño intragrupo)	385

Tabla 78.	Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del RAD de los grupos experimental y control (diseño intergrupos)	393
Tabla 79.	Media de las puntuaciones del RAD del grupo experimental (diseño intragrupo)	393
Tabla 80.	Porcentajes con las puntuaciones del Registro de Secuencia de Órdenes Claras del grupo experimental y control (diseño intergrupos)	397
Tabla 81.	Porcentajes con las puntuaciones del Registro de Secuencia de Órdenes Claras del grupo experimental (diseño intragrupo)	398
Tabla 82.	Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Utilidad Clínica (pregunta 1-cambio conductual con PEPA; pregunta 2- conductas que no intentaste cambiar con PEPA)	402
Tabla 83.	Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Utilidad Clínica (pregunta 3-utilidad de las técnicas; pregunta 4-frecuencia uso de las técnicas)	403
Tabla 84.	Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Utilidad Clínica (pregunta 5- no utilidad de las técnicas; pregunta 6-técnicas no útiles)	405
Tabla 85.	Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Utilidad Clínica (pregunta 7- utilidad del cuadernillo y registros)	406
Tabla 86.	Evidencia observada en los resultados respecto a las hipótesis	412

Índice de figuras

Figura 1.	Etapas del programa PEPA con grupo experimental.	179
Figura 2.	Etapas del programa PEPA con grupo control-lista de espera	179
Figura 3.	Porcentaje participantes de familia en el estudio	209
Figura 4.	Gráfica participantes PEPA en las diferentes etapas del estudio (grupo experimental y grupo control)	210
Figura 5.	Porcentaje edad de los niños participantes en el programa (grupo experimental)	211
Figura 6.	Porcentaje edad de los niños participantes en el estudio (grupo control)	212
Figura 7.	Medidas de proceso y de resultados del estudio	219
Figura 8.	Registros de medida de proceso en grupo experimental y control-lista de espera.	220
Figura 9.	Puntuaciones en ECBI Enfado de los grupos experimental y control en el pretest, postest y seguimiento a los seis meses.	254
Figura 10.	Puntuaciones en ECBI Enfado del grupo experimental en el pretest, postest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses.	255
Figura 11.	Puntuaciones en ECBI Agresión de los grupos experimental y control en el pretest, postest y seguimiento a los seis meses.	256
Figura 12.	Puntuaciones en ECBI Agresión del grupo experimental en el pretest, postest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses.	257
Figura 13.	Puntuaciones en ECBI Desobediencia de los grupos experimental y control en el pretest, postest y seguimiento a los seis meses-	258
Figura 14.	Puntuaciones en ECBI Desobediencia del grupo experimental en el pretest, postest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses	259
Figura 15.	Puntuaciones en CBI Inatención de los grupos experimental y control en el pretest, postest y seguimiento a los seis meses.	260

Figura 16.	Puntuaciones en ECBI Inatención del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses.	261
Figura 17.	Puntuaciones en CBI Dormir de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses-	262
Figura 18.	Puntuaciones en ECBI Dormir del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses.	263
Figura 19.	Puntuaciones en ECBI Comer de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses.	264
Figura 20.	Puntuaciones en ECBI Comer del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses.	265
Figura 21.	Puntuaciones en CBI Intensidad de los problemas de conducta infantiles de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses.	266
Figura 22.	Puntuaciones en CBI Intensidad del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce mese.	267
Figura 23.	Puntuaciones en ECBI <i>Problema</i> de los problemas de conducta infantiles de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses	268
Figura 24.	Puntuaciones en ECBI Problema del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses.	269
Figura 25.	Puntuaciones en CBCL Depresión de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses (Escala DSM).	274
Figura 26.	Puntuaciones en CBCL Depresión del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses (Escala DSM).	275
Figura 27.	Puntuaciones en CBCL Ansiedad de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses (Escala DSM).	276

Figura 28.	Puntuaciones en CBCL Ansiedad del grupo experimental en el pretest, postest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses (Escala DSM).	277
Figura 29.	Puntuaciones en CBCL Desarrollo de los grupos experimental y control en el pretest, postest y seguimiento a los seis meses (Escala DSM).	278
Figura 30.	Puntuaciones en CBCL Desarrollo del grupo experimental en el pretest, postest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses (Escla DSM).	279
Figura 31.	Puntuaciones en CBCL Hiperactividad grupos experimental y control en el pretest, postest y seguimiento a los seis meses (Escala DSM).	280
Figura 32.	Puntuaciones en CBCL Hiperactividad del grupo experimental en el pretest, postest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses (Escala DSM).	281
Figura 33.	Puntuaciones en CBCL Desobediencia de los grupos experimental y control en el pretest, postest y seguimiento a los seis meses (Escala DSM).	282
Figura 34.	Puntuaciones en CBCL Desobediencia del grupo experimental en el pretest, postest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses.	283
Figura 35.	Puntuaciones en CBCL <i>Reacción Emocional</i> de los grupos experimental y control en el pretest, postest y seguimiento a los seis meses (Escala Empírica).	288
Figura 36.	Puntuaciones en CBCL <i>Reacción Emocional</i> del grupo experimental en el pretest, postest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses (Escala Empírica).	289
Figura 37.	Puntuaciones en CBCL <i>Ansiedad/Depresión</i> de los grupos experimental y control en el pretest, postest y seguimiento a los seis meses (Escala Empírica).	290
Figura 38.	Puntuaciones en CBCL <i>Ansiedad/Depresión</i> del grupo experimental en el pretest, postest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses (Escala Empírica).	291
Figura 39.	Puntuaciones en CBCL <i>Somatizaciones</i> de los grupos experimental y control en el pretest, postest y seguimiento a los seis meses (Escala Empírica).	292

Figura 40.	Puntuaciones en CBCL <i>Somatizaciones</i> del grupo experimental en el pretest, postest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses (Escala Empírica).	293
Figura 41.	Puntuaciones en CBCL <i>Desarrollo</i> grupos experimental y control en el pretest, postest y seguimiento a los seis meses (Escala Empírica).	294
Figura 42.	Puntuaciones en CBCL <i>Desarrollo</i> del grupo experimental en el pretest, postest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses (Escala Empírica)	295
Figura 43.	+Puntuaciones en CBCL <i>Problemas de Sueño</i> de los grupos experimental y control en el pretest, postest y seguimiento a los seis meses (Escala Empírica).	296
Figura 44.	Puntuaciones en CBCL <i>Problemas de Sueño</i> del grupo experimental en el pretest, postest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses (Escala Empírica).	297
Figura 45.	Puntuaciones en CBCL <i>Problemas de Atención</i> de los grupos experimental y control en el pretest, postest y seguimiento a los seis meses (Escala Empírica).	298
Figura 46.	Puntuaciones en CBCL <i>Problemas de Atención</i> del grupo experimental en el pretest, postest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses (Escala Empírica).	299
Figura 47.	Puntuaciones en CBCL <i>Conducta Agresiva</i> de los grupos experimental y control en el pretest, postest y seguimiento a los seis meses (Escala Empírica).	300
Figura 48.	Puntuaciones en CBCL <i>Conducta Agresiva</i> del grupo experimental en el pretest, postest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses (Escala Empírica).	301
Figura 49.	Puntuaciones en CBCL <i>Otros Problemas</i> de los grupos experimental y control en el pretest, postest y seguimiento a los seis meses (Escala Empírica).	302
Figura 50.	Puntuaciones en CBCL <i>Otros Problemas</i> del grupo experimental en el pretest, postest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses (Escala Empírica).	303
Figura 51.	Puntuaciones en PEE <i>Sobreprotector</i> de los grupos experimental y control en el	308

pretest, posttest y seguimiento a los seis meses.

- Figura 52. Puntuaciones en PEE *Sobreprotección* del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses 309
- Figura 53. Puntuaciones en PEE *Punitivo* de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses. 310
- Figura 54. Puntuaciones en PEE *Punitivo* del grupo experimental en el pretest, posttest,seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses 311
- Figura 55. Puntuaciones en PEE *Inhibicionismo* de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses 312
- Figura 56. Puntuaciones en PEE *Inhibicionista* del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses. 313
- Figura 57. Puntuaciones en PEE *Asertivo* de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses. 314
- Figura 58. Puntuaciones en PEE *Asertivo* del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses. 315
- Figura 59. Puntuaciones en BDI *Cognitivo- Afectivo* de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses. 320
- Figura 60. Puntuaciones en BDI *Cognitivo-Afectivo* del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses. 321
- Figura 61. Puntuaciones en BDI *Somático* de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses. 322
- Figura 62. Puntuaciones en BDI *Somático* del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses. 323
- Figura 63. Puntuaciones en BDI *Total Depresión* de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses. 324

Figura 64.	Puntuaciones en <i>BDI Total Depresión</i> del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses.	325
Figura 65.	Puntuaciones en <i>DAS Consenso</i> de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses.	330
Figura 66.	Puntuaciones en <i>DAS Consenso</i> del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses	331
Figura 67.	Puntuaciones en <i>Afectividad</i> de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses.	332
Figura 68.	Puntuaciones en <i>DAS Afectividad</i> del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses	333
Figura 69.	Puntuaciones en <i>DAS Satisfacción</i> de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses	334
Figura 70.	Puntuaciones en <i>DAS Satisfacción</i> del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses	335
Figura 71.	Puntuaciones en <i>DAS Cohesión</i> de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses.	336
Figura 72.	Puntuaciones en <i>DAS Cohesión</i> del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses	337
Figura 73.	Puntuaciones en <i>DAS Total</i> de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses	338
Figura 74.	Puntuaciones en <i>DAS Total</i> del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses	339
Figura 75.	Puntuaciones en <i>SESBI-R Problemas Oposicionista</i> de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses.	344
Figura 76.	Puntuaciones en <i>SESBI-R Problemas Oposicionista</i> del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses.	345

Figura 77.	Puntuaciones en SESBI-R Dificultades de Atención de los grupos experimental y control en el pretest, postest y seguimiento a los seis meses.	346
Figura 78.	Puntuaciones en SESBI-R Dificultades de Atención del grupo experimental en el pretest, postest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses	347
Figura 79.	Puntuaciones en SESBI-R Intensidad de los grupos experimental y control en el pretest, postest y seguimiento a los seis meses.	348
Figura 80.	Puntuaciones en SESBI-R Intensidad del grupo experimental en el pretest, postest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses.	349
Figura 81.	Puntuaciones en SESBI-R Problema de los grupos experimental y control en el pretest, postest y seguimiento a los seis meses.	350
Figura 82.	Puntuaciones en SESBI-R Problema del grupo experimental en el pretest, postest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses.	351
Figura 83.	Porcentaje del modo en el que el programa interviene sobre el problema	354
Figura 84	Porcentaje sobre el desarrollo del programa	355
Figura 85.	Porcentaje del grado de ayuda del programa con otras personas	356
Figura 86.	Porcentaje del grado de acercamiento de los problemas en casa	357
Figura 87.	Porcentaje de la recomendación del programa	358
Figura 88.	Valoración del desarrollo de las sesiones de las madres	359
Figura 89.	Valoración del desarrollo de las sesiones de los padres	359
Figura 90.	Porcentaje de la capacidad para futuros problemas	360
Figura 91.	Porcentaje calificación total del programa	361
Figura 92.	Porcentaje general de dificultad de la metodología empleada y por método (madres)	363
Figura 93.	Porcentaje general de dificultad de la metodología empleada y por método (padres)	363

Programa Familiar PEPA

Figura 94.	Porcentaje general de utilidad de la metodología empleada y por método (madres)	365
Figura 95.	Porcentaje general de utilidad de la metodología empleada y por método (padres)	365
Figura 96.	Porcentaje general de dificultad de la técnica empleada y por técnicas (madres)	367
Figura 97.	Porcentaje general de dificultad de la técnica empleada y por técnicas (padres)	367
Figura 98.	Porcentaje general de utilidad de la técnica empleada y por técnica (madres)	369
Figura 99.	Porcentaje general de utilidad de la técnica empleada y por técnica (padres)	369
Figura 100.	Porcentajes valoración de la conducta del hijo a los seis meses	373
Figura 101.	Porcentajes valoración de la conducta del hijo a los doce meses	373
Figura 102.	Porcentajes causas de la mejoría de la conducta a los seis meses	374
Figura 103.	Porcentajes causas de la mejoría de la conducta a los doce meses	374
Figura 104.	Porcentaje de la frecuencia del empleo de las técnicas en global a los seis meses	375
Figura 105.	Porcentaje de la frecuencia del empleo de las técnicas en global a los doce meses	375
Figura 106.	porcentaje de la frecuencia de empleo por técnicas del programa a los seis meses	376
Figura 107.	Porcentaje de la frecuencia del empleo de las técnicas en global del programa a los doce meses	377
Figura 108.	Porcentaje de la utilidad de las técnicas del programa a los seis y doce meses	378
Figura 109.	Porcentaje de técnicas ya no útiles a los seis meses	378
Figura 110.	Porcentaje de técnicas ya no útiles a los doce meses	379
Figura 111.	Porcentaje de técnicas ya no útiles a los doce meses	379

Figura 112.	Porcentaje del motivo de no usar técnicas del programa a los seis meses	380
Figura 113.	Porcentaje del motivo de no usar técnicas del programa a los doce meses	380
Figura 114.	Porcentaje de la utilidad de los cuadernillos y de los registros del programa a los seis meses	381
Figura 115.	Porcentaje de la utilidad de los cuadernillos y de los registros del programa a los doce meses	381
Figura 116.	Puntuaciones en <i>Refuerzo</i> de los grupos experimental y control en el pretest, postest y seguimiento a los seis meses.	386
Figura 117.	Puntuaciones en <i>Refuerzo</i> del grupo experimental en el pretest, postest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses.	387
Figura 118.	Puntuaciones en <i>Coacción</i> de los grupos experimental y control en el pretest, postest y seguimiento a los seis meses.	388
Figura 119.	Puntuaciones en <i>Coacción</i> del grupo experimental en el pretest, postest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses.	389
Figura 120.	Puntuaciones en <i>Extinción</i> de los grupos experimental y control en el pretest, postest y seguimiento a los seis meses.	390
Figura 121.	Puntuaciones en <i>Extinción</i> del grupo experimental en el pretest, postest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses.	391
Figura 122.	Puntuaciones en <i>Atención Diferencial</i> de los grupos experimental y control en el pretest y postest	394
Figura 123.	Gráfica de líneas de puntuaciones en <i>Atención Diferencial</i> en el grupo experimental (diseño intragrupo) en todas las medidas	395
Figura 124.	Gráfica de barras de puntuaciones en <i>Atención Diferencial</i> en el grupo experimental (diseño intragrupo) en el pretest y postest	395
Figura 125.	Gráficas de <i>Secuencias de Órdenes Claras</i> de grupo experimental y control(diseño intergrupo)	397

Programa Familiar PEPA

Figura 126.	Gráfica tareas intersesiones del registro de Secuencias de Órdenes Claras(diseño intragrupo)	399
Figura 127.	Porcentaje de las conductas cambiadas por las técnicas PEPA	402
Figura 128.	Porcentaje de las conductas que no intentaste cambiar con técnicas PEPA	403
Figura 129.	Porcentaje de la utilidad de las técnicas PEPA	404
Figura 130.	Porcentaje de la frecuencia de las técnicas PEPA usadas	404
Figura 131.	Porcentaje de la no utilidad de las técnicas PEPA	405
Figura 132.	Porcentaje de las técnicas PEPA ya no usadas	405
Figura 133.	Porcentaje de la utilidad de los materiales del PEPA	406

Índice de anexos

- 1 Análisis funcional de las conductas desobedientes
- 2 Cuestionarios
- 3 Registro de observación del juego infantil
- 4 Tareas para casa
- 5 Evaluación de la Escuela de Práctica Psicológica de la UMU
- 6 Premio de Investigación del Colegio Oficial de Psicólogos

Índice abreviaturas

TND	Trastorno Negativista Desafiante
TDAH	Trastorno déficit de atención con hiperactividad
TD	Trastorno Disocial
TC	Trastorno de Conducta
ECBI	Inventario Eyberg de conducta en niños para padres
CBCL	Inventario del comportamiento de niños para padres
PEE	Perfil de Estilos Educativos
BDI	Inventario de Depresión de Beck
DAS	Escala de Ajuste Diádico
EAD	Escala de Ajuste Diádico
SESBI-R	Inventario Eyberg de conducta infantil

RESUMEN

La tesis “*Elaboración y valoración de un programa familiar para prevenir problemas de deobediencia en la infancia*” tiene como objetivos valorar la eficacia del programa para disminuir la intensidad y el número de problemas de conducta infantil en el hogar y escuela; aumentar la asertividad parental, disminuir la sintomatología depresiva de los padres; mejorar el ajuste marital; valorar la validez social y generalización del programa.

En el estudio, llevado a cabo en la Universidad de Murcia, en la Sección Universitaria de Instrumentación Psicológica (SUIP), del Servicio de Apoyo a las Ciencias Experimentales (SACE), participaron 223 familias, con 91 niñas y 132 niños, de 3 (37%), 4 (30%), 5 (19%) y 6 (14%) años. Los participantes fueron asignados de manera aleatoria al grupo experimental (N = 164) y control (N = 59). Las familias fueron reclutadas en 22 colegios de Educación Infantil de Murcia. Los criterios de inclusión fueron, edad comprendida ente 3-6 años, problemas de conducta, sobre todo oposicionismo y participación de ambos padres.

El estudio abarcó desde 2007 a 2012. El programa constó de 14 sesiones, distribuidas en 4 bloques: pretest (1 sesión), intervención (10 sesiones), postest (1 sesión) y seguimientos (2 sesiones). Se desarrolló de manera individual con cada familia y participaron en cada una de ellas los dos padres y el niño. El bloque de intervención constó de una parte Motivacional (1 sesión) con el análisis funcional de conductas; parte Educativa (4 sesiones: refuerzo positivo, extinción, errores y estilos educativos); parte Práctica (5 sesiones: instrucciones claras, establecimiento de normas y generalización en otros entornos). Las sesiones tuvieron métodos de aprendizaje estructurado (instrucción didáctica, modelado, ensayo conductual, tareas para casa).

Todas las familias completaron una batería de pruebas de conductas infantiles (ECBI; CBCL), de características parentales (PEE; BDI; DAS), cuestionarios de satisfacción del programa y de seguimiento del mantenimiento de los cambios sobre los problemas de conducta, durante cuatro medidas (pretest, postest., seguimiento semestral y anual). Los profesores completaron el inventario de conductas infantiles (SESBI-R) en las mismas medidas. Los profesionales completaron cuestionario de utilidad clínica.

Se utilizó un diseño factorial mixto 2 x 3, con un factor inter, variable intervención con dos valores: experimental versus control, y un factor intra, variable evaluación con tres valores: pretest, postest, seguimiento semestral. Y un diseño 1 x 4 en el factor intra con cuatro valores: pretest, postest, seguimiento semestral y anual, debido a la falta de muestra representativa en el grupo control a año. Para el análisis de las diferentes condiciones se ajustaron los efectos principales mediante ajustes post-hoc utilizando Bonferroni. Para analizar el tamaño del efecto

Programa Familiar PEPA

se incluyó el índice *d* propuesto por Cohen (1988). Para analizar las diferencias en la batería de pruebas entre los seis y doce meses se utilizó la prueba *t* de diferencia de medias para medidas relacionadas. Y para analizar la satisfacción en la aplicación del cuestionario se utilizaron estadísticos descriptivos. Los análisis estadísticos fueron implementados con el paquete estadístico SPSS 22.

Las conclusiones son que el programa PEPA es un programa bien estructurado, con un elevado porcentaje de retención de familias participantes (92,7%), considerando los bajos valores (< 20%) hallados en estudios de este tipo (UNODC, 2009). Se dispone de una intervención eficaz para los problemas de conducta, adaptada a los rasgos culturales de nuestro país como recomiendan Olivares et al. (2002), con baja tasa de abandonos (Olivares y García-López, 1997) y aportando una fundamentación empírica y experimental, escasa en España sobre entrenamiento a padres (García-López, Olivares y Rosa, 1997), que junto a la aceptación de los padres de los componentes del programa, apoya la validez social del programa. El Programa atiende a los niveles de validación social propuestos por Wolf (1978): objetivos de acuerdo a los patrones de comportamiento aceptados socialmente, sin olvidarnos de las idiosincrasias de cada familia; procedimientos aceptables por los participantes y la obtención de los resultados esperados en relación al comportamiento infantil y mejorías en otros ambientes.

Se han logrado cambios positivos tanto en la conducta del niño como de los padres, con el incremento de las habilidades parentales, reducción de los problemas de conducta y la mejora del estado afectivo de los padres (Lundhal, Risser y Lovejoy, 2006; Maughan et al., 2005). Hay una clara mejora en las conductas y actitudes parentales (Sampers et al., 2001), favoreciendo, de este modo, la ruptura de los procesos de coerción. Se evidencia una reducción en la educación punitiva, mayor uso de métodos educativos positivos, reducción del conflicto marital, bajo nivel de depresión parental y alta satisfacción en el programa (Patterson, 1974; Forehand y McMahon, 1981; Webster-Stratton, 1989).

El grado de satisfacción sobre el programa es alto y los padres lo perciben útil para afrontar los problemas de conducta infantil y para resolver problemas futuros. La mejora y mantenimiento de los cambios sobre los problemas de conducta se deben al empleo de las técnicas del programa, factible de ser aplicados en el contexto clínico. Se constata la utilidad clínica del programa.

Hay generalización a casa, con cambios conductuales en otras conductas no trabajadas; generalización en la escuela, sin haber enseñado habilidades en el manejo de conductas de manera combinada en clínica y escuela; generalización temporal, con efectos a largo plazo en cambios de actitud y comportamiento a padres e hijos; generalización conductual, donde el tratamiento reduce otros comportamientos que no han sido tratados (Wells, Forehand y Griest, 1980).

ABSTRACT

The thesis "Creation and evaluation of a family programme for the prevention of disobedience problems in childhood" has three objectives; to evaluate the efficiency of the programme to decrease the number and intensity of childhood behavioural problems in the home and at school; to increase parental assertiveness and decrease depressive symptomatology in parents; to improve marital adjustment; to evaluate the social validity and the generalisation of the programme.

The study was carried out in the University of Murcia within the Psychological Instrumentation Section (Spanish acronym: SUIP) of the Experimental Sciences Support Services (Spanish acronym: SACE) and 223 families, with a total of 91 girls and 132 boys, of 3 (37%), 4 (30%), 5 (19%) and 6 (14%) years of age, took part. The participants were randomly assigned to the experimental group (N=164) or the control group (N=59). The families were selected from 22 Infant schools in Murcia. The selection criteria were that the children be between three and six years old, have behavioural problems, especially oppositional defiance, and the participation of both parents.

The project spanned from 2007 to 2012. The programme consisted of 14 sessions, distributed in 4 blocks: Pre-test (1 session), intervention (10 sessions), post-test (1 session) and follow-up (2 sessions). It was carried out individually with each family and the child and both parents took part in every session. The intervention block consisted of Motivation (1 session) with the functional analysis of behaviour; Education (4 sessions: positive reinforcement, extinction procedures, educational mistakes and styles); Practice (5 sessions; clear instructions, establishment of rules and generalisation in other settings). Structured learning methods (teaching, modelling, behavioural practice, tasks set for homework) were used in the sessions

All families completed a set of child behavioural tests (ECBI; CBCL), tests of parental characteristics (Parenting Styles Profile; BDI; DAS), questionnaires of satisfaction with the programme and monitoring of the maintenance of the changes in behavioural problems, over 4 intervals (pre-test, post-test, half-yearly and yearly follow up sessions). The teachers completed an inventory of child behaviour (SESBI-R) at the same intervals. The professionals completed a questionnaire for clinical use.

A mixed factorial design 2 x 3 was used, with an inter-factor, variable intervention with two values: experimental versus control, and an intra-factor, variable evaluation with three values: pre-test, post-test and six monthly follow up. Furthermore, a 1 x 4 design was used, with an intra-factor with four values; pre-test, post-test, six monthly follow up and yearly follow up, due to the lack of representative material in the control group after a year. For the analysis of

Programa Familiar PEPA

different conditions, the principal effects were adjusted through post-hoc adjustments using Bonferroni. To analyse the differences between the battery of tests at six and twelve months, the *t* test of different medias for related measures. And to analyse the satisfaction of the application of the questionnaire descriptive statistics were used. The statistical analysis was implemented with the SPSS 22 statistical package.

The conclusions are that the PEPA programme is well structured, with a high level of retention of the families involved (92.7%), considering the low values (<20%) found in this type of studies (UNODC, 2009). It offers effective intervention in behavioural problems, adapted to the cultural features of our country, as recommended by Olivares et al. (2002). Moreover, it has a low dropout rate (Olivares y García-López, 1997) and provides an empirical and experimental foundation which is rare in Spain in relation to parental training (García-López, Olivares y Rosa, 1997). This, together with the levels of parental acceptance of its components, supports the programme's social validity. The Programme covers the levels of social validation proposed by Wolf (1978): objectives which agree with behavioural patterns which are socially accepted, while taking into consideration the idiosyncrasies of each family; procedures which are acceptable to the participants and the achievement of the desired results in relation to child behaviour and improvements in other areas.

Positive change has been achieved both in the behaviour of the child and of the parents, with a increase in parental ability, a reduction in misbehaviour and an improvement in the emotional state of the parents (Lundhal, Risser y Lovejoy, 2006; Maughan et al., 2005). There is a clear improvement in the behaviour and attitude of the parents (Sampers et al., 2001), thus favouring a break in the process of coercion. There is evidence of a reduction in punitive education, a greater use of positive educational methods, a reduction in marital conflicts, a lower level of parental depressions and a high level of satisfaction with the programme (Patterson, 1974; Forehand y McMahon, 1981; Webster-Stratton, 1989).

The level of satisfaction with the programme is high and parents consider it useful in dealing with child behavioural problems and to help resolve future problems. The improvement and continuity of the changes in behavioural problems are due the use of the techniques of the programme which are feasible in a clinical context. Thus the clinical usefulness of the programme is acknowledged.

There is generalisation at home, with changes in behaviours that have not been dealt with in the programme; at school, without having been taught methods for dealing with behaviours which combine clinic and school; temporary generalisation, with long term effects on attitudes and behaviours of both parents and children; behavioural generalisation which reduce other habits which have not been dealt with directly (Wells, Forehand y Griest, 1980).

INTRODUCCIÓN

Sobre los 5 años un 50% de padres se quejan de conductas desobedientes. Estudios epidemiológicos ponen de relieve la frecuencia de los problemas de conducta de tipo disruptivo en la infancia (Campbell, Shaw y Gilliom, 2000; Edwardr, Ceillachair, Bywater, Hughes y Hutchings, 2007). La prevalencia de estos trastornos de conducta infantil es en niños (6,9%) y en niñas (2,8%), buscando ayuda profesional ante las dificultades creadas (Garrán, Greciano, Castro y Esperón, 2007).

Existe evidencia de la aparición de problemas de comportamiento infantil ante prácticas de crianza inadecuadas (Patterson, 1982; Patterson, 1999; Webster-Stratton, 1988). Muchos estudios consideran las variables familiares como responsables del inicio y mantenimiento de los problemas de conducta, por lo que la intervención temprana es decisiva para la modificación de conducta (Diaz- García y Diaz-Sibaja, 2005). En este contexto surgen los programas de entrenamiento de padres como herramienta clínica. Convertir a los padres en agentes activos y de cambio (Barlow y Stewart- Brown, 2000) resulta un avance en los estudios sobre programa de prevención y tratamiento infanto-juvenil.

Los programas de entrenamiento de padres más ampliamente evaluados son los propuestos por Patterson (1974), Forehand y McMahon (1981) y por Webster-Stratton (1989) y muestran ser efectivos para intervenir sobre los problemas de comportamiento externalizante de niños, a la vez que mejora las habilidades de crianza y disminuye los niveles de estrés de los padres (Herschell & McNeil, 2005).

Robles y Romero (2011), realizan una revisión sobre la eficacia de los programas de entrenamiento para padres desde 1989 a 2009. Los resultados fueron satisfactorios en la promoción de cambios positivos en la conducta de los niños (Dimond y Hide, 1999; Lundhal et al., 2006; Maughan et al., 2005; Rey, 2006;

Programa Familiar PEPA

Richardson y Joughin, 2002; Serketich y Dumas, 1996; Todres y Bunston, 1993; Tucker y Gross, 1997), mejora en las interacciones entre padres e hijos (Tucker y Gross, 1997), y en las conductas y actitudes parentales (Sampers et al., 2001).

La revisión bibliográfica (Olivares y García-López, 1997) y bibliométrica (García-López, Olivares y Ana I. Rosa, 1997) del entrenamiento a padres en España hasta 1997 señala que hay un escaso número de trabajos científicos y necesidad de generar instrumentos útiles en la intervención sobre los problemas de conducta de acuerdo a nuestros rasgos culturales (Olivares et al, 2002).

En base a las revisiones se ha elaborado un programa para padres con el fin de garantizar la adquisición y el mantenimiento de habilidades parentales, mejorar el ajuste de la pareja y prevenir y disminuir las conductas problemáticas en la primera infancia, aplicable en escuelas y clínicas.

El objetivo principal de este estudio es comprobar la efectividad del programa familiar PEPA en la disminución de las conductas problemáticas en el hogar y en escuela y el mantenimiento de la mejora conseguida a largo plazo.

El estudio realizado en la Universidad de Murcia, en la Sección Universitaria de Instrumentación Psicológica (SUIP), participaron 223 familias, con 91 niñas y 132 niños, de 3 (37%), 4 (30%), 5 (19%) y 6 (14%) años. Los participantes fueron asignados al grupo experimental (N = 164) y control (N = 59), de manera aleatoria.

Las familias fueron reclutadas en 22 colegios de Educación Infantil de Murcia. Los criterios de inclusión fueron, edad comprendida ente 3-6 años, problemas de conducta, sobre todo oposicionismo y participación de ambos padres. Quedaron excluidos los niños mayores de 6 años, con trastornos mentales, y las familias monoparentales.

El estudio abarca desde 2007 a 2012 con la evaluación e implementación del programa. Consta de 12 sesiones y se ha desarrollado de manera individual con cada familia en la que participan los dos padres y el niño. Todas las familias han completado una batería de pruebas de conductas infantiles (ECBI; CBCL), de características parentales (PEE; BDI; DAS), cuestionarios de satisfacción del programa y de seguimiento del mantenimiento de los cambios sobre los problemas de conducta, durante cuatro medidas (pretest, posttest y seguimiento semestral y anual). Los profesores han completado el inventario de conductas infantiles (SESBI-R) en las mismas medidas.

El programa ha enseñado habilidades parentales (refuerzo positivo, extinción, errores y estilos educativos) y habilidades educativas (instrucciones claras, establecimiento de normas y generalización en otros entornos). Las sesiones han tenido métodos de aprendizaje estructurado (instrucción didáctica, modelado, ensayo conductual, tareas para casa).

Se ha utilizado un diseño factorial mixto 2 x 3, con un factor inter, variable intervención con dos valores: experimental versus control, y un factor intra, variable evaluación con tres valores: pretest, posttest, seguimiento semestral. Y un diseño 1 x 4 en el factor intra con cuatro valores: pretest, posttest, seguimiento semestral y anual, debido a la falta de muestra representativa en el grupo control a año.

CAPÍTULO 1

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y EMPÍRICA DE PSICOPATOLOGÍA DESCRIPTIVA, EXPLICATIVA Y DE LA PREVENCIÓN Y RESPUESTA DE LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA INFANTIL

En este capítulo se detalla de manera teórica la psicopatología infantil en relación de los problemas de conducta, con la evolución de las conductas perturbadoras y su clasificación según DSM-V. Se hace un recorrido por los diferentes modelos que explican la adquisición, desarrollo y mantenimiento de la conducta problemática, de las causas y de los principales factores individuales, parentales y familiares de los problemas de conducta infantil.

A nivel empírico, se revisan los componentes fundamentales de los programas de entrenamiento a padres y se describen los tratamientos psicológicos basados en la evidencia para niños con conducta disruptiva.

Psicopatología descriptiva

1. Normalidad y patología en el desarrollo de la conducta infantil

Para hacer prevención es importante conocer las continuidades y discontinuidades en psicopatología y normalidad. Es a través de la psicopatología del desarrollo donde se pueden estudiar el rango de variaciones que van de lo normal a lo psicopatológico en función del contexto en el que se dan (Harrington, 2001).

La psicopatología del desarrollo estudia y predice las conductas y procesos no adaptativos en el tiempo (Lewis, 2000, p.3). Conocer las variables implicadas en los procesos de riesgo permite diseñar estrategias de intervención y de prevención. Conocer los mecanismos que facilitan una buena adaptación, a pesar del riesgo, permite diseñar estrategias de promoción de salud (Cicchetti y Cohen, 1995).

Cicchetti y Hinshaw (2002) consideran que las intervenciones preventivas contribuyen a reducir la aparición de trastornos y a conocer los procesos implicados en la aparición de psicopatología o en la alteración del curso de desarrollo.

Prevenir es la manera más eficaz de tratar los problemas de salud mental y evitar el sufrimiento personal. Cuando se previene se está actuando sobre la situación que lleva a la aparición del problema, haciéndola desaparecer o fortaleciendo al individuo o a su ambiente.

La genética del comportamiento estudia el papel de los genes y del ambiente en el desarrollo de la conducta del niño, en las características de personalidad y en la aparición de psicopatología. Según Mandomingo (1990); Rutter et al (1997), no se puede estudiar el papel de los genes en el desarrollo de la conducta sin las circunstancias ambientales y viceversa. La herencia ejerce un papel destacado en el trastorno de la conducta y trastorno negativista desafiante (TND) entre un 21-74%, junto al ambiente compartido, de 0-42%.

Capítulo 1. Justificación teórica

Los estudios de genética del comportamiento en niños y adolescentes, como el (UTSABD) Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development (Cses et al., 1997; Hewitt et al., 1997) y el (NEAD) Non- Shared Environment and Adolescent Development (Reis et al., 1995), llegaron a la conclusión de que la mayoría de los procesos psicopatológicos tienen un componente genético que oscila de grande a moderado.

Sobre el 50% de la variancia del comportamiento de los adolescentes con los padres es de carácter genético, por lo que depende de características temperamentales del hijo. El 20% de la variancia del comportamiento de los padres con el hijo depende también de características genéticas del hijo (O'Connor, Hetherington, Reiss y Plomin, 1995). Esto dice que los factores genéticos del hijo son responsables de un 50% del comportamiento del niño con los padres y de un 20% del comportamiento de los padres con el niño.

Los padres tratan a sus hijos de manera diferente ya que la relación padres e hijos no es igual en todos los casos. Un hijo que sufre rechazo, falta de apoyo y trato negativo de los padres tiene más riesgo de desarrollar conductas antisociales. Si recibe apoyo y afecto, se convierten en factores de protección (Pike, Reiss, Hetherington y Plomin, 1996).

La dotación genética del individuo es fundamental pero las condiciones de crianza de los niños, los estilos educativos de la familia, entre otros, influyen en el riesgo de sufrir enfermedades y en su evolución y pronóstico (Mandomingo, 1994; Mandomingo, 2001 a).

Según dice Dunn, 2001, hay base biológica para las diferencias de género en la agresividad y se fomentan dichas diferencias por esteriotipos de género, expectativas culturales y patrones de socialización. Los niños tienen una forma de interacción

competitiva- agresiva y las niñas es más cooperativa-conciliadora y se espera que sean más prosociales y empáticas.

Las niñas están menos afectadas por disfunciones neurovegetativas (problemas de aprendizaje, hiperactividad, etc) por lo que son menos vulnerables a condiciones asociadas a comportamientos antisociales de inicio temprano y susceptibles de presentar este tipo de comportamiento porque físicamente son más vulnerables. Pero a pesar de ser el género femenino un factor protector del trastorno de conducta, Loeber y Keenan (1994) concluyen en la paradoja del género, siendo las niñas las que pueden estar más afectadas, con mayor comorbilidad y menor prevalencia del trastorno de conducta.

El negativismo desafiante es más frecuente en niños que en niñas pero la diferencia es muy pequeña y sólo se observa durante la preadolescencia (American Psychiatric Association, 1995), después los dos géneros se nivelan. La tabla 1 sintetiza las diferencias de género en TC y ND.

Tabla 1. Diferencias ente niños y niñas en trastornos de conducta/negativismo desafiante (Ezpeleta, 2005)

Niños	Niñas
<ul style="list-style-type: none"> • Mayor prevalencia de TC • Mayor prevalencia del subtipo “persistente” • Mayor frecuencia de peleas, crueldad hacia los demás, robos, vandalismos, oposición en la escuela y agresividad manifiesta • Los padres sobrevaloran problemas exteriorizados • Factores de riesgo: Uso de tabaco en la madre durante el embarazo, amigos problemáticos, fracaso escolar, situaciones familiares adversas, falta de supervisión durante el tiempo libre, disciplina dura • Más síntomas que implican confrontación en ND • ND más predictivo de TC. • Nexo evolutivo entre ND y TC más estrecho • Cuadro de ND más duradero 	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamiento agresivo o ausencia de comportamientos prosociales son considerados más problemáticos • Mayor frecuencia de agresividad encubierta e indirecta • Las maestras infravaloran comportamiento exteriorizado en niñas y los maestros lo sobrevaloran • Mayor solapamiento diagnóstico entre ND y TC • Mayor riesgo de comorbilidad (especialmente interiorizada y abuso de sustancias) • Criterios diagnósticos inadecuados • Edad de inicio más tardía • Curso: comportamientos antisociales más diversos en la edad adulta • Factores de riesgo: pubertad precoz, estilo educativo intrusivo y sobreprotector, psicopatología en los padres biológicos

ND: negativismo desafiante; TC: trastorno de conducta

1.2. Problemas de conducta en la infancia

1.2.1. Evolución de los problemas de conducta

La socialización implica interiorizar valores y normas sociales que favorezcan el desarrollo personal y la convivencia. Desde un punto de vista psicológico, la madurez resulta del proceso de adquisición de repertorios de conducta cada vez más complejos, mantenidos principalmente por autocontrol.

El bebé depende por completo de sus cuidadores, ya que su repertorio conductual se reduce a un pequeño conjunto de reflejos y conductas elementales. Las probabilidades de sobrevivir sin contacto con otros seres humanos son prácticamente nulas. En los casos excepcionales en los que no se produce la muerte del recién nacido el desarrollo está gravemente afectado como el niño salvaje de Aveyron.

La enseñanza de los adultos en forma de instrucciones, modelado, moldeamiento, etc., promueve la adquisición de repertorios básicos de conducta, andar, hablar, utilizar los cubiertos, asearse, vestirse, controlar esfínteres, leer, escribir, sumar, moverse con seguridad por la vía pública, utilizar dinero, etc., que permiten reducir la dependencia infantil y aumentar la autonomía. Por otro lado, la administración de contingencias se desplaza progresivamente desde los padres, familiares y maestros (control externo), al propio sujeto (control interno).

La crianza y educación exige el desvanecimiento gradual de la ayuda adulta, es decir, de los estímulos antecedentes y consecuentes. Así, los padres prefieren que su hijo haga los deberes sin tener que pedírselo constantemente, “ponte a estudiar”, porque el escolar ha confeccionado un horario de estudio que cumple por sí solo sin necesidad de reiterados rogatorios, o quieren que su presencia no sea imprescindible para evitar las continuas peleas entre hermanos. Por otro lado, es deseable que la conducta esté mantenida por el autorrefuerzo de la satisfacción del niño consigo mismo por el deber

cumplido o por el buen comportamiento (o por evitar el autocastigo en forma de remordimiento y mala conciencia), que por promesas y premios por aprobar o jugar juntos (o por amenazas y castigos por suspender o pelearse) administrados por agentes externos.

Este traspaso de responsabilidades es un proceso complicado, a lo largo del cual prácticamente todos los menores desobedecen y muestran conductas agresivas, puesto que es improbable que un aprendizaje difícil se produzca sin errores. Por tanto, el psicólogo clínico ha de valorar cuándo la desobediencia y la agresividad son parte del desarrollo normal (pautas evolutivas, transitorias) y cuándo resultan excesivas (pautas problemáticas, estables), y orientar a los educadores en consonancia. En este sentido, Graziano y Mooney (1984) advierten que la demanda de algunos padres no es tanto fomentar el bienestar y la adaptación del hijo, como aumentar su control sobre él. Del mismo modo, en un artículo gráficamente titulado “Modificación de conducta actual en el aula: Estate quieto, estate callado, sé dócil”, Winett y Winkler (1972) denuncian que algunas intervenciones se orientan más a facilitar la comodidad del maestro que a promover el desarrollo del alumno.

Los estudios epidemiológicos revelan que muchos niños y adolescentes presentan conductas problemáticas características de trastornos psicológicos específicos. Una investigación histórica relevante es el estudio de Lapouse y Monk (1958), que reclutaron una muestra representativa de 482 niños, de 6 a 12 años, en la ciudad de Búfalo, en el estado de Nueva York. Según los informes de las madres, el 48% tenía dos rabietas por semana. Tres décadas más tarde se obtuvieron datos similares en diferentes países (Reisman, 1986), poniendo de relieve la elevada frecuencia de comportamientos perturbadores en la infancia y adolescencia.

Capítulo 1. Justificación teórica

Sin embargo, estos comportamientos se presentan en gran medida de forma aislada y no revisten gravedad, es decir, son alteraciones pasajeras que remiten sin necesidad de tratamiento con la maduración y el aprendizaje. Así pues, uno de los retos de la psicopatología del desarrollo es diferenciar cuándo una conducta problemática constituye un aspecto evolutivo normal y cuándo es parte integrante de un trastorno. Con otras palabras, la dificultad consiste en conocer si una conducta problemática es una crisis transitoria o si, por el contrario, persistirá y se traducirá en un diagnóstico clínico con el paso de los años (Campbell, 1987). Por ejemplo, cómo saber si la desobediencia de un niño de cinco años es un fenómeno propio del proceso de socialización que desaparecerá a medida que adquiera más autocontrol o si evolucionará hacia un trastorno negativista desafiante en la preadolescencia.

Los estudios epidemiológicos muestran que entre el 15% y el 25% de la población infantil y adolescente presenta un trastorno psicológico (Tuma, 1989; Verhulst y Koot, 1992). Este amplio rango se explica por las diferencias en cuanto a las poblaciones objeto de estudio, características de las muestras reclutadas, definición de los trastornos psicológicos, y/o medición de las conductas problemáticas. A pesar de esta disparidad, Wicks-Nelson e Israel (1999) señalan que existe cierto grado de consenso entre los epidemiólogos en estimar en el 20% la prevalencia de trastornos psicológicos en la infancia y adolescencia. Los psicólogos además coinciden en que tanto las conductas problemáticas como los trastornos psicológicos en la infancia y adolescencia han aumentado en las últimas décadas (Achenbach y Howell, 1993; Costello, Burns, Angold y Leaf, 1983).

Aunque teóricamente existen dos peligros extremos en relación con la decisión de aplicar un tratamiento psicológico, subestimar el sufrimiento clínicamente significativo y las repercusiones negativas de las conductas problemáticas, por un lado,

y “patologizar”, esto es, considerar cualquier conducta no deseada como signo inequívoco de un problema clínico, por otro, empíricamente se constata que cuatro de cada cinco sujetos menores de edad que requieren tratamiento psicológico no lo reciben (Tuma, 1989), especialmente los casos más necesitados (Costello et al., 1983).

Diferentes estudios epidemiológicos ponen de relieve la frecuencia de los problemas de conducta de tipo disruptivo en la infancia (Campbell, Shaw y Gilliom, 2000; Edwardr, Ceillachair, Bywater, Hughes y Hutchings, 2007). La prevalencia de estos trastornos de conducta infantil, es de 6,9% en niños y de 2,8% en niñas, de los cuales el 4,5% de niños y el 2,4% de niñas muestran rasgos negativista-desafiantes, y los padres buscan ayuda profesional ante las dificultades creadas (Edger y Angold, 2006; Garrán, Greciano, Castro y Esperón, 2007).

Achenbach (1993) propone clasificar los comportamientos problemáticos infantiles de acuerdo con la dimensión *exteriorizados-interiorizados*, entendiendo la hiperactividad, la desobediencia y la agresividad como problemas de infracontrol; y el miedo, la ansiedad y la depresión como problemas de sobrecontrol. Los problemas exteriorizados, sobre todo el comportamiento desobediente y rebelde, son más comunes y suele representar más quejas de los padres y más consulta a profesionales.

Los problemas de conducta, denominados “comportamientos externalizantes” (Achenbach y Edelbrock, 1978) abarcan muchas conductas. Algunos lo llaman hiperactividad, problemas de disciplina, conducta desafiante, comportamiento difícil, etc. Muchas veces son comportamientos transitorios, pero en otras ocasiones, requieren atención clínica (Díaz-Sibaja, 2005). Estas conductas externalizantes pueden ser devastadoras para el niño, la familia y su entorno social (Gardner y Ward, 2000).

Aunque hay muchas investigaciones sobre la etiología y consolidación de estas primeras conductas, sigue sin estar clara su evolución por la multitud de factores de

Capítulo 1. Justificación teórica

riesgo que pueden derivar en la constitución de un joven con múltiples problemas (Loeber, Farrington, Southamer-loeber y Van Kammen, 1998).

Hay diferentes investigaciones que pueden arrojar luz a las diferentes características en la formación inicial de conductas antisociales.

Dodge y Coie (1987) diferenciaron entre conducta antisocial “reactiva”, que se define como defensiva y se caracteriza por ser respuesta a un acontecimiento determinado, tal como la negativa ante el establecimiento de límites; negativa por una sanción que percibe como injusta; y conducta antisocial “proactiva”, que se define como ofensiva y tiene como objetivo un fin antisocial específico. La reactiva tiende a atribuir más intenciones hostiles en los demás y tiene más dificultades para interiorizar normas sociales y la proactiva tiene peor pronóstico y su ocurrencia en la preadolescencia se relaciona con comportamiento delictivo en la media adolescencia y adultez temprana. Esta última, a pesar del mal pronóstico, puede ser moderada por la supervisión parental, por lo que se apoyan los estudios de Dodge (1991) que pronosticó la detención de la cadena conductual con un estilo parental adecuado.

Loeber y Schmalin(1985), clasificaron la conducta no normativa como “abierta” que es evidente y se da en los primeros años, y la “encubierta” que iría creándose poco a poco y sustituyendo a la primera. La encubierta se iría formando a partir de las contingencias ocurridas en las interacciones cotidianas con los adultos (Snyder, Reid y Patterson, 2003). De nuevo aparecen los padres como una influencia en el repertorio de conductas del niño.

La trayectoria del desarrollo de los problemas de conducta externalizante es el resultado de muchas causas que varían con la edad y que están relacionadas con interacciones sociales diarias. Los intercambios ocurridos dentro de estas interacciones sociales con padres, compañeros, profesores e iguales y en los contextos donde éstas se

desarrollan, van a determinar la forma y la frecuencia de los problemas de las conductas externalizantes.

Así, en el medio familiar se iniciarán los primeros problemas antisociales en la interacción con los padres, seguidos de problemas en el colegio con compañeros y profesores, en diferentes situaciones en su interacción con ellos y dependiendo la trayectoria conductual del valor funcional de las conductas en cada contexto (Reid y Eddy, 2002).

Coie (1996), sugiere que la edad de inicio de los problemas de conducta predice un mal pronóstico. Si las características difíciles del niño se unen a un ambiente familiar inestable, los padres se pueden desmoralizar ante la conducta disruptiva del hijo y emplear castigos duros, aspecto que va a dificultar el afecto positivo y el desarrollo de habilidades sociales. A su entrada a la escuela, el niño puede estar preparado para desafiar y desobedecer (Lochman y Conduct Problems Prevention Research Group) (CPPRG) y lo coloca en una mala posición para implicarse en tareas de aprendizaje e interactuar adecuadamente a nivel social, con interpretaciones erróneas sobre la intencionalidad del comportamiento de los demás.

Este problema se va acentuando ante la discordancia entre expectativas de los padres y los requerimientos escolares, y va reduciendo la capacidad del niño para lograr un rendimiento escolar adecuado.

A nivel social, el comportamiento agresivo interfiere en su relación con sus iguales que genera el rechazo de sus compañeros (Ladd, Price y Hart, 1990) y la ausencia de apoyo de los profesores y compañeros (Campbell, 1991). A su vez, en casa los intercambios negativos aumentan por el comportamiento y los informes negativos del colegio.

Capítulo 1. Justificación teórica

Este rechazo le va a generar relaciones con iguales desviados y se van a promover las primeras conductas delincuentes (Coie, Terry y Lochman, 1933). Más adelante, al disminuir la supervisión paterna y fracasar en los estudios, se producirá una escalada en conductas no normativas más serias.

1.2.2. Clasificación de comportamientos problemáticos

El enfoque conductual clasifica los comportamientos problemáticos en *excesos* y *déficit* de conducta, en función de si la conducta se emite con mayor o menor frecuencia, intensidad o duración. Así, si un niño se enrabieta siempre que se le niega una petición por insignificante que sea (frecuencia), destruye bienes y se autolesiona seriamente (intensidad) o tarda más de dos horas en calmarse (duración), este comportamiento infantil se considera excesivo o desproporcionado, a pesar de que las rabietas son un fenómeno común en la infancia. La calificación de un comportamiento como problema depende de la edad, así, para los padres, las rabietas del primogénito de once años poseen distinto significado que las del pequeño de tres años.

Existen dos diferencias relevantes entre excesos y déficit conductuales. La primera se refiere al grado de acuerdo entre los jueces para considerar una determinada conducta como problemática. Las valoraciones sociales contrapuestas se reflejan en las amplias variaciones constatadas en la estimación por distintas personas de los comportamientos catalogados como excesivos. La segunda diferencia es que el déficit de conducta repercute negativamente sobre todo en el propio sujeto, mientras que los excesos incomodan a los demás. Aunque “la afirmación de que la conducta infantil anormal se define como aquella que molesta a los adultos parece ciertamente exagerada” (Silva, 1987, p. 641), Pelechano (1979, 1980) ha constatado en nuestro país que, independientemente de los problemas de fracaso escolar, maestros y padres solicitan tratamiento psicológico para sus alumnos e hijos más por excesos que por

déficit conductuales. La naturaleza aversiva de los excesos de conducta explica que las tasas de comportamientos perturbadores resulten particularmente elevadas cuando los informantes son los adultos.

La clasificación excesos-déficit de conducta se solapa con la dimensión comportamientos *externalizados-internalizados* (Achenbach, 1993), descritos como problemas de infracontrol (p. ej. agresividad) o de sobrecontrol (p. ej. retraimiento). Los niños informan más de problemas internalizados, mientras que los padres se quejan más de problemas externalizados en sus hijos (Kashani, Orvaschel, Rosenberg y Reid, 1989). A su vez los excesos conductuales y los comportamientos externalizados (delincuencia, agresividad, desobediencia) coinciden en buena medida con los trastornos del comportamiento perturbador (trastorno disocial, trastorno negativista desafiante), incluidos en la cuarta edición del *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, de la *American Psychiatric Association* (1994).

Según (Patterson et al, 1992; Patterson, 1982; Snyder y Patterson, 1995), tanto el hijo como el padre aprenden a realizar comportamientos negativos y coercitivos cuando se enfrentan con acontecimientos desagradables.

Las conductas de desobediencia, oposición, y desafiante se encuentran frecuentemente en niños, asociados con el curso del desarrollo normal. La conducta desobediente puede ser pasiva y el niño no responde y permanece inactivo o tranquilo; o puede ser desafiante y entonces se muestra hostil y resistente. La conducta de oposición puede tener muchas caras, es la más estable de las psicopatologías infantiles y predice más riesgos académicos y sociales que otras formas de comportamiento infantil desviado (Barkley, 1977, p.33).

El niño desobediente. Según algunos autores, se podría definir la conducta de desobediencia como la negativa a iniciar o completar una orden realizada por otra

Capítulo 1. Justificación teórica

persona en un plazo determinado de tiempo (5 a 20 segundos). Esta orden puede hacerse en el sentido de "hacer" o en el sentido de "no hacer". Esta definición no comprende otras situaciones que son también consideradas como desobedientes por los padres. Por ejemplo si establecen como norma el recoger los juguetes, los padres suelen entender que se produce una conducta desobediente si no se cumple dicha norma aun cuando no se lo indiquen cada vez que termina de jugar. Los episodios de desobediencia pueden formar parte de un desarrollo "normal" del niño en ciertas edades. Hay autores, Achenback y Edelbrock (1981) que encuentran que a la edad de 5 a 6 años un 50% de padres se quejaban de conductas de desobedecer órdenes o destruir objetos, bajando el porcentaje del 20% a los 16 años. Para establecer el punto de corte entre la normalidad y la patología deben tenerse en cuenta la frecuencia de estas conductas y su gravedad.

El niño con rabietas. Las rabietas son expresiones reactivas con las que algunos niños muestran su desacuerdo o enfado ante alguna situación concreta y normalmente durante la interacción con algún adulto significativo. Alrededor de los dos o tres años las rabietas son un fenómeno normal y deberían ir remitiendo a medida que el niño se hace mayor para desaparecer completamente hacia los cinco o seis años de edad. Sin embargo, algunos niños, ya con cierta edad, saben que tener rabietas supone una forma rápida y eficaz para alcanzar sus deseos o caprichos. Los padres saben que satisfaciendo al niño, éste se calma rápidamente y se evita el bochorno de la pataleta, especialmente si se produce en algún lugar público. Este tipo de actuación consigue mantener el problema. Es importante diferenciar si las rabietas se presentan como hechos aislados de reivindicación de privilegios, o forman parte de un cuadro comportamental más extenso.

El niño negativista. Es el niño que muestra una oposición activa pero no agresiva, diciendo siempre que no ante las órdenes. Probablemente el negativismo sea una forma segura de llamar y mantener la atención de los otros sobre uno mismo. Una de las

posibles causas de tal comportamiento, reside en el hecho de que el niño ha aprendido a que negándose a colaborar o a obedecer órdenes puede evitar la realización de tareas que no son de su agrado. El niño se da cuenta de que sólo se trata de ser más perseverante en su negativismo que los mayores. Al igual que sucede con el niño con rabietas, el resultado de su conducta no hace más que reforzar dicho comportamiento, aumentando su probabilidad de ocurrencia y por tanto la cronificación del problema.

Barkley(1977) describe tres categorías de comportamiento desobediente. Primero, los niños que no inician las órdenes solicitadas por un adulto dentro de un período razonable de tiempo después de estar presentada la orden. Segundo, los niños que sí responden bien a la petición pero luego no la mantienen. Tercera, los niños que fracasan en seguir las reglas de conducta previamente enseñadas.

Los comportamientos perturbadores también se pueden clasificar sobre la base de la dimensión del grado de cumplimiento y de la conflictividad. El grado de cumplimiento va de un continuo desde el cumplimiento, es decir, cumpliendo lo que se le ordena, pasando por diversas situaciones intermedias, hasta el incumplimiento. Así, ante la orden de la madre de recoger los juguetes, el niño puede recogerlos satisfactoriamente (cumplimiento), puede recoger los muñecos, pero dejar los coches tirados por el suelo (incumplimiento parcial), puede no hacer absolutamente nada y que el suelo continúe lleno de juguetes (incumplimiento total).

Otra modalidad de incumplimiento es la demora en la acción, el niño puede realizar lo que se le pide de forma inmediata o en breve plazo de tiempo (cumplimiento), puede retrasarse (incumplimiento parcial) o puede ignorar la orden (incumplimiento total). Si la latencia de respuesta es muy grande los padres suelen considerarlo incumplimiento total, por ejemplo, a menudo se quejan de la tensión que experimentan cuando pasa el

Capítulo 1. Justificación teórica

tiempo y sigue sin recoger, y no les satisface que su hijo los recoja al final del día en vez de haberlo efectuado antes de bajar al parque.

El grado de conflictividad es la otra dimensión que influye a la hora de catalogar los comportamientos perturbadores. El niño no desobedece órdenes reforzantes, sino que incumple las órdenes que funcionan como estímulos negativos por resultar aversivas, ya sea porque son pesadas o porque implica dejar de hacer una actividad agradable. Ante una orden desagradable el niño ensaya respuestas de escape activo, emitiendo a su vez estimulación aversiva, que genera una escalada de intercambios negativos hasta conseguir que ceda la figura de autoridad.

Combinando ambas dimensiones, incumplimiento y conflictividad, se obtienen cuatro categorías de comportamiento, una prosocial y tres socialmente perturbadoras (Tabla 2).

Tabla 2. Tipos de comportamiento perturbador sobre la base de dos dimensiones: a) grado de incumplimiento, b) grado de conflictividad

NO CONFLICTIVO	
<i>“Sordo”</i>	+ Responsable
INCUMPLIMIENTO	CUMPLIMIENTO
-	+ Discutidor
<i>Retador</i>	- Discutidor
CONFLICTIVO	

1. *El niño responsable.*

Cuando el proceso de socialización se lleva a cabo con éxito, se produce un traspaso de responsabilidades de los padres al adolescente, que cumple sus obligaciones en casa, en el instituto y en otros contextos, etc. Los comportamientos perturbadores son cada vez más aislados y carecen de significación clínica y el joven presenta

conductas prosociales (ayudar, colaborar) junto a relaciones gratificantes entre padres e hijos, basados mayoritariamente en el reforzamiento positivo recíproco.

2. *El niño discutidor*

El cumplimiento del hijo va asociado a cierto grado de comportamiento conflictivo. El reforzamiento positivo por cumplir la orden predomina sobre el débil castigo que supone la emisión de conductas no deseadas. El tratamiento de elección es la extinción. El padre debe ignorar las quejas del hijo.

3. *El niño “sordo”*

El incumplimiento no se acompaña de otras conductas problemáticas. El hijo se limita a ignorar las órdenes que recibe, de modo que el comportamiento de los padres no va seguido de reforzamiento, aunque tampoco de castigo. El balance de contingencias paterno es, por tanto, nulo. El tratamiento de elección es el manejo diferencial de contingencias, esto es, modalidades de reforzamiento positivo, como economía de fichas, para el cumplimiento, y de castigo, como coste de respuesta, para el incumplimiento.

4. *El niño retador*

El hijo incumple las órdenes, y manifiesta comportamientos negativistas que suponen un desafío a la autoridad, como discutir, oponerse, agredir, infringir normas fundamentales, etc. Las contingencias para los padres son doblemente negativas, ya que al malestar producido por el incumplimiento se añade el provocado por otras conductas perturbadoras graves.

Esta clase de comportamiento perturbador es la más seria y requiere un tratamiento familiar, con entrenamiento en habilidades parentales para padres, de autocontrol para el hijo y de entrenamiento en comunicación, negociación y resolución de conflictos para mejorar la relación entre padres e hijo.

Capítulo 1. Justificación teórica

Como se ha comentado anteriormente, no resulta extraño encontrar conductas desafiantes o de oposición a lo largo de un ciclo evolutivo “normal” de cualquier niño. En la mayoría de los casos, si no existen factores de riesgo añadidos, la propia educación de los padres y demás agentes socializadores (escuela, etc.) suelen reconducir estas manifestaciones hacia conductas normalizadas. Sin embargo, hay un grupo de niños en los que esta conducta es perseverante en el tiempo y presenta una magnitud o forma que no se corresponde con lo esperado por su edad o cultura. Es, entonces, cuando podemos estar delante de un trastorno clínico.

La conducta de oposición puede tomar diferentes formas, desde la pasividad extrema (mostrándose pasivo o inactivo) a sus formas más extremas, es decir, verbalizaciones negativas, insultos, hostilidad o resistencia física con agresividad hacia las figuras de autoridad, ya sean los propios padres, maestros o educadores.

La conducta desafiante y de oposición de inicio temprano suele ser persistente y puede ir asociado a diferentes tipos de patología infantil y adolescente. En la adolescencia y posterior vida adulta, el niño con antecedentes negativistas u opositoristas es un claro candidato a desarrollar un trastorno de la personalidad antisocial si no conseguimos regular antes estas manifestaciones.

Según Barkley (1.997), “la presencia de conducta desafiante por oposición, o agresión social, en niños es la más estable de las psicopatologías infantiles a lo largo del desarrollo y constituye el elemento predictor más significativo de un amplio conjunto de riesgos académicos y sociales negativos que el resto de las otras formas de comportamiento infantil desviado.”

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5 agrupa en el apartado de Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia los

trastornos que surgen en esta edad (aunque no necesariamente se diagnostiquen durante la infancia o adolescencia).

Están incluidos:

- Trastorno negativista desafiante.
- Trastorno disocial.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad o sin ella.
- Trastorno de comportamiento perturbador no especificado.

1.2.2.1. Trastorno negativista desafiante (TND)

El trastorno negativista desafiante o también denominado "trastorno de las ansias de libertad" es una categoría nosológica incluida en el *Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-IV)* de la American Psychiatric Association, donde es descrito como un patrón continuo de comportamiento desobediente, hostil y desafiante hacia las figuras de autoridad, el cual va más allá de la conducta infantil normal.

DSM-IV: 313.81 Trastorno negativista desafiante

CIE-10: F91.3 Trastorno oposicional desafiante

Criterios diagnósticos

Nota: Considérese cumplido un criterio sólo si el comportamiento ocurre más frecuentemente de lo que es típico para individuos de una edad y nivel de desarrollo comparables.

1. Un patrón de conducta negativista, hostil y desafiante que ha durado al menos seis meses, durante los cuales cuatro o más de los siguientes están presentes:
 1. Pierde los estribos con frecuencia.
 2. Discute con adultos frecuentemente.
 3. Desafía activamente o rehúsa acatar las peticiones o reglas de los adultos, con frecuencia.

Capítulo 1. Justificación teórica

4. A menudo deliberadamente irrita a los demás.
 5. A menudo culpa a otros de sus errores o mala conducta.
 6. Con frecuencia aparece enojado y resentido.
 7. Con frecuencia se muestra rencoroso o vengativo.
2. La alteración en la conducta causa un impedimento clínicamente significativo en su funcionamiento social, académico u ocupacional.
 3. Las conductas no ocurren exclusivamente durante el curso de un trastorno psicótico o del estado de ánimo.
 4. No se cumplen los criterios para trastorno disocial y, si el individuo tiene 18 años o más, los criterios no se cumplen para el trastorno de personalidad antisocial.

Si el niño o niña cumple al menos cuatro de los anteriores criterios, y estos interfieren con su vida normal, entonces técnicamente cumple con la definición.

Prevalencia

El DSM-IV cita una prevalencia de entre 2 y 16% para el TND.

Pronóstico

El trastorno negativista desafiante está asociado con el trastorno disocial. Sin tratamiento, alrededor de 52% de los niños con TND continúa cumpliendo con los criterios y alrededor de la mitad de ese 52% llegarán hacia un trastorno disocial. Es posible que se presenten otros trastornos en situaciones de comorbilidad con el Trastorno Negativista Desafiante, siendo el más frecuente el TDAH. Se conoce que más de un 30% de los niños con TDAH van a desarrollar Trastorno Negativista Desafiante. Por ello es importante no descartar que los pacientes que acudan por primera vez a consulta tengan TDAH cuando el motivo de consulta es oposiciónismo o conductas desafiantes.

Debido a las dificultades que provoca el Trastorno Negativista Desafiante en la convivencia y para relacionarse puede hacer que sólo se centre en este problema y que se obvие preguntar por síntomas de TDAH.

Modelos explicativos

El TOD es moldeado y mantenido por la naturaleza de los intercambios recíprocos entre padres-hijos y otras figuras de autoridad. Hay características de los niños (irritables, impulsivos, reacciones emocionales extremas) y de los padres (inmadurez, falta de experiencia en la educación de los hijos, hostilidad, labilidad emocional) que desarrollan y mantienen el TOD.

Los dos trastornos se distinguen en:

- El grado de incumplimiento. Mientras en el TND se ponen a prueba los límites de conducta establecidos, ignorando o discutiendo las órdenes de los padres, en el TD se transgreden importantes normas familiares, escolares, sociales y legales.
- El grado de conflictividad. En el TND las agresiones suelen ser verbales y no físicas como en el TD.
- La persistencia mínima de las conductas problemáticas. Seis y doce meses para el diagnóstico del TND y del TD respectivamente.
- El contexto donde se manifiestan. Generalmente el TND afecta al ámbito familiar, mientras que el TD suele abarcar otras áreas (escolar, social, legal).

Estas diferencias indican que el *trastorno disocial* es más grave que el *trastorno negativista desafiante*. Algunos autores cuestionan la postura de la *American Psychiatric Association* de distinguir dos trastornos, en vez de considerar dos formas de un único trastorno del comportamiento perturbador (Frick et al., 1993; Russo, Loeber, Lahey y Keenan, 1994), una manifestación leve que se inicia en la infancia (TND), de la

Capítulo 1. Justificación teórica

que una proporción significativa evoluciona hacia una modalidad más seria en la (pre)adolescencia (TD).

1.2.2.2. Trastorno disocial (TD)

El Trastorno Disocial se refiere a la presencia recurrente de conductas distorsionadas, destructivas y de carácter negativo, además de transgresoras de las normas sociales, en el comportamiento del individuo. Este trastorno supone un problema clínico importante por sus características intrínsecas - implica un desajuste social-, sus posibles consecuencias - una parte importante de los niños/as que lo padecen mostrará algún tipo de desajuste en la edad adulta- y por su frecuencia - es el más comúnmente diagnosticado.

El rasgo principal del Trastorno disocial es, según el DSM-IV, "un patrón de conducta persistente en el que se transgreden los derechos básicos de los demás y las principales normas sociales propias de la edad". El trastorno causa además un deterioro del funcionamiento a nivel social, académico y/u ocupacional clínicamente significativo. En los niños/as diagnosticados con este trastorno: frecuentemente intimidan o acosan a otros, suelen iniciar peleas físicas, han usado algún arma que puede causar un daño físico a otros, han sido crueles físicamente con animales o con personas, han afrontado y robado a una víctima, han causado fuegos con la intención de causar un daño serio, frecuentemente mienten para conseguir favores o evitar obligaciones, huyen del hogar durante la noche mientras están viviendo en el hogar familiar.

La simple aparición de estas conductas no es, sin embargo, criterio suficiente para la emisión del diagnóstico, ha de existir un deterioro significativo en el ajuste del individuo, y se ha de considerar el entorno en el que se dan estas conductas. Existen

ciertos ámbitos, como el carcelario, las guerras, las pandillas juveniles, etc., en los que estos patrones inadaptados de conducta social, son la respuesta "normal" y por tanto resultan admitidos e incluso valorados por el colectivo.

El afán objetivista de las clasificaciones psiquiátricas unido a la variedad de matices que pueden encontrarse en el Trastorno de Conducta, han ocasionado el establecimiento de distintas clasificaciones de éste. Así, el DSM-IV distingue, según criterios de edad, entre:

- *Inicio en la Infancia*: la aparición de algunos de los criterios propios del Trastorno de Conducta es anterior a los 10 años.
- *Inicio en la Adolescencia*: la aparición de los criterios del Trastorno de Conducta es posterior a los 10 años.

Si bien, la utilidad de esta distinción no está clara, se sabe que existe un peor pronóstico para los trastornos de inicio temprano.

Por su parte, la CIE-10 hace una clasificación del Trastorno de Conducta según factores contextuales y de socialización, estableciendo:

- *Trastorno Disocial limitado al Contexto Familiar*: en él las conductas del niño/a presentan un adecuado ajuste con las personas y situaciones externas al medio familiar, y sin embargo desajustado en lo referente a la familia. Las manifestaciones más comunes son robos en el hogar, actos destructivos y acciones violentas contra miembros de la familia.
- *Trastorno Disocial en niños/as no socializados*: las conductas propias del Trastorno de Conducta se ven acompañadas por una falta de integración efectiva, fruto de la carencia de habilidades para el establecimiento de relaciones adecuadas con los compañeros/as, de manera que el niño/a se sentirá frecuentemente aislado,

Capítulo 1. Justificación teórica

rechazado, será impopular y no disfrutará de relaciones afectivas recíprocas y sinceras.

- *Trastorno Disocial en niños/as socializados*: el individuo presenta un grado de integración adecuado al menos con algunos compañeros de la misma edad. Esto no implica que para establecer este diagnóstico, el trastorno deba obligatoriamente presentarse cuando el individuo forma parte de un grupo, es independiente. El matiz en este subtipo, recae sobre la idea de que el niño/a posee las habilidades necesarias para establecer interacciones valiosas.

1.2.2.3. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un síndrome conductual. Se trata de un trastorno del comportamiento caracterizado por distracción moderada a grave, periodos de atención breve, inquietud motora, inestabilidad emocional y conductas impulsivas.

El TDAH es el trastorno del desarrollo neurológico diagnosticado con mayor frecuencia en los niños, de inicio siempre en la infancia, que persiste hasta la edad adulta en un elevado porcentaje de casos y suele ocasionar un impacto muy negativo sobre múltiples áreas de funcionamiento. Tiene una respuesta muy alta al tratamiento, aunque se acompaña de tasas elevadas de comorbilidad psiquiátrica. Según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV): «Habitualmente, los síntomas empeoran en las situaciones que exigen una atención o un esfuerzo mental sostenidos o que carecen de atractivo o novedad intrínsecos (p. ej., escuchar al maestro en clase, hacer los deberes, escuchar o leer textos largos que no son de sus gustos, o trabajar en tareas monótonas o repetitivas)».

Clasificación

Se consideran 3 tipos de TDAH: predominantemente hiperactivo/impulsivo, predominantemente inatento y combinado.

Los rasgos principales del TDAH son, por una parte, la dificultad para sostener la concentración (*déficit de atención*), sobre todo en circunstancias que ofrecen baja estimulación y, por otra, la falta de inhibición o control cognitivo sobre los impulsos, frecuentemente asociadas con inquietud motora (*hiperactividad-impulsividad*). Estos dos conjuntos de signos pueden aparecer por separado o combinados.

En ese sentido, se reconocen tres subtipos de TDAH:

- Con predominio de déficit de atención (Código CIE-10: F98.8)
- Con predominio de conducta Hiperactiva-Impulsiva (Código CIE-10: F90.0)
- Tipo combinado, donde los dos trastornos anteriores se dan a la vez. (Código CIE-10: F90.0)

Los criterios DSM-IV fijan estándares no clínicos (sino estadísticos y meramente descriptivos de comportamientos) para establecer el diagnóstico del TDAH y de cada subtipo, de acuerdo a la presencia o no de una serie de síntomas (que no son otra cosa que, como hemos dicho, una descripción de comportamientos; es decir, una tautología: es inquieto porque padece TDAH, y padece TDAH porque es inquieto) y a su grado de intensidad. El subtipo más común es el que combina los trastornos de la atención con hiperactividad e impulsividad (60 %). Los subtipos puros son menos frecuentes (déficits de atención, 30 %; hiperactividad e impulsividad, 10 %). Por el momento, "no hay pruebas de laboratorio que hayan sido establecidas como diagnósticas en la evaluación clínica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad".

En el DSM-V (2013) se introducen los siguientes cambios:

Capítulo 1. Justificación teórica

- Se amplía el rango de edad de los 7 a los 12 años para poder observar los síntomas y diagnosticar el trastorno.
- Permite diagnosticar el TDAH junto a los trastornos del espectro autista (TEA). Hasta ahora, los dos diagnósticos a la vez eran incompatibles.
- Se especifican situaciones para detectar el TDAH en la edad adulta.

Epidemiología

La prevalencia mundial estimada del TDAH en niños hasta los 18 años de edad es del 5,29 %. Se han demostrado diferencias entre diversas áreas geográficas, grupos culturales y niveles socioeconómicos. Representa entre el 20 % y el 40 % de las consultas en los servicios de psiquiatría infanto-juvenil. Los estudios de seguimiento a largo plazo han demostrado que entre el 60 y el 75 % de los niños con TDAH continúa presentando los síntomas durante la edad adulta.

La proporción entre niños y niñas con TDAH es de 4:1 y en los adultos de 1:1.

Etiología

Se han demostrado factores de origen hereditario en un 80 % de los casos. Diversos estudios demuestran que no hay una transmisión familiar del trastorno, a través de patrones educativos. En contraste, cabe destacar que la contribución estimada de factores no hereditarios a todos los casos de TDAH es de un 20 %. Para explicar esa minoría de casos, se ha propuesto la intervención de causas multifactoriales que suponen también factores genéticos, aunque en combinación con factores ambientales.

Modelos explicativos

Entre los múltiples modelos explicativos del TDAH, dentro del enfoque teórico cognitivo los más actuales son el de Russell Barkley y el de Thomas Brown.

Russell Barkley propone el modelo del *déficit en la inhibición conductual* en su libro *ADHD and the Nature of Self Control*, y se centra en la función

ejecutiva denominada inhibición de la respuesta. Este modelo se ajusta mejor a la sintomatología de los subtipos de TDAH predominantemente Hiperactivo y Combinado.

Por su parte, Brown considera que el TDAH es un trastorno del desarrollo que radica en una falta de coordinación conjunta de las funciones ejecutivas (más que poner el acento en una de ellas, como hace Barkley). Este modelo se centra más en la atención, por lo que se ajusta mejor a la descripción del TDAH subtipo Desatento.

Cuadro clínico

- Una sensación de no lograr los propósitos, de no alcanzar los objetivos.
- Dificultades para organizarse.
- Realización simultánea de diversas tareas, comenzando una sin haber finalizado la anterior.
- Tendencia a decir lo primero que pasa por la cabeza sin tener en cuenta la oportunidad o lo apropiado del comentario.
- Una búsqueda habitual de estímulos nuevos.
- Facilidad para distraerse, problemas para mantener la atención a lo largo del tiempo.
- A menudo es una persona creativa, con gran iniciativa.
- Problemas para desenvolverse a través de los cauces establecidos, siguiendo el procedimiento “adecuado”.
- Impaciencia; dificultad para esperar.
- Impulsividad verbal o en acción.
- Tendencia a preocuparse innecesariamente de forma interminable.
- Sensación de inseguridad.
- Cambios en el estado de ánimo y en las actitudes.
- Inquietud.

Capítulo 1. Justificación teórica

- Tendencia a caer en adicciones (aspecto muy discutido).
- Problemas crónicos de autoestima, relacionados con el rechazo del entorno.
- Historial familiar de TDA, enfermedad maníaco depresiva, depresión, abuso de sustancias u otros trastornos de control de los impulsos o del estado de ánimo.
- Irrespetar a la autoridad en el núcleo familiar.
- Mentir con regularidad.
- Manipular.
- Arranques de ira.
- Insomnio.

Psicopatología explicativa

1.3. Modelos explicativos de adquisición, desarrollo y mantenimiento de los problemas de conducta.

Según Fernández Y Olmedo (1999) y Díaz-Sabaja (2005) hay modelos psicológicos que destacan para explicar el origen de los trastornos del comportamiento perturbador.

El modelo de ciclo vital, se caracteriza por un patrón de conducta, denominado “patrón de inicio temprano”(Patterson, Capaldi y Bank,1991); “ patrón persistente en el ciclo vital”(Moffitt,1933); o “patrón de comienzo infantil” (Hinshaw, Lahy y Hart, 1933), que se caracteriza por conductas disruptivas en la infancia y que pronostica un funcionamiento desadaptado en diferentes áreas de la adolescencia y adultez.

Según Moffitt(1933), existen características individuales, tales como el temperamento, impulsividad y búsqueda de sensaciones, problemas de atención, bajo CI o escasa capacidad de planificación, que unidas a situaciones familiares adversas

pueden cronificar los problemas de conductas a lo largo de la vida y constituirían factores de riesgo para el patrón persistente descrito por la autora.

De acuerdo con este modelo de ciclo vital, la vulnerabilidad del niño descrita antes y un entorno de riesgo, con estilos de crianza inadecuados, vínculos familiares disruptivos, presencia de psicopatología parental y bajo nivel socioeconómico pueden combinarse y crear dificultades a lo largo del ciclo de la vida.

Podrían, entonces, ir apareciendo síntomas de un trastorno en etapas posteriores. Conductas habituales en la infancia como rabietas, que reflejan autonomía, se pueden ir convirtiendo en un patrón conductual útil para seguir buscando autonomía o frustración que interfiere en el desarrollo de habilidades prosociales, tales como negociar, compartir, comunicarse. En la etapa preescolar, el patrón antisocial nacido en el seno familiar inicia su desarrollo y se perpetúa en la etapa escolar con falta de autocontrol, dificultades sociales, discrepancia con los profesores y fracaso escolar. En la adolescencia, sucesos negativos pueden incrementar el riesgo de asociarse con grupo de iguales desviados en la etapa de enseñanza secundaria (Dishion, Patterson, Stoolmiller y Skinner, 1991), lo cual, unido al rechazo de sus iguales (Laird, Jordan, Dodge, Pettit y Bates, 2001) provocará un mantenimiento de esos problemas conductuales y una escalada de los mismos hacia una adolescencia y edad adulta.

El modelo de la conducta antisocial “limitada a la adolescencia” surgiría en la pubertad, a diferencia del modelo del “patrón persistente en el ciclo vital”, y está asociado al malestar experimentado en ese período. Estos niños tienen un temperamento similar a la media, relaciones familiares normales y no son rechazados por sus iguales (Moffitt y Caspi, 2001); por lo que el factor de riesgo sería la afiliación con grupos de iguales delincuentes. La mayoría desisten de esta conducta transgresora al finalizar este período vital, retornando gradualmente a un estilo de vida convencional, aunque un

Capítulo 1. Justificación teórica

grupo pequeño de adolescentes pueden ver comprometida su transición a la adultez por las consecuencias derivadas de esa desviación (drogadicción, abandono escolar, entre otros).

El modelo piramidal del desarrollo de Lahey y Loeber (1994) parten de la idea de que para comprender la conducta desadaptada hay que atender a la evolución. Ellos llaman “pirámide evolutiva” a la pirámide de desarrollo de los problemas de conducta. En ella las conductas negativistas están en la base y las disociales en la cúspide. Según el modelo, muchos niños presentan conductas oposicionistas, pero sólo algunos van a desarrollar el trastorno de conducta. Según van creciendo, unos niños dejarán de presentar esas conductas y otros las mantendrán hasta el punto de convertirse en conductas más extremas que cumplirán los criterios de un trastorno disocial. Para estos autores, la progresión evolutiva de un nivel de gravedad es acumulativa y la plantean como un continuo donde resulta complicado establecer límites claros entre las conductas.

Otros autores como Loeber y Hay(1997) y Loeber y Stouthamer-Loeber(1998) también explican el desarrollo de los comportamientos desadaptados desde la pirámide evolutiva, considerando los diferentes comportamientos antisociales dentro de la misma desviación a lo largo del tiempo, pero que sólo una minoría avanzaría hacia las formas más graves. Este modelo se mantiene por la edad de inicio de los trastornos de conducta. En la pirámide, las conductas de inicio temprano son las negativistas, entre los 4-6 años, que se solapan con el inicio de conductas disociales y al final aparecen las conductas más graves del trastorno disocial.

Loeber y Hay (1977) indicaron que la edad media en que aparecen los problemas leves es de siete años, la conducta moderada sobre los nueve años y medio y los problemas más graves sobre los doce años. Esto hace indicar que los problemas de

conducta aparecen de manera ordenada. Obedeciendo a un patrón de desarrollo desviado que se inicia con conductas disruptivas no delictivas (Caseras et al,2002).

El modelo de procesamiento de la información social de Dodge (1993) explica la agresión y el mantenimiento de los trastornos de conducta a través de las experiencias infantiles que interactúan en la memoria con las estructuras de conocimiento. Cuando el niño o adolescente se expone a un estímulo social, dichas estructuras de conocimiento organizan el proceso en esa situación. Si se procesa de manera inadecuada o sesgada, da lugar a una conducta desviada o agresiva. Cuando el niño está expuesto a modelos agresivos, apego inseguro o abuso físico, concebirá el mundo de manera hostil y responderá con agresión para conseguir sus metas (Fernández y Olmedo, 1999). Experiencias repetidas fortalecen las estructuras de conocimiento y generan trastornos de conducta, a no ser que otras experiencias pongan en duda esas estructuras.

El modelo “coercitivo” de interacción familiar de Patterson (1982), se basa en que en las secuencias de interacción familiar se establecen aprendizajes de conductas de desobediencia que pueden escalar hacia otras conductas de mayor amplitud. La secuencia de reforzamiento negativo suele ocurrir muchas veces al día, por lo que se va produciendo un aprendizaje progresivo en la relación padres e hijos. Por tanto, una intervención temprana para identificar las primeras secuencias conductuales coercitivas puede prevenir la escalada hacia un comportamiento agresivo.

El modelo de Lynam (1996) se basa en el patrón comórbido de problemas de conducta e hiperactividad. Este autor trata de identificar a los niños que pueden desarrollar conductas antisociales en la etapa adulta por presentar problemas de conducta en la infancia. Su investigación se centra en identificar a esta minoría de niños que persistirán en su conducta antisocial y, propone un alto riesgo en el niño hiperactivo y antisocial a desarrollar un trastorno antisocial y psicopatía. Propone un subtipo de

Capítulo 1. Justificación teórica

trastorno de la conducta perturbadora “psicopatía incipiente” a la concurrencia de la hiperactividad y los problemas de conducta.

El modelo ecológico de Frías- Armenta(2003) está basado en el modelo de Bronfenbrenner (1987) y dice que los trastornos de la conducta vienen explicados directamente en un 56% por el microsistema (familia) e indirectamente por el exosistema (escuela, vecindario,..) y el macrosistema (cultura, creencias, estilos de vida, normas sociales y costumbres).

1.4. Causas de la desobediencia

Conforme el hijo va creciendo y va alcanzando autonomía va comprometiendo a sus padres en los límites que le ponen. Es como si el conflicto fuera el único camino para ganar la independencia.

El hijo pasa por diferentes etapas de desarrollo y crecimiento, necesario para su evolución como persona. Y estos cambios generan de manera necesaria conflictos en la dinámica familiar. El nivel de conflicto y su resolución va a depender de la intervención que hagan los padres y adultos en general ante las conductas de desobediencia, de reclamo de atención y de rebeldía.

Es sobre el año y medio cuando surge una etapa caracterizada por el negativismo y la terquedad que se conoce como “primera edad rebelde”, “primer período tempestuoso” y hasta la “primera pubertad”, por lo conflictiva que les resulta a los padres. En esta etapa, es cuando el hijo está fortaleciendo su “yo infantil” y es por medio del negativismo a las órdenes y leyes del padre donde el hijo afianza su personalidad. Es cuando comienza a no oír o a no comprender las órdenes instauradas anteriormente con éxito, empieza a quejarse para acostarse, quiere resistirse para comer,... Esta etapa, con su nuevo compañero inseparable “no, no quiero”, no es más que una característica del

desarrollo psicológico normal del hijo. Porque no, no significa no al padre, sino que es una respuesta común ante el desarrollo de la personalidad del hijo y, por tanto, debe ser bien interpretada por los padres para evitar que esas pequeñas protestas afecten a la vida cotidiana de la familia. Esta etapa que dura hasta los 6 años donde el hijo va siendo más realista y entiende que hay otras maneras de pedir las cosas y no tiene que recurrir al negativismo como método. Otro segundo momento de rebeldía en el hijo es sobre los 10 años y se debe principalmente por su nuevo foco de interés al grupo y por su espíritu crítico. La tercera y última etapa, denominada la “gran rebeldía” llega sobre los 12 años y dura hasta los 16 años. Es la etapa de la adolescencia, caracterizada por un desarrollo cognitivo similar al adulto pero sin las respuestas que sólo se consiguen con la experiencia. Esta etapa genera luchas de poder entre padres e hijos, donde ambos quieren controlar la situación y el que lo consigue pronto se verá enfrentado con el que lo quiere recuperar.

Volviendo a la primera etapa, de rebeldía, de terquedad y negativismo de la primera infancia el conflicto está asegurado ya que surge de la necesidad del hijo de hacer su voluntad y la necesidad del padre de poner límites y orden a la independencia del hijo. Pero la tozudez no es sinónimo de maldad, sino que está relacionada con independencia manifiesta con rebeldía y la clave está en que el padre pueda dominar la situación, conservando la calma pero no cediendo al ataque. Si consiguiera sus caprichos, el padre tiene que tener claro que volverá a recurrir a ella en cuanto vuelva a tener la necesidad.

A veces, sin embargo, estos conflictos normales son más frecuentes que conflictos ocasionales y son un patrón en la forma de interactuar padres e hijos. Ya sea por temperamento o el estilo paterno, o por estrés familiar, el hijo se va instalando en la desobediencia y surgen problemas de conducta, ya sea para comer, para dormir, para recoger los juguetes, para hacer los deberes.

Capítulo 1. Justificación teórica

Sucede que un niño, que hasta entonces no se había mostrado más rebelde de lo normal para su edad, aumenta su negativismo y terquedad hasta hacerse verdaderamente molesto para los padres, los cuales reaccionan aumentando los castigos y las reprimendas, que no hacen más que incrementar aún más la conducta negativa del hijo.

Según Patterson (1980), hay un proceso recíproco entre padres e hijos que inicia y mantiene la desobediencia. El hijo aprende a desafiar al padre con su conducta y a degradar la capacidad del padre para fijar y mantener los límites, reforzándose el comportamiento desafiante del hijo. Entonces se produce una escalada negativa a la desobediencia. El hijo ha aprendido a montar en cólera o simplemente insistir lo suficiente para que el padre se desespere y consiga lo que quiera. La mayoría de las veces se iniciará un límite sano del padre ante la demanda del hijo pero al no conseguir calmar la demanda, el padre cederá porque ambos han aprendido a reforzarse como estrategia, uno se calma y el otro se alivia.

Un ejemplo claro sería el siguiente. El hijo llora porque quiere ver la televisión. El padre dice que no y el hijo llora más. Al final el padre CEDE para ver la tele, el hijo CESA de llorar y el padre se ALIVIA al dejar de llorar.

NEGATIVA – LLORO – CEDES – ME CALLO – TE ALIVIAS

La próxima vez ocurrirá la misma situación y si el hijo lo tiene difícil escalará hacia la desobediencia para conseguir lo que quiere. La actuación del padre va a ser decisiva para que el hijo adopte un comportamiento adecuado o inadecuado.

La desobediencia, las rabietas, el negativismo y la oposición son muy habituales en la infancia y pueden resultar muy perturbadores para los padres dado que suelen suponer un desafío a su autoridad y control, llegándose a establecer un vínculo relacional coercitivo con los hijos. Estos problemas van incrementándose en magnitud, frecuencia y la edad de inicio es cada vez es más temprana. El conocido Síndrome del

Emperador describe aquellos niños que se constituyen como verdaderos tiranos en su relación con los padres. Son exigentes, intolerantes y pueden llegar hasta la agresión si se les contraría en sus demandas. Son niños que no admiten el no, alegando, a factores genéticos, o a la educación recibida la incapacidad de sentir las emociones.

Según Javier Urrea, "si tienes un niño pequeño que hace lo que quiere, que piensa que todos a su alrededor son unos satélites, que a los dos años no ayuda a recoger los juguetes, que jamás se pone en el lugar del otro, aprende que la vida es así y la madre es una bayeta que sirve para ir detrás de él. Si eso no se frena, cuando tenga 16 ó 17 años se desborda: exige mucho dinero y cuando la madre un día le dice no, no lo tolera. Lleva 17 años oyendo que sí a todo. ¿Cómo que no?, dice. Entonces la empuja contra la pared, le tira la comida a la cara, la amenaza".

Muchos padres explican los problemas de conducta por la genética, porque han nacido así. Todo ello parece denotar la sensación de impotencia para controlar la conducta por parte de los padres, situando el origen del problema en factores externos a ellos mismos. Lo que ignoran es que, habitualmente, conductas como la desobediencia están fuertemente controladas por varias variables de las que no son ajenos los propios padres. Hay factores externos e internos implicados en la génesis y mantenimiento de la desobediencia.

Las causas internas, como el temperamento, es una variable orgánica que no protege de posibles interacciones negativas y de conductas desadaptadas. El temperamento es un factor muy relevante. A pesar de que la personalidad del bebé no presenta todavía muchos de los componentes que son evidentes más tarde, como creencias y actitudes, sí está presente en forma de expresividad emotiva y de sus reacciones ante la estimulación del entorno. Ante una misma actividad o juego un bebé puede reaccionar gritando de alegría mientras otro reacciona de forma más tranquila o

Capítulo 1. Justificación teórica

incluso llorando. En la base de estas diferencias individuales estaría el temperamento particular que conforma la personalidad temprana del bebé.

Algunos estudios, como el NYLS (Thomas et al., 1.968), catalogaron a algunos niños de su estudio, relativa a la primera infancia, como "difíciles", presentando este grupo mayor número de problemas-conducta que otros niños clasificados en otras categorías.

Respecto a la influencia de factores genéticos, destacar que algunos estudios en hijos adoptivos y gemelos han concluido que el riesgo de desarrollar un trastorno de conducta aumenta en la descendencia de padres con historia previa de trastorno disocial de la personalidad. Se habla también de una vulnerabilidad cromosómica ya que se ha relacionado la conducta violenta con anomalías cromosómicas XYY y XXY, pero no todos los individuos con estas alteraciones presentaban dichas conductas.

Por otra parte, su mayor prevalencia en el grupo masculino, hizo pensar a muchos investigadores su posible relación con los niveles de testosterona. Si bien existe esa relación, no ha podido establecerse en niños prepúberes.

A nivel neurológico parece que se da un déficit serotoninérgico y noradrenérgico lo que se traduce en una respuesta psicológica deficiente a los estímulos aversivos y, por tanto, una disminución de la habilidad para aprender a impedir la agresividad.

Las causas externas como las condiciones ambientales, tales como el nivel socio-económico, el entorno social y el nivel cultural; y las condiciones familiares, como los modelos parentales, estilos educativos paternos, el estado emocional de los padres y los vínculos afectivos, influyen, junto con el aprendizaje y las experiencias vitales a determinados tipos de conductas que serán reforzadas positiva o negativamente y establecerán una interacción entre padres e hijos.

Cada niño es diferente y sus necesidades de atención por parte de los padres pueden variar de unos a otros, es por ello que no pueden establecerse pautas generales para todos. Sin embargo, la aparición de conductas problemáticas es un síntoma inequívoco para que los padres sean más sensibles hacia las posibles demandas afectivas que reclama el niño y no se satisfacen de manera adecuada.

Las habilidades parentales a nivel de comunicación, de control o forma de solucionar problemas ejercen un peso específico a la hora del mantenimiento de la desobediencia. La poca disponibilidad de tiempo por parte de los padres influye negativamente en el establecimiento de un buen vínculo afectivo. Las jornadas de trabajo puede repercutir negativamente tanto en la cantidad como en la calidad de la interacción padres-hijos, tan necesaria a lo largo de todo el desarrollo del niño. Un escaso tiempo de dedicación determina en algunos niños la aparición de conductas no adecuadas, de desobediencia o incluso somáticas.

Los estilos educativos de los padres también son un factor clave en las conductas desobedientes de los niños. Los padres que combinan el afecto emocional alto hacia los hijos, pero también su control, son los que obtienen los mejores resultados en cuanto al funcionamiento afectivo e intelectual de sus hijos con un mínimo de problemas de conducta. Este estilo educativo se caracteriza porque el niño se siente amado y aceptado, pero también comprende la necesidad de las reglas de conducta y las opiniones o creencias que sus padres consideran que han de seguirse. La falta de equilibrio entre afecto y límites puede hacer que las demandas aumenten y la percepción del niño será de que tiene el control sobre el padre y que sus solicitudes son derechos reales a los que no tiene por qué renunciar. Si los modelos, por el contrario, están basados en una autoridad inflexible o excesivamente permisiva, han demostrado ser

Capítulo 1. Justificación teórica

menos adecuados y eficientes en el establecimiento de vínculos afectivos adecuados, así como en la aparición de conductas disruptivas.

Hay otros factores, externos al propio niño, que ejercen una influencia sobre su conducta, tales como los vínculos emocionales en la familia; el ajuste emocional y social de los padres; y el nivel cultural y económico de la familia. Los lazos afectivos bien establecidos a edades tempranas son fundamentales para la estabilidad del niño y para prevenir posibles conductas disruptivas. Es muy frecuente la aparición de conductas agresivas y de falta de empatía hacia los otros, en el caso de adolescentes privados de una adecuada vinculación afectiva con sus progenitores, ya sea por muerte, separación física, negligencia, malos tratos, entre otras causas. Muchas de estas conductas son consecuencia de la llamada de atención por parte del niño a los padres que quizás de otra forma no le prestan.

Con respecto al ajuste emocional y social de los padres, existe una correlación entre madres deprimidas y trastornos de conducta en los hijos. Para una buena progresión emocional-conductual del niño, es muy positivo que los padres, no tanto no tengan trastornos emocionales, sino que el niño no los perciba de forma angustiada. Esto puede resultar difícil en caso de situaciones de maltrato o separaciones traumáticas.

Es evidente que un nivel cultural muy bajo unido a una situación de precariedad laboral y económica es un sustrato muy fuerte para generar conductas no deseadas y que pueden desembocar en la delincuencia. Sin embargo, queda constatado que los problemas de conducta se dan en todas las clases sociales, con la aparición de conductas delictivas e incluso criminales en sectores de población joven de clase acomodada.

Una de las variables más importantes son las consecuencias que tiene para el niño la ejecución de una determinada conducta. Patterson (1982; 1986) desarrolló la "teoría de coerción" y que explica que algunas conductas como el llorar, gritar, patear,

etc., son conductas instintivas en el recién nacido. En esta primera etapa dichas conductas tendrían un valor de supervivencia, ya que el bebé puede controlar la conducta de su madre en vistas a poder satisfacer sus necesidades más vitales, como comer. De esta forma, si llora, la madre acudirá. Cuando va creciendo, el niño va sustituyendo estas conductas rudimentarias por nuevas habilidades de comunicación, por ejemplo, pedir verbalmente. Sin embargo, en determinadas circunstancias, los padres pueden favorecer que el niño siga utilizando las estrategias rudimentarias de la primera infancia (rabieta, gritos, lloros...) como forma para controlar el comportamiento de la madre, en lugar de utilizar conductas más adecuadas. Los padres sólo parecen reaccionar y atenderle cuando el niño expresa su demanda en forma de rabieta o pataleta, momento en el que la madre acude, presta y normalmente cede ante sus exigencias. Atender rápidamente sólo a este tipo de conducta hace que estas conductas coercitivas de control, por parte del niño, se mantengan y perpetúen.

Con frecuencia, se dedica más atención a las conductas inadecuadas de un hijo que a sus conductas adecuadas. En la base de todo ello está el hecho de que suele esperarse que el niño debe portarse bien siempre y que, por tanto, no debe ser halagado o premiado por ello. El niño puede realizar a lo largo del día muchas conductas correctas pero no recibe a cambio ninguna atención especial por parte de los padres. Por el contrario, dado que un padre no debe consentir que su hijo sea desobediente o se porte de forma incorrecta, es rápidamente advertido o castigado. El niño se da cuenta que con este tipo de comportamiento suele atraer la atención de su padre, a pesar de que es para regañarle y quizás sea la única forma que conozca de conseguir que le preste algo de atención.

Con respecto al Trastorno Negativista Desafiante (TND), y como ocurre en la mayoría de los trastornos clínicos, no existe una etiología y causas claras que expliquen

Capítulo 1. Justificación teórica

el trastorno. Parece razonable pensar, y así lo demuestran algunos estudios, que podrían estar implicados diversos factores. Entre ellos destacan los que sitúan el peso en la naturaleza de los primeros intercambios recíprocos que se producen entre el niño y los adultos significativos de su entorno, en especial, los padres y otras figuras con autoridad (maestros, etc.). De esta forma, cuando los niños actúan de forma desafiante, oposicionista, negativista o agresiva hacia sus padres, dicha conducta puede suponer consecuencias positivas inmediatas para las partes. Por un lado, terminan las demandas y la coacción (hacia los padres) y supone la obtención de algo deseado por el niño. El resultado es que estas conductas se fortalecen y entran en una escalada de frecuencia y magnitud en su ocurrencia.

Respecto a las variables de los padres, la inmadurez, la falta de experiencia con respecto a la educación o unos modelos coercitivos y violentos suelen estar presentes en las familias de estos niños. También se señalan, los conflictos maritales (en especial si hay malos tratos), la labilidad emocional, la depresión materna y presencia de psicopatología parental.

Otro factor de riesgo relevante en los trastornos negativistas, oposicionistas y agresivos, en general, es el del abandono del niño en la primera infancia por parte de los padres. El apego no establecido en las primeras etapas del desarrollo constituye un elemento desestabilizador del temperamento infantil incipiente. Ello unido a una vulnerabilidad genética (historia de enfermedad mental en la familia biológica) podría explicar gran parte de la sintomatología.

Así, pues, las familias desestructuradas que viven en entornos empobrecidos y de marginación social suponen un riesgo añadido para los niños que viven en ellos, si bien, el trastorno puede darse en cualquier estrato social.

1.5. Factores individuales, parentales y familiares de los problemas de conducta infantil

El riesgo de presentar comportamientos perturbadores se relaciona directamente con el grado de inadecuación de las relaciones padres-hijo, que a su vez depende de la interacción entre la *predisposición* del niño y los déficit de los padres en pautas de crianza y educación. Junto a la predisposición individual intervienen las *experiencias tempranas de aprendizaje*. Patterson, Littman y Bricker (1967) comprobaron que las agresiones de niños de guardería aumentaban cuando iban seguidas de consecuencias positivas. Los agresores elegían a sus víctimas entre los niños que se mostraban pasivos. Sin embargo, si alguno respondía a la agresión entonces cesaban los ataques o cambiaban de víctima.

Por otro lado, se hallan el déficit parental, ya sean de supervisión, de mando o del manejo de contingencias. En primer lugar, la cantidad de tiempo que el hijo permanece sin supervisión de los padres correlaciona positivamente con la conducta antisocial. Las familias que acuden a tratamiento por este motivo admiten desconocer dónde se encuentra su hijo, con quién está, qué hace o cuándo regresará a casa (Patterson, Reid y Dishion, 1992). En segundo lugar, se ha comprobado con muestras clínicas que los padres dan más órdenes y que ordenan de forma airada, humillante o recriminadora (Forehand, King, Peed y Yoder, 1975). Esta pauta de ejercitar la autoridad se asocia con comportamientos perturbadores (Griest, Forehand, Wells y McMahon, 1980). En tercer lugar, los padres ignoran las conductas obedientes y prosociales en vez de reforzarlas, reprenden y castigan los comportamientos perturbadores leves en vez de extinguirlos, dejan sin sancionar o aplican castigo físico a los incumplimientos y agresiones (Patterson et al., 1992).

Capítulo 1. Justificación teórica

Las características del hijo y de los padres se influyen mutuamente dando lugar a *procesos de reforzamiento negativo recíproco y de modelado negativo*, que conducen a una escalada de la conducta perturbadora. Así, un padre con baja tolerancia a la frustración pega a su hijo por un acto insignificante de desobediencia. El niño con temperamento difícil reacciona con rabietas, el padre airado administra un castigo más intenso, el niño responde con una agresión física, etc. Del mismo modo, las variables ambientales interaccionan con factores personales agravando el problema. Por ejemplo, el estrés familiar que soporta diariamente una madre de familia numerosa, con problemas de pareja, carente de recursos para controlar la disciplina, desencadena una depresión, que a su vez conduce al abandono y negligencia en los cuidados básicos de los hijos, contribuyendo a la desorganización del hogar.

La familia juega un papel importante en la génesis y mantenimiento de los trastornos de conducta. Pero las conductas inadecuadas del hijo no sólo depende de la familia y del estilo educativo o de pautas de crianza erráticas, sino también de características individuales del niño (temperamento,..) y factores sociales (modelo inadecuados, desestructuración familiar,..).

Según el modelo de Rusell Barkley (2004), hay pautas de crianza relacionadas con los trastornos de conducta, como el uso inconsistente e impredecible de normas; refuerzo positivo de las conductas inadecuadas o desafiantes; no reforzar ni atender positivamente las conductas adecuadas; castigos y/o recompensas inconsistentes e impredecibles; evitación de actividades molestas mediante conductas agresivas, oposicionistas o desafiantes; pauta constante de interacción agresiva entre padres e hijos.

Cada uno de estos factores va a influir de manera diferente según el temperamento del niño, de su capacidad de procesar la información o del estilo educativo del padre.

Hay padres que prefieren evitar un enfrentamiento con los hijos y para ello ceden a sus deseos. El hijo aprende que discutiendo o enrabietándose consigue lo que quiere, y el padre aprende a reforzar, de manera involuntaria, las conductas desviadas, que por seguro se incrementarán en futuras interacciones.

Si cuando el hijo realiza una conducta adecuada y el padre no sólo no la refuerza positivamente sino que la crítica, puede estar contribuyendo a la adquisición y mantenimiento de problemas de conducta.

El mantener una disciplina ambivalente, que depende del estado de ánimo de los padres y donde se recompensa y castiga de manera intermitente, y se castiga lo prosocial y antisocial de manera inconsistente, puede generar una gran impredecibilidad dentro de la familia. El hijo puede aprender a desafiar para reducir la impredecibilidad e incrementar la predecibilidad en la relación entre ellos.

1.5.1. La predisposición del hijo en los problemas de conducta

Según Thomas, Chess y Birch (1968) el temperamento es un patrón de conducta con que el niño nace y que tiene una base biológica que se modifica en las distintas interacciones con el ambiente.

Según Rutter (1981; 1989) el temperamento es un estilo de conducta que está regido más por la estructura heredada del sujeto que por el contexto. Pero ambos interaccionan y producen cambios en el estilo de respuesta del sujeto en función de la respuesta que encuentre en el medio sobre su primera tendencia a una determinada forma de reacción.

En el estudio New York Longitudinal Study (NYLS) se llegó a la conclusión que los factores que constituyen el temperamento son: nivel de actividad, ritmicidad, acercamiento-huida, adaptabilidad, intensidad de reacción, umbral de respuesta, calidad

Capítulo 1. Justificación teórica

del humor, distraibilidad, persistencia y duración de la atención. Estas nueve escalas temperamentales se evaluaron con entrevistas estructuradas a los padres y validaron las respuestas con la observación directa al hijo. El registro de los datos del temperamento y del ambiente de cada niño llevó a la clasificación de tres tipos de temperamentos; temperamento fácil, lento de reacción y difícil. En la tabla 3 se describe las características de los tres tipos de temperamento.

Tabla 3. Tipos de temperamento según Thomas et al. (1968)

Características	Temperamento	Temperamento	Temperamento
	Fácil	Lento	Difícil
Actividad	Variable	Baja- Moderada	Variable
Ritmicidad	Muy regular	Variable	Irregular
Distraibilidad	Variable	Variable	Variable
Acercamiento-huida	Acercamiento positivo	Acercamiento inicial	Huída
Adaptabilidad	Alta	Lenta	Lenta
Atención	Alta o baja	Alta o baja	Alta o baja
Intensidad de reacción	Baja o suave	Suave	Alta
Umbral de respuesta	Alto o bajo	Alto o bajo	Alto o bajo
Humor	Positivo	Ligeramente negativo	Negativo

Los resultados del NYLS mostraron que de 113 sujetos, el 40% tenía temperamento fácil; 15% temperamento lento de reacción; 10% temperamento difícil y el 35% restante presentaban características temperamentales mixtas.

Con respecto al ambiente, las reglas de crianza que aumentan la probabilidad de una conducta perturbadora por falta de armonía entre las condiciones ambientales y personales son la disonancia entre hábitos de crianza y características temperamentales; disonancia entre expectativas y valores domésticos y escuela; inconsistencia en las prácticas de crianza; desavenencias paternas y el uso del hijo en la lucha entre progenitores; disonancia entre características del niño y comportamiento del maestro.

Los datos del estudio mostraron un 70% de problemas de conducta en niños con temperamento difícil, respecto a un 28% de los de temperamento fácil. Estos datos se han utilizado para generar normas higiénicas de crianza, buscando adecuación entre los patrones temperamentales y las reglas de crianza.

La emocionalidad negativa, el nivel alto de actividad y la sociabilidad baja es la combinación que genera peores resultados en la conducta de los niños, y está muy próxima al concepto del temperamento difícil y a una mayor vulnerabilidad para desarrollar problemas en la interacción con un ambiente inadecuado (Buss y Plomin, 1986).

Con respecto a la permanencia del temperamento, las investigaciones apuntan a una cierta permanencia y también variabilidad con el paso del tiempo. Estos cambios se asocian a la influencia del medio, sobre todo, a los hábitos de crianza, efectos ligados al sexo y las presiones que se dan a diferentes edades (Garstein y Rothbart, 2003).

El temperamento se modifica en función de factores, como hábitos de crianza, tales como la afectividad, capacidad de comunicación y tipos de castigo; carácter paterno, tal como la capacidad de expresión emocional, independencia, nivel de estudios y moralidad; y los elementos que influyen en la organización de los hábitos familiares, tales como la cultura, sociedad, entre otros. (Xu, Zhu y Chen, 2002).

Para Rutter (1978) la actitud de los padres hacia los hijos media en la aparición de conductas patológicas y temperamento. Los padres tienen una actitud más crítica con un hijo con temperamento difícil, dificultando el entendimiento y las relaciones afectuosas. También es un problema para la madre ya que no controla la conducta del hijo y se multiplican los castigos.

La atención y sensibilidad también se ven afectados por el temperamento. El hijo busca altos niveles de estimulación y es muy sensible ante estímulos negativos, por

Capítulo 1. Justificación teórica

lo que el hijo va a tener dificultades con el acatamiento de normas y va a ser evitado y rechazado por los otros, Bater (1989).

La atención y la impulsividad dificultan el centrarse en el problema o actuar impulsivamente, por lo que dificulta la solución de problemas. Cuando el afrontamiento es inoperante el estrés crece y la perturbación aparece con mayor facilidad, Arnold (1990).

Si el temperamento es fácil se convierte en un escudo y si es difícil o lento, como un factor de riesgo. Las dimensiones de “nivel de actividad”, “distraibilidad” y “persistencia de la atención” son consideradas como los principales ingredientes del temperamento y explican comportamientos inadecuados.

Los niños con temperamento difícil tienen una mayor vulnerabilidad a desarrollar todo tipo de trastornos (Thomas et al., 1968). Los niños temperamentalmente activos, pocos persistentes y distraídos tienden a tener más problemas de interacción con sus cuidadores.

Estas dimensiones temperamentales del temperamento difícil y lento pueden predecir entre un 40% y un 73% de los trastornos relacionados con la afectividad y la personalidad.

Hay datos que apuntan bien respecto al riesgo que implica el temperamento. En un estudio longitudinal de Maziade et al.,(1985) siguieron a niños desde los 7 a los 12 años evaluando el temperamento con la escala NYLS y se comprobó que los niños de 7 años con centiles más altos en temperamento difícil, al acabar el estudio un 5% no presentaban alteraciones; 44% presentaban trastornos de tipo interiorizado y el 56% trastorno de tipo exteriorizado. Con respecto al temperamento fácil, el 5% presentaba trastorno exteriorizado y el 95% no tenía problemas.

La mayoría de los estudios sostienen que los niños con temperamento difícil producen respuestas inadecuadas que les lleva a tener problemas de interacción con el ambiente.

Diferentes autores apuntan que la reactividad producida por el temperamento está ligada a la capacidad de excitación del sistema nervioso y está en la base de muchos trastornos de tipo emocional, por lo que predispone al niño a sufrir desajustes de tipo exteriorizado, y lo hace más vulnerable al desarrollo de trastornos de tipo exteriorizado, tales como oposición, trastorno de conducta, delincuencia, drogas, etc.

Desde el seguimiento del NYLS se ha detectado un incremento en problemas de conducta en niños con temperamento difícil, más graves cuando se sumaba la falta de atención, la autorregulación, impulsividad, afecto negativo y la actividad. (Robins, John, Carpi, Moffit y Stouthamen-Loeber, 1996).

1.5.2. El papel de los padres en los comportamientos perturbadores

1.5.2.1. Problemas y trastornos psicológicos de los padres

Se ha constatado la relación entre conducta antisocial (Kazdin, 1988), y trastorno disocial (Lahey et al., 1988) de padres e hijos. El estudio longitudinal de Huesmann, Eron, Lefkowitz y Walder (1984) mostró que el riesgo de desarrollar comportamiento agresivo es mayor en los sujetos cuyos padres, e incluso abuelos, presentan elevada frecuencia de esas conductas, confirmando la estabilidad de este patrón de comportamiento perturbador entre generaciones.

La hipótesis de la contribución genética, principalmente en relación con la conducta antisocial precoz que evoluciona en la adolescencia hacia la delincuencia juvenil, se apoya en los estudios de adopción y con gemelos. Las bases biológicas interactúan con los factores ambientales, cuyo peso es mucho mayor en la

Capítulo 1. Justificación teórica

determinación de la conducta antisocial a través de experiencias de aprendizaje, como el modelado paterno. Kashani, Daniel, Dandoy y Holcomb (1992) han comprobado que los niños con conducta antisocial observan en casa comportamientos agresivos a menudo.

La American Psychiatric Association (1994) enuncia como factores de riesgo las siguientes patologías de los padres: trastorno del estado de ánimo, esquizofrenia, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno antisocial de la personalidad y trastorno por consumo de sustancias. La relación más fuerte del comportamiento perturbador infantil parece establecerse con la conducta antisocial del padre y la depresión de la madre (Baum, 1993).

1.5.2.2. Conflicto conyugal

En las situaciones de estrés conyugal los padres tienden a actuar con sus hijos de manera más incoherente y más coercitiva, siendo los niños más que las niñas los receptores de esta intervención por su facilidad a reaccionar con conductas perturbadoras en situaciones de estrés. Está comprobada la relación entre conflicto conyugal y sintomatología exteriorizada en los hijos varones pero no en las niñas.

Los problemas de pareja tienen un impacto negativo en las pautas de crianza, facilitando la aparición de comportamientos perturbadores en los hijos (Hetherington, Stanley-Hagan y Anderson, 1989). La existencia de conflictos graves entre los padres y el divorcio es común en los casos de conducta antisocial y delictiva, especialmente en sujetos varones (Emery, 1982).

Más que la estructura, repercute negativamente el funcionamiento familiar inadecuado. Aunque las desavenencias matrimoniales constituyen un factor de riesgo

por sí mismas (Porter y O'Leary, 1980), la probabilidad de trastornos del comportamiento perturbador en los hijos crece si el desacuerdo marital alcanza niveles de agresión y violencia en el hogar (Jouriles, Murphy y O'Leary, 1989). Por el contrario, la relación positiva con un progenitor amortigua el impacto de la ruptura de la pareja (Rutter, 1971).

1.5.2.3. Relaciones familiares conflictivas

La teoría más elaborada del comportamiento desobediente, negativista, agresivo y antisocial es la propuesta por Gerald Patterson y colaboradores de la Universidad de Oregón (Patterson, 1982; Patterson y Gullion, 1968; Patterson, Reid, Jones y Conger, 1975). Los comportamientos perturbadores se explican por *procesos de coacción*, donde las conductas de ambas partes se refuerzan recíprocamente. Sin embargo, esta interacción constituye una *trampa del reforzamiento*, porque el alivio de aversión experimentado lleva aparejado el reforzamiento del comportamiento perturbador del hijo, que será cada vez más frecuente, intenso y/o duradero, originando un agravamiento de la conflictividad. Así pues, la trampa del reforzamiento para los padres es que obtienen pequeñas consecuencias positivas en el presente a cambio de mayores consecuencias negativas en el futuro.

El problema se agrava además por el fenómeno denominado *aceleración del castigo*. Los procedimientos de castigo pierden su eficacia para reducir y eliminar las conductas coactivas del niño, incluso se observa en algunos casos un incremento paradójico, debido a la historia de reforzamiento intermitente de la coacción y al uso inconsistente del castigo, por ejemplo, los padres aplican contingencias opuestas como una leve reprimenda seguida de muestras de arrepentimiento paterno y manifestaciones efusivas de cariño.

1.5.3. El papel de la familia en los comportamientos perturbadores

Hay muchos factores que influyen en la génesis de un trastorno exteriorizado. El nivel socioeconómico bajo, la familia monoparental, conflicto y separación de padres, trastorno psiquiátrico de los padres, antecedentes delictivos de los padres y acontecimientos vitales estresantes son los factores que influyen y que conllevan una interacción padre-hijo predominantemente negativa y crítica y una actuación familiar incoherente y punitiva.

Hay factores tempranos que pueden influir en el desarrollo de conductas perturbadoras infantiles. En el estudio de Shaw, Owens, Vondra, Keenan y Winslow (1996), se observó que una vinculación desorganizada a los 12 meses, con problemas de personalidad maternos y desavenencias conyugales respecto a la crianza era predictor de agresividad a los 3 años y de conductas perturbadoras y agresivas a los 5 años.

Según la teoría de coacción de Patterson y colaboradores, el origen de las conductas perturbadoras de los niños se debe a prácticas educativas erróneas y comentarios negativos. La educación errónea se basaría en una disciplina incoherente, poca supervisión y escasa capacidad para resolver problemas.

La mayoría de estudios que analizan factores familiares que influyen en los problemas de conducta externalizante siguen un patrón coactivo de interacción (Bradley, 2000).

Las respuestas erróneas de los padres crean un círculo vicioso, ya que el hijo sigue con conductas aversivas y los padres responden también con estrategias coléricas pero ineficaces. Los niños no aprenden habilidades sociales para aplazar gratificaciones, esperar turnos, o enfrentarse a la frustración.

Un modelo complementario al de Patterson hace referencia al papel que las variables cognitivas, como las interpretaciones del conflicto que hacen los padres, ya

que se sienten frustrados al considerar que el hijo lo controla e incrementa su activación emocional. Esta activación hace que el padre se centre más en las conductas problemáticas y no razona, sino que aumenta más reactividad emocional al no controlar la conducta del hijo, (Bugental, 1992). Ambos, padre e hijo, se perciben más negativamente; al hijo lo ve más difícil y al padre más hostil y desaprobado. Dicha interacción puede promover la depresión del padre y los trastornos exteriorizados y/o interiorizados del niño.

No sólo la percepción de hostilidad del padre, también la observación del hijo de conflictos y agresiones entre los adultos incrementan las conductas exteriorizadas. Las interacciones coléricas conllevan reacciones coléricas a la frustración (Cummings y Cummings, 1988).

Las experiencias de hostilidad y cólera generan una representación interiorizada de sí mismo. Estos esquemas se potenciarán en situaciones de estrés o cuando experimenten afectos semejantes a los que intervinieron en el origen de estos modelos operativos. Estos esquemas interiorizados de niños con trastorno de conducta van a reflejar experiencias tempranas de maltrato familiar, conflictos con y entre sus padres, conflictos y fracasos con compañeros y maestros, entre otros. Su visión del mundo va a ser hostil y carente de apoyo, por lo que desarrollan conductas asociales.

La emoción expresada son los juicios de contenido afectivo que un familiar dirige a su hijo. Es una actitud y comportamiento familiar que puede influir significativamente en el curso de un trastorno. Se ha podido verificar que un niño con trastornos emocionales pero sin problemas de conducta recibe calor emocional y comentarios positivos. Sin embargo, cuando presenta trastorno de conducta perturbadora es más frecuente observaciones críticas (Vostanis, Nicholls y Harrington, 1994). También se ha demostrado que la emoción expresada tiene relación con la

Capítulo 1. Justificación teórica

presencia o no de patología de los padres, al margen del diagnóstico o no del hijo. (Hibbs, Hamburger y Lenane, 1991). La falta de calor afectivo y la desaprobación de los padres, más evidente en los trastornos externalizados que en los emocionales, son factores que mantienen en el hijo sentimientos de ser rechazado y una autoestima baja (Bradley, 2000).

1.5.3.1. Disciplina y estilo educativo familiar.

El estilo educativo es el comportamiento de los padres en el trato con sus hijos y las pautas para lograr un comportamiento correcto y una socialización adecuada.

La mayoría de los padres desean que sus hijos se conviertan en seres felices, maduros y se integren bien social y laboralmente. Pero a veces, el comportamiento para lograr esos objetivos no son los adecuados por características de personalidad o psicopatología de los padres o por características de los hijos que llevan mayores errores de crianza y a una menor afectividad (Jenkins, Rasbash, O'Connor, 2003).

Si el padre evalúa al hijo como difícil va a responder a sus conductas de manera más negativa y va a ser más crítico y punitivo (Campbell, 1979). El hijo pondrá a prueba las pautas educativas de sus padres y recibirá más críticas y castigos que señales de afecto y aprobación. Si mejorara el comportamiento del hijo, las interacciones padre-hijo serían más efectivas y afectuosas (Chronis, Pelham, Gnagy, Roberts y Aronoff, 2003).

El estilo educativo se puede evaluar según dos dimensiones que pudieran explicar la influencia sobre los hijos. El afecto, sería la dimensión emocional entre padre-hijo y se centraría en conductas cariñosas, respondientes y centradas en el hijo, o por el contrario, de rechazo, poco respondiente y centrada en los mismos padres. El control/sobreprotección, sería la dimensión exigente, con estrategias de control

exagerada, con sobreprotección, restricción de actividades y elevada exigencia, o por el contrario, serían permisivos, poco exigentes y con poco control sobre los hijos.

La influencia en los hijos va a depender de las combinaciones con las características del estilo educativo. Por ejemplo, si los padres ejercen control y son exigentes y se combina con afecto y comunicación, no tendría el mismo efecto en el hijo si combina con rigidez, imposición de normas, escaso afecto y falta de comunicación.

Las pautas educativas que se han relacionado con el trastorno de conducta en los hijos son el rechazo (Patterson, 1982), dar muchas normas y órdenes no coherentes (Parke y Slaby, 1983; Patterson, 1982), riñas y castigos duros no contingentes (Lobitz y Johnson, 1975), y si los padres son negligentes, distantes, fríos sin ejercer control ni poner normas se favorece el robo, el vandalismo, novillos, consumo de drogas y alcohol (Patterson, 1982; Pulkkinen, 1982).

Patterson (1982) describe el modelo coercitivo en algunas familias, donde el padre responde negativamente a la desobediencia del hijo y así logra que ceda en esa conducta y que se refuerce dicha conducta negativa del padre. Con respecto al hijo, consigue que el padre ceda con su agresividad y también se refuerza su conducta. Las consecuencias son negativas para la familia, aumentando la agresividad, rabia y hostilidad. La mejora de las relaciones conductuales viene del entrenamiento de los padres en un estilo educativo positivo, con normas claras y mayor afecto, (Bor, Sanders y Markie- Dadds, 2002).

La relación hijos-figuras de autoridad es asimétrica. Aunque la influencia padres-hijo es bidireccional, los progenitores ejercen un control mucho mayor porque seleccionan el ambiente, organizan y supervisan el horario y el acceso a los reforzadores, poseen más recursos (conocimiento, autocontrol, etc). Esta asimetría

Capítulo 1. Justificación teórica

resalta la importancia de las pautas de crianza y estilos educativos de los padres (Maccoby, 1992).

Según Méndez (1988) la combinación de tres niveles, deficitario, adecuado o excesivo, y de tres dimensiones básicas, disciplina, afecto, y comunicación, origina tres *estilos educativo, con características propias* (ver tabla 4).

Permisivo

Los padres son poco exigentes y no imponen límites de conducta. Tienden a satisfacer las demandas del hijo, incluso las poco razonables. Desvanecen su papel de figuras de autoridad demasiado pronto, dejando hacer al hijo antes de que presente una conducta madura. El resultado de esta pauta indulgente y sobreprotectora es un niño con baja tolerancia a la frustración, impulsivo, dependiente y que no asume responsabilidades.

Autoritario

Los padres suelen fijar normas rígidas. No admiten la negociación, sino que la consideran un desafío. Abusan del castigo, incluyendo el físico. Retrasan el traspaso de responsabilidades, impidiendo al hijo decidir aunque muestre una conducta madura. Los resultados de esta pauta intransigente y hostil son retraimiento, sumisión, baja autoestima, rebeldía, agresividad y falta de respeto a los derechos de los demás.

Democrático

Los padres establecen normas de conducta, no se muestran blandos ni duros, ni inflexibles ni volubles, sino firmes y consistentes en la disciplina. Ejercen adecuadamente su papel de figuras de autoridad, respetando al mismo tiempo los derechos del hijo. Promueven la conducta madura, fomentando la iniciativa y el autocontrol. El resultado de esta pauta firme y comprensiva es un hijo independiente, socialmente responsable y colaborador, con autoconcepto positivo y elevada autoestima.

Tabla 4. Estilos educativos (Méndez, 1998)

		ESTILOS EDUCATIVOS		
		PERMISIVO	DEMOCRÁTICO	AUTORITARIO
D I M E N S I O N E S	DISCIPLINA	<i>Deficitaria</i> Normas de conducta: escasas y variables Actitud disciplinaria: blandura Tendencia emocional de los padres: ansiedad	<i>Adecuada</i> Normas de conducta: suficientes y razonables Actitud disciplinaria: firmeza Tendencia emocional de los padres: autocontrol	<i>Excesiva</i> Normas de conducta: numerosas y arbitrarias Actitud disciplinaria: intransigencia Tendencia emocional de los padres: ira
	AFECTO	<i>Excesivo</i> sobrepotección, indulgencia	<i>Adecuado</i> comprensión, apoyo	<i>Deficitario</i> hostilidad, rechazo
	COMUNICACIÓN	<i>Excesiva</i> irregular, inconsistente	<i>Adecuada</i> recíproca, participativa	<i>Deficitaria</i> unilateral, problemática

Actualmente son escasas las investigaciones epidemiológicas, realizadas en población infantil, destinadas a conocer la incidencia de psicopatología y los factores de riesgo y de protección a edades tempranas que permitan el establecimiento de programas eficaces de prevención. Uno de esos factores que es necesario conocer con más detalle es el papel de los estilos y prácticas educativas de los padres.

Tanto en España como en otros países, los estudios señalan que la prevalencia de trastornos psicológicos en la población infanto-juvenil general oscila entre el 15 y el 20% (Soler, 2010; Gómez, Hernández, Martín y Gutiérrez, 2005; Lemos, 2003; Pedreira y Sardinero, 1996; Rodríguez, 2006; Schwab-Stone y Briggs-Gowan, 1998; Wittchen, Nelson y Lachner, 1998). En concreto, según los estudios epidemiológicos con muestra clínica, los trastornos más prevalentes son los del comportamiento perturbador, de ansiedad y del estado de ánimo (Fernández A., Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000; GarcíaBarranco, Sánchez, Guerrero y Martínez de Salazar, 2010; García-Barranco, Gómez y Couceiro, 2010; López-Soler, Castro, Alcántara, Fernández y López, 2009; López-Soler, Alcántara, Fernández, Castro y López, 2010).

Capítulo 1. Justificación teórica

En la dinámica y estructura del sistema familiar pueden presentarse influencias contraproducentes y/o de riesgo en el inicio, mantenimiento y solución de los problemas psicológicos a nivel general.

En la tabla 5 se exponen los autores y estudios sobre los factores del entorno familiar en psicopatología en la infancia.

Tabla 5. Factores del entorno familiar en psicopatología en la infancia

Autores	Factores de riesgo del entorno familiar en psicopatología en la infancia
(Alcántara, 2010; Casera, Sullana y Torrubia, 2002; Castro, de Pablo, Toro y Valdés, 1999).	Ambiente familiar estresante y conflictivo y presencia de agresividad. Prácticas negligentes o maltrato infantil
(Bradley, 2000). Afecto negativo, control excesivo, castigos no físicos y énfasis en el logro (Ramírez, 2002; 2007).	Dificultades en la emoción expresada (EE), marcadas por presencia de críticas y desaprobación por parte de los padres, falta de calor afectivo, hostilidad y excesiva implicación emocional, fomento en el niño de sentimientos de ser rechazado y de baja autoestima
(Forehand, King, Peed y Yoder, 1975; Forehand y McMahon, 1981; Griest, Forehand, Wells y Mchahon, 1980).	Interacciones inadecuadas entre padres e hijos: excesivas órdenes, numerosas críticas, instrucciones o normas humillantes y escasa atención a las conductas apropiadas en los niños
(Gómez y cols., 2005; García-Barranco y cols., 2010).	Intolerancia al malestar de los padres
(Bradley, 2000).	Vinculación insegura con un cuidador primario que fomenta la vulnerabilidad a otros factores de riesgo de alteraciones psicológicas
(Ezpeleta, 2005; Moreno y Revuelta, 2002	Conflictos matrimoniales de los padres

También se tienen en cuenta los trabajos que analizan la relación entre determinados estilos parentales y ciertos trastornos psicológicos específicos (tabla 6).

Tabla 6. Relación entre estilos parentales y trastornos psicológicos

Autores	Relación entre estilos parentales y trastornos psicológicos
Castro (2005a)	Destaca el papel del funcionamiento familiar en trastornos disociales, problemas de baja autoestima y locus de control inadecuado, hostilidad, impulsividad, dificultades de vinculación afectiva, dificultades en las relaciones sociales y baja tolerancia a la frustración, entre otros.
(Aunola y Nurmi, 2005; Newcomb, Mineka, Zinbarg y Griffith, 2007),	Estilos educativos parentales (por ejemplo, no democráticos) influyen en problemas de tipo internalizante y externalizante en los hijos.
(Alonso y Román, 2005)	Estilos educativos parentales (por ejemplo, no democráticos) pueden afectar la baja autoestima en los niños.
(Epstein y Sanders, 2002; Pelegrina, García, Casanova, 2002).	Estilos educativos parentales (por ejemplo, no democráticos) y dificultades en su rendimiento académico.

Barber, Olsen y Shagle (1994)	Prácticas excesivas en control emocional se relacionaron con problemas internalizantes, y en control comportamental con problemas externalizantes.
(Castro, 2005b).	Estilos educativos parentales de control y exigencia sin afecto se asocian a trastornos asociados a la depresión y la ansiedad, mientras que estilos educativos excesivamente permisivos y más si se acompaña de indiferencia y rechazo se asocia a trastornos de conducta en el hijo.
(Del Barrio y Carrasco, 2002; Edwards, Barkley, Laneri, Flecher y Metevia, 2001; Frick, 1994; Hinshaw y Anderson, 1996; Kazdin, 1987; Moreno y Revuelta, 2002; Valero, 1996; Wicks-Nelson e Israel, 1997).	Padres irritables y negativos, con ausencia o disparidad de normas entre los miembros de la familia se relaciona con niños con trastornos negativista/desafiantes o disocial.
(Raya, Pino y Herruzo, 2009)	Estilos educativos diferenciales en el grado de disciplina, compromiso, satisfacción y nivel de autonomía en la crianza se ha relacionado con niños con comportamientos agresivos.
(Raya, Herruzo y Pino, 2008).	Estilos educativos diferenciales en el grado de disciplina, compromiso, satisfacción y nivel de autonomía en la crianza se ha relacionado con niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
(Eisenberg y Valiente, 2002).	Bajos niveles de supervisión, consistencia y afectividad, así como altos niveles de ira, hostilidad y coerción se relacionan con problemas externalizantes.
(Eisenberg y Valiente, 2002);	Los conflictos conyugales muestran alta correlación con sintomatología exteriorizada.
(Toro, 2005)	Los conflictos conyugales muestran alta correlación con sintomatología exteriorizada fundamentalmente, por la existencia de mayor disciplina coercitiva de los padres y madres.
(Castro, 2005b).	Estilos educativos parentales de control y exigencia sin afecto se asocia a trastornos asociados a la depresión y la ansiedad, mientras que estilos educativos excesivamente permisivos y más si se acompaña de indiferencia y rechazo se asocia a trastornos de conducta en el hijo.
Newcomb, Mineka, Zinbarg y Griffith (2007)	Destacan el papel de las prácticas de sobreprotección y la percepción negativa del cuidado y la crianza en el desarrollo de desórdenes emocionales en la infancia y la adolescencia como la depresión y la ansiedad.
Mulsow (2008)	Los estilos parentales autoritarios y castigadores dificultan en el menor el desarrollo de estrategias y competencias emocionales necesarias para la adaptación en distintos contextos y situaciones vitales.
(Bertino, Connell y Lewis, 2012)	Se observan relaciones entre la personalidad de los padres, concretamente patrones borderline, paranoide y de evitación, y problemas de conducta externalizante en los menores.
(Johnson, Cohen, Kasen, Smailes y Brook, 2001).	Los padres con trastornos psiquiátricos pueden presentar conductas desadaptadoras que funcionan como factores de riesgo de trastornos psiquiátricos en los hijos
Los factores de riesgo a destacar en la madre fueron: castigos duros, escaso tiempo de dedicación al hijo, alto sentido de posesión, escaso control de la ira hacia el hijo, escasa supervisión del hijo, normas incoherentes, afecto escaso, uso de la culpa para controlar al hijo, discusiones fuertes con el padre, escasa comunicación con el hijo, poca preocupación por el hogar, etc.	
Los factores de riesgo a destacar en el padre fueron: escaso tiempo de dedicación al hijo, escaso afecto paterno, escasa ayuda a la madre, discusiones fuertes con la madre, bajo cumplimiento del papel y responsabilidad de ser padre, escasa supervisión del hijo, escasa comunicación con el hijo, poca preocupación por el hogar, etc.	

Prevención y respuesta

1.6. Escuela de padres

1.6.1. Evolución histórica del entrenamiento a padres

El entrenamiento a padres surgió a comienzos de los años 1970 como una aplicación de los hallazgos alcanzados por Patterson y sus colaboradores, en relación con las interacciones entre los miembros de las familias de niños con problemas de comportamiento. Encontraron que estos niños tienden a mostrar formas de comportamiento coercitivo y pasivo agresivo, debido a que sus propios padres y otros miembros de la familia modelan y refuerzan estas conductas tanto positiva como negativamente.

El primer programa exitoso fue publicado por Patterson en 1974, llamado “Intervención para niños con problemas de conducta” y participaron veintisiete niños varones entre cinco y doce años, tratados en la escuela y en el hogar por medio del entrenamiento a sus padres. Se basó en los principios y las técnicas del condicionamiento operante y en la teoría del aprendizaje social, siendo replicado exitosamente por Flischman en 1981 con 29 niños y 7 niñas entre 3 y 12 años de edad.

Después del informe de 1974, se publicaron varios estudios para someter a prueba la efectividad del entrenamiento a padres. McMahon, Forehan y Griest (1981) examinaron si la enseñanza de los principios de la teoría del aprendizaje social era o no determinante en la efectividad del entrenamiento a padres a través de la comparación de dos grupos de participantes, uno en el que se enseñaban estos principios y otros en donde no. El resultado fue que el grupo que recibió instrucción en principios de aprendizaje social obtuvo mejores beneficios que el otro grupo de participantes.

El desarrollo de los primeros programas de entrenamiento a padres, según McMahon (1991), fue posible por el desarrollo de técnicas de modificación del

comportamiento para el tratamiento de problemas de comportamiento infantil, alternativos a la psicoterapia infantil tradicional, en el sentido de menos costosos y más efectivos. Para este autor, el entrenamiento a padres tiene tres etapas de desarrollo desde su surgimiento. La primera, en los años 1970, se limitaba a la publicación de casos clínicos donde se utilizaba este enfoque en problemas de comportamiento infantil. La segunda etapa, 1980, preocupada por someter a prueba la capacidad de generalizar los resultados positivos a otros contextos y evaluar el mantenimiento de los resultados. Y la tercera, hacia finales de 1980 y principios de 1990, preocupada por determinar los componentes más determinantes en la efectividad.

Hacia el final del siglo XIX y principios del XX se inicia una nueva perspectiva sobre el cuidado de los hijos. Se crearon programas de salud infantil y se entrenaron a las madres en habilidades básicas, ya que había estudios que confirmaban la existencia de carencias en los repertorios básicos de conducta.

El compromiso de los padres en la educación de sus hijos se consideró cada vez más básico en los programas de intervención temprana para que tuvieran éxito (Bronfenbrenner, 1974).

El antecedente en entrenamiento a padres en Europa en el que intervienen los padres como coterapeutas fue el del pequeño Hans (Freud, 1908), donde sólo contactó una vez con el niño y el resto de contactos terapéuticos fueron con la madre, que fue la que llevó adelante el tratamiento. Otro antecedente, en Estados Unidos, fue el tratamiento desarrollado por los Mowrer, para la enuresis nocturna (Mowrer y Mowrer, 1938). Fue aplicado por los padres con la supervisión de los profesionales, lo que permitió no alterar el ambiente del niño. La eficacia del entrenamiento a padres fue muy satisfactoria.

Capítulo 1. Justificación teórica

La necesidad de que los entrenamientos a padres fueran más eficaces llevó a los investigadores, en la década de los 70 y 80, a desarrollar programas para el entrenamiento en grupo de padres. Como ejemplo, se encuentra el programa desarrollado por Gordon (1970), denominado “entrenamiento sistemático para ser padre eficaz” (Dinkmeyer y McKay, 1982).

El tratamiento desarrollado por Gerald Patterson y sus colaboradores con los padres de los niños con problemas de conducta muy desadaptada en el Centro de Aprendizaje Social de Oregón, acumula evidencia empírica sobre la eficacia de esta intervención.

El entrenamiento a padres ha cambiado la actitud de los padres tanto en su compromiso en la educación del hijo como en la difícil tarea de educar.

La etapa de consolidación del entrenamiento a padres subraya que sean los padres y no los terapeutas los que aprendan a resolver los problemas del hijo, ya que podrán intervenir en problemas futuros una vez que saben los principios del aprendizaje social y han sido capaces de modificar conductas.

En consecuencia, si el objetivo inicial de la intervención con padres era mejorar la eficacia con respecto a la psicoterapia infantil tradicional, hoy la meta es garantizar que se mantenga el entrenamiento, asegurar que las habilidades adquiridas se sigan empleando después del entrenamiento y trabajar con las variables de la pareja o del niño que están implicados en el desarrollo y mantenimiento de los problemas, tales como ajuste marital de los padres, características cognitivas de los hijos; expectativas que tiene del hijo, etc (Webster-Stratton y Herbert, 1993).

1.6.2. Concepto de entrenamiento a padres

El entrenamiento a padres consiste en capacitar a madres, padres u otros cuidadores en principios, técnicas y estrategias que les permitan entender y tratar directamente los problemas de comportamiento de sus hijos. En un principio utilizaba los principios del aprendizaje y de la conducta y, posteriormente se desarrollaron programas de entrenamiento a padres bajo un enfoque cognoscitivo comportamental.

Utiliza estrategias para entrenar a padres a modificar la intervención padres-hijos, con el fin de fomentar la conducta prosocial y disminuir o eliminar los comportamientos desadaptados (Olivares, Méndez y Maciá, 1997).

Además de entrenar a los padres en el manejo del hijo, también le entrena en habilidades de crianza que resulta deficitaria, a la vez de conocer procedimientos del aprendizaje social para controlar y modificar tanto la conducta del hijo como la propia.

En definitiva, se responsabiliza a los padres a participar en la promoción de la salud y en la prevención y tratamiento de problemas de conducta.

1.6.3. Características del entrenamiento a padres

Su objetivo es buscar que los padres traten los problemas de comportamiento que presentan los hijos a través del aprendizaje de los principios que rigen el comportamiento y el aprendizaje operante y social, de manera que comprendan mejor el comportamiento del hijo y utilicen las estrategias y técnicas de modificación de conducta más adecuadas para intervenir sobre sus problemas de conducta.

En la actualidad los programas de entrenamiento a padres involucran otros componentes distintos que permiten a los padres desempeñar mejor su labor, tales como el desarrollo infantil, el manejo del estrés y control de la ira, entrenamiento en solución de problemas y en habilidades sociales y comunicativas.

Capítulo 1. Justificación teórica

Tienen una índole psicoeducativa, tanto para comprender el origen de las dificultades del comportamiento de sus hijos como para conocer las habilidades para afrontar dichas dificultades. Estas habilidades se enseñan por medio de la metodología por etapas conocida como aprendizaje estructurado, delineados originalmente por Goldstein (1973): instrucción didáctica, modelamiento, juego de roles, retroalimentación y tareas para casa.

Tiene énfasis ecológico, ya que los padres aprenden los principios, técnicas y estrategias y la aplican en el ambiente del hogar, donde generalmente se originan estos problemas. Los padres se fortalecen en su labor, ya que adquieren los conocimientos necesarios para afrontar las dificultades de comportamiento mostrados por sus hijos en el futuro (Barkley, 1986).

La duración de los programas de entrenamiento a padres se desarrolla por medio de sesiones semanales de dos horas de promedio, a lo largo de uno o dos meses. Aunque se desarrollan de manera grupal, es posible entrenar de manera individual.

El enfoque del entrenamiento a padres es preventivo. Se suele utilizar como una forma de prevención secundaria de problemas de comportamiento infantil, si se implementa con padres de niños pequeños, que presentan déficit en prácticas de crianza adecuadas. Hay evidencia de la aparición de problemas de comportamiento infantil ante prácticas de crianza inadecuadas (Patterson, 1982; Patterson, 1999; Webster-Stratton, 1988). De esta forma, al intervenir en los déficits en habilidades de crianza, se interviene en prácticas de maltrato, previene los problemas de conducta infantil y, a la vez, la conducta antisocial en la adolescencia.

Revisando la literatura sobre la efectividad del entrenamiento a padres, se ha encontrado al examinar ciento cincuenta y cinco estudios empíricos, que este enfoque tiene efectos positivos en la calidad de vida de los padres y sus hijos y muestra ser más

efectivo en niños desobedientes y desafiantes o que tienen problemas conductuales leves como fobias y enuresis. Los padres se benefician porque adquieren más conocimiento de su rol paterno, así como las habilidades para manejar apropiadamente el comportamiento de sus hijos, adquiriendo actitudes positivas en relación con la crianza de los mismos (Gaziano y Diamant, 1992).

1.6.4. Revisión de los componentes fundamentales de los programas de entrenamiento a padres

La revisión de entrenamiento a padres mostró que estos programas se han implementado con base a dos ejes centrales. El eje de la capacitación en crianza, donde el padre adquiere conocimientos y aprende habilidades para entender y afrontar el comportamiento problemático de sus hijos. Y el eje del fortalecimiento personal, donde el propio padre recibe el entrenamiento en habilidades de solución de problemas, manejo del estrés, control de la ira y habilidades sociales, porque repercutirá positivamente en su papel paterno. (Morrison & Lee, 1999).

A continuación se muestra en la tabla 7 los componentes de los programas de entrenamiento a padres contemporáneos. Estos programas dependen de la población de padres e hijos a los que se dirigen. Como sugieren Matthews & Hudson (2001), para que un programa sea exitoso debe tener en cuenta las necesidades particulares de sus usuarios.

En la tabla 8 se presenta una comparativa de 13 estudios de laboratorio realizados por McMahon y Forehand donde se examinan diferentes componentes de programa de entrenamiento a padres. Las conclusiones se detallan a continuación:

Capítulo 1. Justificación teórica

Tabla 7. Componentes de los programas de entrenamiento a padres contemporáneos

AUTORES	PARTICIPANTES	COMPOENENTES	PRINCIPALES RESULTADOS
Patterson (1974)	27 niños varones entre 5 y 12 años de edad	ECN	Disminución de los problemas de comportamiento de los niños
Fleischman (1981)	Familias de 29 niños y 7 niñas ente 3 y 12 años de edad con problemas de comportamiento	ECN	Cambios significativos en el comportamiento de los niños, a la luz de varios tipos de mediciones y en una medición de seguimiento de un año.
McMahon, Forehan y Griest (1981)	29 parejas madre-niño, repartidas en dos condiciones experimentales (los niños presentaban problemas de desobediencia.	ECN con y sin enseñanza principios y) del aprendizaje social	El grupo de madres que recibió el tratamiento combinado percibió cambios positivos en sus hijos y estuvieron más satisfechas con el tratamiento
Wolfe, Sandler y Kaufman (1981)	Padres de niños autistas	ECN, ESP, ECI	Los niños disminuyeron en el número e intensidad de sus problemas de comportamiento y mejoraron las interacciones madre-hijo, en el grupo experimental, tanto a nivel postratamiento como en el seguimiento 10 semanas después.
Anderson et al. (1987)	Padres de niños autistas	ECN	Los niños mostraron avances en el lenguaje, el autocuidado y el desarrollo social y académico
Feldman et al (1989)	3 madres con retardo y sus hijos, comparadas con 17 madres no retardadas de un grupo control	BCN	Incrementó las muestras de afecto físico, los elogios y la imitación de las verbalizaciones de los hijos, en niveles similares a los mostrados por el grupo control.
Hanzlik (1989)	Madres de niños con parálisis cerebral	Comunicación materno filial	Mejóro las interacciones maternas filiales a nivel no verbal.
Pfiffner et al (1990)	Once madres solteras de niños con desorden de conducta repartidas en dos condiciones experimentales	ECN solo versus ECN más HSP	El tratamiento combinado arrojó mejores resultados que el tratamiento unitario.
Kline, Grayson y Mathie (1990)	16 madres y 20 padres de escasos recursos económicos	ECN	Mejóro la conciencia de las necesidades de los niños, de los padres y madres participantes.
Cortés y Figueroa (1991)	20 madres maltratantes con hijos entre 0-7 años	EHM, CD, comunicación materno filial	Mejóro los patrones de crianza y la comunicación materno filial; se modificaron las actitudes hacia el uso del castigo físico.
Harrold, Lutzker, Campbell y Touchette (1992)	4 madres de niños con retardo mental y moderado	ECN, planeación de actividades conjuntas	Mejóro las interacciones maternas filiales.
Gatewood, Thomas, Musteen y Castleberry (1992)	Padres y madres sordos	ECN, CP	(Sólo se describe el programa).
Sayger, Horne y Glaser (1993)	43 niños con problemas de agresividad y sus familias, 21 asignados a la condición experimental y 22 a un grupo control	ECN, autocontrol, comunicación familiar	Mejoramiento en el comportamiento de los niños, de acuerdo con el reporte de sus profesores, aumento en la satisfacción marital en los padres y una disminución de sus niveles de depresión, incremento en la cohesión familiar, entre otros.
Kazdin, Siegel y Bass (1992)	Las familias de 97 niños de 7 a 13 años con problemas de conducta antisocial repartidas en tres condiciones experimentales	ECN, HSPN, tratamiento combinado	La opción combinada mostró mejores efectos que los tratamientos separados.
Scott y Stradling (1993)	Madres solteras de niños con problemas de conducta	ECN	Reducción en el número e intensidad percibida de los problemas de conducta, impulsividad y ansiedad de los niños, y en la depresión e irritabilidad de las madres.
Schultz et al. (1993)	15 parejas de padres de niños con retardo mental, comparados con 39 parejas de un grupo control	ECN y comportamental.	Efectos positivos en los padres del grupo experimental a nivel emocional, actitudinal.
Rey y Rodríguez (1999)	9 padres y madres maltratantes, asignados a un grupo experimental y un grupo control	HSP, ECN, CP, ECI, EME.	Mejóro las interacciones paternas filiales y modificó las actitudes hacia el maltrato del grupo experimental.
Martínez y Forgatch (2001)	238 madres divorciadas y sus hijos (1-3 grado)	ECN	Mejóro las prácticas de crianza y la disciplina de los niños.
Hartman, Stage y Webster-Stratton (2003)	Madres de 81 niños varones entre 4 y 7 años de edad con problemas de conducta (algunos porcentajes con déficits atencionales)	ECN	Disminuyó las interacciones negativas entre las madres y sus hijos y sus problemas de conducta.
McNeil, Herschell, Gurwitch y Clemens-Mowrer (2005)	30 niños con problemas de conducta y uno de sus padres adoptivos	ECN	Disminución de los problemas de comportamiento y satisfacción con el tratamiento por parte de los padres participantes.

ECN: entrenamiento en técnicas para afrontar el comportamiento del niño. **HSP:** entrenamiento en habilidades de solución de problemas. **HSPN:** entrenamiento en habilidades de solución de problemas para los niños. **ECI:** entrenamiento en control de la ira. **CD:** capacitación en desarrollo infantil. **EME:** entrenamiento en manejo del estrés.

- El énfasis se pone en realizar un programa de entrenamiento a padres donde se enseñe primero las destrezas de crianza antes de ponerse en funcionamiento con modificación de conducta.
- Las investigaciones de laboratorio demuestran la importancia de la habilidad paternal de la atención, ignorar y tiempo fuera para modificar comportamientos inapropiados y la metodología del modelado para presentar el procedimiento al hijo.
- Es importante recompensar y elogiar al niño al principio del entrenamiento.
- Atender al niño cuando nos relacionamos con él aumenta la obediencia.
- Cuando el número de órdenes aumenta, la obediencia disminuye; por lo que hay que reducir el número de instrucciones.
- La combinación de instrucciones claras y tiempo fuera aumenta la obediencia.
- Usar tiempo fuera es más eficaz y eficiente que ignorar y la duración de tiempo fuera más eficaz es de 4 minutos.
- La serie de atención, advertencias por incumplimiento y tiempo fuera por desobediencia, incrementa la obediencia y reduce las verbalizaciones negativas.

En la tabla 9 se ofrecen las conclusiones de 29 estudios comparativos sobre resultados de programas de entrenamiento a padres realizados por McMahon y Forehand. Los resultados de los programas de entrenamiento a padres mejoran las relaciones padres e hijos en la clínica, pero la falta de control experimental, el fracaso en tasar comportamiento padres-hijos fuera de la clínica limitan las conclusiones. Este hecho ha llevado a analizar diferentes investigaciones que evalúan aspectos tan importantes como la generalización a casa, escuela, con hermanos, generalización temporal y conductual, validación social y los componentes de los programas de entrenamientos más válidos. Los resultados aportan los siguientes datos:

Capítulo 1. Justificación teórica

- Generalización a casa: los cambios conductuales producidos en el laboratorio se generalizan a casa. El grupo de tratamiento experimenta cambios de comportamiento y generaliza a casa con la disminución de mandatos y aumento de recompensas en el postratamiento. El grupo control no hubo cambios ni generalización.
- Generalización escuela: buen predictor de cambios en la escuela es aprender habilidades para manejar de manera combinada comportamientos en casa y en la escuela.
- Generalización temporal: cuanto antes se inicie un entrenamiento a padres se previene familias coactivas y produce efectos a largo plazo y validación social; el entrenamiento a padres produce un cambio de actitud y de comportamiento a padres e hijos y se generaliza; el entrenamiento a padres con niños jóvenes tiene efectos a largo plazo.
- Generalización conductual: el tratamiento próspero de desobediencia es suficiente para reducir otros comportamiento que no han sido tratados; generalización conductual tras entrenamiento a padres.
- Validación social: el entrenamiento en reforzar y TF generaliza y mantiene cambios, satisfacción del tratamiento y ajuste de los hijos.

Tabla 8. Tabla comparativa de estudios de Forehand y McMahon. Investigaciones de laboratorio							
AUTORES	TITULO	Año publ.	MUESTRA	EDAD	COMPONENTE EXAMINADO	CUESTIÓN EXAMINADA	CONCLUSIÓN
Bernahard y Forehan	Los efectos de alabanza etiquetada e inetiquetada sobre clase media y baja.	1975	40 clase media y baja	5 años	Refuerzo verbal	¿Es el refuerzo verbal más efectivo que el etiquetado?	SI
Kotler y McMahon	Problemas conductuales	2003			Atención y refuerzo	¿El entrenamiento en atención y recompensa mejora el cumplimiento?	SI
Scarboro y Forehand	Los efectos de dos tipos de respuesta contingente en niños obedientes y oposicionista.	1975	24 no clínicos	5 años	Instrucciones	¿Está el número de instrucciones relacionado con la obediencia?	A mayor número de instrucciones, menor obediencia
Scarboro y Forehand	Los efectos de dos tipos de respuesta contingente en niños obedientes y oposicionista.	1975	24 no clínicos	5 años	TF / ignorar	¿Es TF más eficaz que Ignorar?	Los dos son eficaces pero ignorar requiere más instrucciones
Gardner, Forehand y Roberts	Respuesta maternal ante la obediencia y desobediencia infantil: Algunos datos normativos.	1978	32 pares niños- madres no clínicos	3.5-6.5 años	Instrucciones		
Gardner, Forehand y Roberts		1976			TF	¿Incluir verbalizaciones en el TF cambio su efectividad?	NO
Hobbs, Forehand y Murray	El efecto de varias duraciones del tiempo fuera en niños desobedientes	1978	28 niños	4-6 años	TF	¿Es más eficaz la duración de 4 minutos de TF que 1 minuto o 10 segundos?	SI
Bean y Roberts	El efecto del TF libera contingencias sobre cambios del incumplimiento infantil.	1981	24 niños clínicos (desobedientes)	2-6 años	TF	¿Las relaciones de contingencias para TF es más eficaz que no haberlas?	SI
Day y Roberts	Un análisis del componente de castigo físico de un programa de adiestramiento paternal.	1983	16 niños clínicos (desobedientes)	2-5 años	TF	¿cuál es una reserva eficaz para abandonar el TF?	barrera física(TF en la habitación) o azotar; barrera física está asociada con comportamiento menos quebrantador en TF
Roberts y Hatzenbuehler	Tratamiento paternal de emisión de órdenes con verbalizaciones negativas: Una cuestión de persistencia.	1981	42 niños	2- 7 años	Instrucciones claras	¿Tener consecuencias por el cumplimiento y el incumplimiento aumenta obediencia y disminuye verbalizaciones negativas a los niños?	SI
Davies, McMahon, Flessati y Tiedeman		1984			Ignorar	¿Cuándo el padre introduce ignorar al niño, es el efecto ignorar realizado cuando los padres incluyen un racionamiento verbal más el modelado?	SI
McMhon, Davies y Tiedeman		1983			TF	¿Cuándo el padre introduce TF al niño, es el efecto de TF realizado cuando los padres incluyen un racionamiento verbal más el modelado?	SI
McMahon, Tiedemann y Davies		1987			Atención positiva	¿Cuándo el padre introduce atención positiva al niño, es mayor el efecto de la atención cuando los padres incluyen un racionamiento verbal más el modelado?	SI

Capítulo 1. Justificación teórica

Tabla 9. Tabla comparativa de estudios de Forehand y McMahon. Investigaciones relacionadas con el resultado										
AUTORES	TÍTULO	AÑO	MUESTRA	EDAD	GRUPO	DATOS	COMPONENTE EXAMINADO	CUESTIÓN EXAMINADA	CONCLUSIÓN	
Forehand y King	Niños preescolares desobedientes: efectos de la terapia conductual a corto plazo	1974	16 8 niños 8 padres Estudio de laboratorio	3-6 años	Desobedientes Terapia	Observación directa Observación en casa	Recompensar comportamiento deseable y TF ante comportamiento anormal	¿Cambia el comportamiento de padres y la obediencia infantil tras la terapia: reforzar lo positivo y TF lo negativo?	SI. Ocurrió la generalización de laboratorio a casa	
Forehand y King	Niños desobedientes: efectos del entrenamiento a padres en el cambio de actitud y conducta	1977	22 10 niños y 1 niña 11 madres Estudio de laboratorio	5.2 años clínicos	Desobedientes Entrenamiento a padres	Observación directa Satisfacción social	Cambio de actitud y de conducta	¿Cambia la actitud y el comportamiento de madres e hijos tras el entrenamiento a padres?	SI. Hubo cambios durante los 3 meses siguientes y generalización	
Breiner y Forehand	Interacciones madre-niños: comparativa con niños con retraso y sin retraso	1982	32		Desobedientes clínicos y no clínicos, comparando niños con retraso del desarrollo y sin retraso	Observación en casa Satisfacción social	Órdenes instrucciones	¿Es la interacción madre-hijos igual con retrasos del desarrollo y sin retraso?	NO. El grupo retrasado las madres dan menor número de emisiones y de órdenes que el normalizado	
Forehand y Sturgis	Los indicadores de comportamiento infantil no conforme en la casa	1983	18 madres clínicas	2-9 años	Desobedientes Clínicos	Observación en casa y cuestionarios	Indicadores de incumplimiento infantil	¿Cuáles son los indicadores de incumplimiento infantil?	2 comportamientos maternos, órdenes beta y recompensas totales, mostradas en la clínica era los mejores profetas de cumplimiento infantil en la casa. las medidas de informe tradicionalmente aceptadas paternas y el comportamiento infantil en la clínica no era los profetas significativos de cumplimiento en la casa.	
Forehand, Breiner, McMahon y Davies	Predictores del cambio de conducta en el tratamiento de problemas infantiles	1981	16	3.4-9 años	Clínicos Entrenamiento a padres	Observación en casa y en el colegio	Órdenes instrucciones	¿El aprendizaje de habilidades para manejar comportamientos en casa combinado con la escuela es buen predictor de cambios en la escuela?	SI. Buen predictor del cambio de conducta escolar	
Baum y Forehand	Evaluación a largo plazo de entrenamiento a padres por el empleo de múltiple medida de resultado	1981	34 pares madre-hijo	1.4-5 años	Entrenamiento a padres	Observación en casa Satisfacción social	Recompensas TF	¿Entrenar a los padres en reforzar lo positivo y aplicar TF por incumplimiento mantiene los cambios?	SI. Generalización temporal, validación social	

Programa Familiar PEPA

AUTORES	TITULO	AÑO	MUESTRA	EDAD	GRUPO	DATOS	COMPONENTE EXAMINADO	CUESTIÓN EXAMINADA	CONCLUSIÓN
Forehand, Steffe, Fury y Walley	La evaluación de las madres de un programa de adiestramiento paternal completado tres años y medio antes.	1983	34		-----	Cuestionarios	Evaluación de los efectos a LP de un programa de entrenamiento a padres	¿Qué medidas se consideran mejor ajustado después del tratamiento y que este efecto fue mantenido en la continuación?	Generalización temporal Seguimiento de 11 a 86 meses. Las madres ven a sus hijos considerablemente mejor ajustado después del tratamiento y que este efecto fue mantenido en la continuación. Respuestas generalmente favorables también fueron relatadas por las madres sobre una medida de satisfacción de consumidor
Forehand y Long	Tratamiento de paciente externo de la actuación del niño: Procedimientos, datos de continuación de largo plazo, y problemas clínicos.	1988	42 familias	4.5-10.5 años	No referencias Entrenamiento a padres	Observación directa Cuestionarios(informes a padres, a niños e instructor)	Órdenes instrucciones	¿El entrenamiento temprano con niños desobedientes previene problemas clínicos?	Generalización temporal y validación social. La intervención temprana con desobedientes es importante para la prevención de familias coactivas
Long, Forehand, Wierson y Morgan	¿El entrenamiento a padres con niños jóvenes no conformes tiene efectos a largo plazo?	1994	52	Seguimiento con 17-22 años	no referencias EPA	Cuestionarios (informes a padres y niños)	Efectos a largo plazo del EPA	¿Tiene efectos a Largo Plazo el EPA con los niños tratados en su edad adulta?	Generalización temporal Seguimiento 14 años Los niños no conformes que participaron en el entrenamiento a padres durante sus primeros años funcionaban así como individuos de no clínica en la edad adulto
Humphreys, Forehand, McMahon y Roberts	Efecto de las instrucciones dadas a los padres en conformidad del niño	1978	8		-----	Observación en casa			Generalización sibling
Wells, Forehand y Griest	Generalización de los efectos del tratamiento de comportamientos tratados a los comportamientos no tratados como resultado de un PEPA	1980	24 12 H+ 12M 12 control desobedientes	5 años	No referencias Entrenamiento padres Clínicos	Observación en casa Antes y después del tratamiento	Cumplimiento de órdenes	¿El entrenamiento a padres generaliza sus efectos a comportamientos no tratados?	SI.Generalización conductual Disminución significativa de comportamiento infantil anormal
Forehand, Wells y Griest	Un examen de la validez social de un programa de entrenamiento del padre.	1980	30 15 M clínica 15 M no clínica	5 años	No referencias Entrenamiento padres Clínicos	Observación en casa Cuestionarios	Satisfacción del entrenamiento a padres y cambio de actitud	¿El programa de EPA tiene efectos positivos?	Validación social, efectos positivos desde 2 y 15 meses los H+ dóciles y + ajustados

Capítulo 1. Justificación teórica

AUTORES	TÍTULO	AÑO	MUESTRA	EDAD	GRUPO	DATOS	COMPONENTE EXAMINADO	CUESTIÓN EXAMINADA	CONCLUSIÓN
Cross Calvert y McMahon	La aceptabilidad de tratamiento de un programa de adiestramiento conductual paternal en sus componentes	1987	90 madres	3-8 años	Entrenamientos a padres solo EP con IV EP con IV y modelado	Cuestionarios	aceptabilidad de tratamiento de un PEPA en 5 habilidades de educación individuales (atiende, recompensa, el no hacer caso, órdenes, descanso) y 3 métodos de introducir cada nueva habilidad al niño (la exposición razonada, la exposición razonada más el modelado, ninguna exposición razonada o modelado),	¿Qué componentes son tasados como más aceptables en un PEPA?	Validación social Las estrategias de aumentar el comportamiento de déficit fueron tasados como más aceptable que las de reducir excesos conductuales .La presentación de una exposición razonada fue tasada como el método más aceptable de introducir las nuevas estrategias
McMahon, Johnson y Robbins		2003	96 estudiantes 57 madres		Terapia Instrucciones escritas Terapia e instrucciones escritas	Cuestionarios			Validación social
McMahon, Tiedeman, Forehan y Griest	Satisfacción paterna del EPA para modificar incumplimiento infantil	1984	20		Técnicas solamente Habilidades sociales	Cuestionarios	Satisfacción paterna en la evaluación EPA: Técnicas y HHSS	¿Qué es más satisfactorio en EPA las técnicas solamente o entrenar en HHSS?	Validación social Seguimiento:2 meses Nivel alto de satisfacción EPA el entrenamiento en habilidades sociales mantuvo su satisfacción en una manera más constante, más que EPA sólo
Brody y Forehand		1985	24		Ansiedad familiar Baja ansiedad familiar	Observación en casa Cuestionarios			Satisfacción familiar
Forehand, griest, Wells y McMahon	Efectos secundarios del asesoramiento a padres en la satisfacción marital.	1982	27 madres		3 grupos: Alta, baja y media satisfacción familiar EPA´	Observación en casa Cuestionarios	Recompensas TF	¿El asesoramiento a padres aumenta la satisfacción familiar?	Satisfacción familiar baja aumentó ajuste matrimonial pero no se mantiene Satisfacción media y alta no informaron cambio de ajuste Seguimiento: 2 meses
Forehand, Joe y Rowe-Hallbert		1992	39		-----	Cuestionarios			Parenting locus de control

Programa Familiar PEPA

AUTORES	TITULO	AÑO	MUESTRA	EDAD	GRUPO	DATOS	COMPONENTE EXAMINADO	CUESTIÓN EXAMINADA	CONCLUSIÓN
McMahon & Forehand	Terapia de comportamiento no descrita: Eficacia de un folleto en las madres de enseñanza para corregir los comportamientos inadecuados del mealtime de sus niño	1978	3 madres de 26 a 33 años	2- 5 años	Autoadministración de foffetos	Observación en casa	Atención(recompensa TF (consecuencias)	¿Hay cambios significativos y es eficaz el uso de folletos en vez de programas de EPA ?	SI. La autoadministra ción de folletos disminuyeron entre el 50-80% de conductas inadecuadas
McMahon & Lehman		2003	40	-	Terapia Instrucciones escritas Terapia e instrucciones escritas Control sin entrenamiento	Observación clínica Cuestionarios			Autoadministración Instrucciones claras
Wells, Griest y Forehan	El uso de un paquete de dominio para realzar la generalidad temporal de un programa de entrenamiento del padre	1980	16 16 M´ 16 H´	3-16 años	EP solamente EP + autocontrol madre Clínicos Desobedientes	4 Observación en casa Informes de los padres	Recompensas TF	¿El autocontrol maternal aumenta los efectos más que sólo el EPA´?	SI.Autocontrol maternal hace que los hijos sean + dóciles y - extravagantes Seguimiento: 2 meses
McMahon, Forehand y Griest	Los efectos de conocimiento de los principales estudios sociales en realzar resultado de tratamiento y generalización en un programa de adiestramiento paternal.	1981	20		Técnicas solamente Habilidades sociales	Observación en casa Cuestionarios	La habilidad conductual y entrenamiento formal en principios de estudio para modificar el incumplimiento infantil.	¿Es eficaz incorporar entrenamiento formal en principios de estudio sociales en un programa de adiestramiento conductual paternal como medio para mejorar el resultado de tratamiento y generalización?	Aprendizaje social Seguimiento: 2 meses SI. Se percibe a sus niños como mejor ajustado y está más satisfecho por el tratamiento. mejor ajustado y recompensado sus niños más. Además, sus niños eran considerablemente más dóciles
Griest y colaboradores	. Efectos de la terapia del padre en el resultado del tratamiento y la generalización de un programa de entrenamiento del padre.	1982	32 17 M´clínicas 17 M´no clínicas	-----	EP solamente EP + terapia a padres No referencias Clínicos y normales	Observación en casa Cuestionarios	EP solamente EP + terapia a padres	¿Es el EPA´+ terapia más eficaz que el EPA´sólo?	SI. EPA´ con terapia es más eficaz que el EPA´sólo para el cambio de comportamiento infantil Seguimiento: 2 meses

Capítulo 1. Justificación teórica

AUTORES	TÍTULO	AÑO	MUESTRA	EDAD	GRUPO	DATOS	COMPONENTE EXAMINADO	CUESTIÓN EXAMINADA	CONCLUSIÓN
Long, Rickart & Ashcraft	La biblioterapia como auxiliar a la medicación estimulante en el ttº de ADHD	1993	32 ADHD	-	Instrucciones escritas más meds Meds Grupo experimental + control	Cuestionarios (informes a padres y niños)	Biblioterapia en el ttº de ADHD	¿Existen diferencias cuando se aplica biblioterapia en los ADHD?	Autoadministración Niños con ADHD Sí existen diferencias cuando se aplica autoadministración, mejoran comportamiento en casa, principios conductuales y ratings conducta profesor
Welss & Egan		1988	19	-	Entrenamiento a padres solo Terapia familiar	Observación clínica Cuestionarios			
Baum, Reyna McGlone & Ollendick		1986	34	6-8 mo	EP + autocontrol niñosa EP + control de atención de los niños entrenamiento sistemático eficaz en la educación de los hijos + control de la atención de los niños	Observación clínica Cuestionarios (informes a padres y niños)			Segimiento: 6-8 meses
McMahon, Forehand, Griest y Wells		1981	48		-----	Observación en casa Cuestionarios			
Furey y Basili	Predictores de satisfacción en el EPA con niños incumplidos	1988	53 familias de niños no conformes	1.4-9 años	-----	Observación en casa Cuestionarios	Programa EPA Variables predictoras	¿Cuáles son las variables que predicen la satisfacción de EPA?	El incumplimiento infantil y conductas desviadas fueron importantes en determinar la satisfacción. El bajo estado socioeconómico, depresión, habilidades de educación pobre y tener hija no conforme no satisfacen EPA
Griest, Forehand y Wells		1981	16		-----	Observación en casa Cuestionarios			

1.6.5. Revisión de la eficacia de programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta

Diversos estudios han evidenciado que la intervención dirigida a padres es decisiva en la modificación de los problemas de conducta surgidos en edades tempranas, que en muchas ocasiones reflejan el comienzo de una trayectoria antisocial. En este ámbito, el entrenamiento de padres se plantea como una de las modalidades de intervención mejor investigadas y consideradas de mayor calidad por la literatura científica. Robles y Romero (2011) realizaron un análisis de la eficacia del entrenamiento a padres en base a los resultados extraídos de los metaanálisis y artículos de revisión incluidos en las bases de datos PSYCINFO (APA); ISOC (CSIC); ERIC y MEDLINE (1989-2009). Los diferentes metaanálisis y revisiones examinados reflejaron la robustez del entrenamiento de padres en la promoción de cambios positivos en la conducta del niño, en la mejora de las interacciones diarias entre padres e hijos y en las conductas y actitudes parentales. Además, el entrenamiento de padres mostró su eficacia en otros aspectos implicados en la dinámica familiar, como la comunicación, la resolución de problemas y la disminución del estrés parental.

En las siguientes tablas se exponen las revisiones de los programas de entrenamiento, tanto de metaanálisis y recuento de votos (tabla 10) como de tipo descriptivo (tabla 11).

Capítulo 1. Justificación teórica

Tabla 10. Estudios de metaanálisis y recuento de votos (*vote counting*) en el ámbito de los programas de entrenamiento de padres

AUTOR/ES (AÑO) TÉCNICA EM-PLEADA EN LA REVISIÓN	OBJETIVO	CARACTERÍSTICAS	HALLAZGOS
Cedar y Levant (1990) METAANÁLISIS	Estudiar la eficacia del programa de entrenamiento para padres de orientación humanista Parent Effectiveness Training (PET) en comparación con otros tipos de programas de entrenamiento.	26 estudios incluidos. Criterios de inclusión: medidas pretest y postest, grupo control, empleo de medidas cuantitativas. Variables criterio: conducta del niño, actitudes y conducta de los padres, conocimientos acerca de los contenidos del programa, autoestima y actitud del niño.	Los resultados globales no evidencian eficacia significativa del PET, pero sí muestra un tamaño del efecto mayor ($d=0.328^*$) que los otros tipos de tratamiento ($d=0.138$).
Todres y Bunston (1993) RECuento DE VOTOS	Examinar la eficacia de tres aproximaciones teóricas distintas de los programas de padres: Conductual, Humanista y Adleriana.	62 estudios incluidos: - 18 conductuales. - 24 humanistas (sólo PET). - 20 adlerianos. Criterios de inclusión: formato grupal, asignación aleatoria, grupo control, medidas pretest, postest y seguimiento. Variables criterio: psicopatología, actitudes y conducta de los padres conocimientos acerca de los contenidos del programa, conducta, psicopatología, autoestima y actitud del niño.	Resultados programas Conductuales: - Mejora significativa en grupo de tratamiento: 49.1 % - No cambio: 12.3 % Resultados PET: - Mejora significativa en grupo de tratamiento: 17.5 % - No cambio: 20.6 % Resultados adlerianos: - Mejora significativa en grupo de tratamiento: 41.1 % - No cambio: 30.4 %
Serketich y Dumas (1996) METAANÁLISIS	Estudiar la eficacia del entrenamiento conductual para padres en la modificación de la conducta desobediente del niño.	26 estudios incluidos. Criterios de inclusión: sólo intervención conductual, asignación aleatoria, población objetivo niños con problemas de conducta, grupo control. Variable criterio: conducta del niño.	El tamaño del efecto global ($d=0.86$) muestra un ajuste conductual significativo para aquellos niños cuyos padres participaron en el entrenamiento. El tamaño del efecto derivado de los informes de padres ($d=0.84$), profesores ($d=0.73$) y observadores ($d=0.85$) muestra resultados significativos en pro del grupo de intervención.
Dimond y Hide (1999) RECuento DE VOTOS	Estudiar la eficacia de los programas de entrenamiento para padres a medio y largo plazo.	19 estudios incluidos. Criterios de inclusión: asignación aleatoria, grupo control. Variables criterio: conducta del niño, habilidades positivas parentales.	Conducta del niño: 14 de 15 estudios mostraron resultados positivos, de los cuales 11 fueron significativos. Habilidades positivas de los padres: 8 de 8 estudios mostraron un efecto positivo, 6 con un efecto significativo..
Barlow y Stewart-Brown (2000) METAANÁLISIS	Estudiar la eficacia de programas de entrenamiento con formato grupal para padres de niños de 3 a 10 años.	16 estudios incluidos. Criterios de inclusión: asignación aleatoria, grupo control, formato grupal. Variable criterio: conducta del niño.	No se proporcionan datos sobre el tamaño del efecto global. Informes parentales: se calcula el tamaño del efecto en 5 estudios, mostrando un resultado significativo ($d=0.6$ a $d=2.9$). En el resto de estudios no es posible calcular el tamaño del efecto pero se informa de cambios positivos en la percepción de los padres sobre la conducta del hijo. Sólo uno de los estudios informa de no observar cambios en el grupo de intervención respecto al grupo control. - 4 estudios comparan el formato grupal con el formato individual y auto-administrado, en todos ellos el formato grupal produce mejores resultados. Observaciones independientes: sólo se puede calcular el tamaño del efecto para 3 estudios. El tamaño del efecto especificado en 2 estudios es: $d=0.5$ terapia individual vs. $d=0.9$ formato grupal con video; individual con video $d=0.35$ vs. debate en grupo $d=0.29$ y debate grupal guiado y video $d=0.68$. En el último estudio el tamaño del efecto oscila entre $d=0.2$ y $d=0.4$.

AUTOR/ES (AÑO) TÉCNICA EM-PLEADA EN LA REVISIÓN	OBJETIVO	CARACTERÍSTICAS	HALLAZGOS
Richardson y Joughin (2002) RECuento DE VOTOS	Estudiar la eficacia de los programas de entrenamiento de padres para niños pequeños con trastornos de conducta.	2 revisiones y 8 estudios primarios. Criterios de inclusión: todos los diseños. Variables criterio: conducta del niño.	Los hallazgos se basan en su mayoría en las revisiones de Barlow y Stewart-Brown (2000) y Brestan y Eyberg (1998). Los programas de entrenamiento para padres son eficaces en mejorar la conducta de los niños pequeños.
Farrington y Welsh (2003) METAANÁLISIS	Estudiar la eficacia de los programas familiares de prevención de la delincuencia/ conducta anti-social.	40 estudios incluidos, de los cuales 10 son programas de entrenamiento para padres. Los programas fueron divididos en 6 categorías: visita a domicilio; guardería y preescolares; programas de entrenamiento para padres; escolares; intervención comunitaria con adolescentes en riesgo, terapia multisistémica. Criterios de inclusión: familia como objetivo de intervención, variable criterio delincuencia o conducta antisocial, asignación aleatoria o grupo control, tamaño de la muestra mínimo 50 personas. Variables criterio: delincuencia/ conducta antisocial.	5 de los 10 estudios de entrenamiento de padres muestran un tamaño del efecto significativo, con una media de $d=0.395$. Los programas de entrenamiento de padres se muestran como los más eficaces.
Maughan, Christian-sen, Jenson, Olympia y Clark (2005) METAANÁLISIS	Estudiar la eficacia del entrenamiento conductual de padres como tratamiento para los problemas de conducta externalizante.	79 estudios incluidos. Criterios de inclusión: la variable criterio debe incluir al menos un comportamiento externalizante, el procedimiento de intervención debe incluir empleo de refuerzo, Tiempo-fuera y otras técnicas conductuales adicionales, la muestra debe estar formada por padres de niños de 3 a 16 años. Variables criterio: conducta del niño.	El tamaño del efecto global muestra que el entrenamiento conductual de padres es una intervención eficaz en la modificación de problemas de conducta de inicio temprano, oscilando de pequeño ($d=0.30$ en diseños con grupo control), a moderado ($d=0.68$ sólo con medidas pre-test y postest). Variables moderadoras: Método de evaluación (tamaño del efecto): -Informe padres ($d=0.68$ control; $d=0.88$ pretest-postest). -Observación ($d=0.36$ control; $d=0.56$ pretest-postest). Edad del niño (tamaño del efecto): -3-5($d=0.40$ control; $d=0.75$ pretest-postest). -6-8($d=0.19$ control; $d=0.53$ pretest-postest). -9-11($d=1.36$ control; $d=0.66$ pretest-postest). Formato (tamaño del efecto): -Grupal ($d=0.16$ control; $d=0.70$ pretest-postest). -Individual ($d=0.67$ control; $d=0.43$ pretest-postest). Nº de sesiones (tamaño del efecto): -1-5 ($d=0.96$ control; $d=0.51$ pretest-postest). -6-10($d=0.50$ control; $d=0.67$ pretest-postest). -11-15($d=0.45$ control; $d=0.74$ pretest-postest). -+16($d=0.08$ control; $d=0.78$ pretest-postest).
Cedar y Levant (1990) METAANÁLISIS	Estudiar la eficacia del programa de entrenamiento para padres de orientación humanista Parent Effectiveness Training (PET) en comparación con otros tipos de programas de entrenamiento.	26 estudios incluidos. Criterios de inclusión: medidas pretest y postest, grupo control, empleo de medidas cuantitativas. Variables criterio: conducta del niño, actitudes y conducta de los padres, conocimientos acerca de los contenidos del programa, autoestima y actitud del niño.	Los resultados globales no evidencian eficacia significativa del PET, pero sí muestra un tamaño del efecto mayor ($d=0.328^*$) que los otros tipos de tratamiento ($d=0.138$).
Todres y Bunston (1993) RECuento DE VOTOS	Examinar la eficacia de tres aproximaciones teóricas distintas de los programas de padres: Conductual, Humanista y Adleriana.	62 estudios incluidos: -18 conductuales. -24 humanistas (sólo PET). -20 adlerianos. Criterios de inclusión: formato grupal, asignación aleatoria, grupo control, medidas pre-test, postest y seguimiento. Variables criterio: psicopatología, actitudes y conducta de los padres, conocimientos acerca de los contenidos del programa, conducta, psicopatología, autoestima y actitud del niño.	Resultados programas Conductuales: -Mejora significativa en grupo de tratamiento: 49.1 % -No cambio: 12.3 % Resultados PET: -Mejora significativa en grupo de tratamiento: 17.5 % -No cambio: 20.6 % Resultados adlerianos: -Mejora significativa en grupo de tratamiento: 41.1 % -No cambio: 30.4 %

Capítulo 1. Justificación teórica

AUTOR/ES (AÑO) TÉCNICA EM-PLEADA EN LA REVISIÓN	OBJETIVO	CARACTERÍSTICAS	HALLAZGOS
Serketich y Dumas (1996) METAANÁLISIS	Estudiar la eficacia del entrenamiento conductual para padres en la modificación de la conducta desobediente del niño.	26 estudios incluidos. Criterios de inclusión: sólo intervención conductual, asignación aleatoria, población objetivo niños con problemas de conducta, grupo control. Variable criterio: conducta del niño.	El tamaño del efecto global ($d=0.86$) muestra un ajuste conductual significativo para aquellos niños cuyos padres participaron en el entrenamiento. El tamaño del efecto derivado de los informes de padres ($d=0.84$), profesores ($d=0.73$) y observadores ($d=0.85$) muestra resultados significativos en pro del grupo de intervención.
Lundhal, Risser, y Lovejoy (2006) METAANÁLISIS	Estudiar la influencia de los programas de entrenamiento de padres en el comportamiento y percepciones de los padres y en la modificación de la conducta disruptiva del niño a corto y largo plazo. Análisis de factores moderadores.	63 estudios incluidos. Criterios de inclusión: conducta del niño como objetivo, grupo control, grupo intervención y grupo control de al menos 5 participantes, niños sin retraso mental o de desarrollo, medidas pretest, post y de satisfacción, estudios publicados en lengua inglesa. Se incluye un análisis de los factores moderadores. Variables criterio: conducta del niño, conducta y percepciones de los padres.	Respecto a la variable de resultados "conducta del niño", los programas de entrenamiento de padres diseñados para los problemas de conducta se muestran en general como un tipo de intervención robusta, con un tamaño del efecto moderado en el post (conductuales $d=0.42$; no conductuales $d=0.44$), disminuyendo los efectos a largo plazo ($d=0.21^{**}$). Conducta de los padres: tamaño del efecto moderado en el post (conductuales $d=0.45$; no conductuales $d=0.66$); en el seguimiento también disminuye el tamaño del efecto ($d=0.25^*$). Percepciones de los padres: tamaño del efecto moderado en el post (conductuales $d=0.53$; no conductuales $d=0.48$); disminuyendo los efectos a largo plazo ($d=0.45^*$) Los resultados hallados en el análisis de las variables moderadoras sugieren que: -La intervención individual se muestra superior a la grupal en personas con un bajo nivel socioeconómico. - La introducción de otros componentes, además de los conductuales dirigidos a la modificación de la conducta disruptiva, no implican mejoras detectables en la conducta. -Los programas con un formato "auto-administrado" tienen efectos similares al modo guiado.
Reyno y McGrath (2006) METAANÁLISIS	Examinar algunos de los predictores de eficacia de los programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta externalizante.	31 estudios incluidos. Criterios de inclusión: la variable criterio debe referirse a algún tipo de conducta externalizante, los estudios deben proporcionar una medida cuantificable de fracasos o logros de la intervención, publicados en lengua inglesa. Variables criterio: predictores de resultados y fracasos de la intervención divididos en 4 categorías: -Demográficas: nivel socioeconómico y educativo, ocupación, edad de la madre, composición familiar. -Niño: fuente de derivación (es-cuela o contexto clínico), severidad de la conducta. -Participación: implicación en el tratamiento, barreras. -Parentales: psicopatología, sucesos o estresores vitales negativos.	Asociación entre variables predictoras y resultados del tratamiento (únicamente se señalan aquellas variables con un resultado más robusto) : Demográficas: -Nivel de ingresos ($r=0.52$). Niño: -Severidad de la conducta ($r=0.40$). -Fuente de derivación ($r=0.44$). Participación: -Barreras ($r=0.33$). Parentales: -Psicopatología materna ($r=0.39$). Asociación entre variables predictoras y abandonos: el tamaño del efecto fue en todos los casos pequeño o no significativo.

Tabla 11. Revisiones de tipo descriptivo en el ámbito de los programas de entrenamiento a padres

AUTOR/ES (AÑO) TÉCNICA EM-PLEADA EN LA REVISIÓN	OBJETIVO	CARACTERÍSTICAS	HALLAZGOS
Mooney (1995) DESCRIPTIVA	Revisar la eficacia de los programas adlerianos, conductuales y humanistas (PET).	33 estudios incluidos. Criterios de inclusión: grupo control. Variables de resultados: bienestar padres e hijos.	Efectos en los niños: - Los programas adlerianos incrementan significativamente la autoestima pero tienen un impacto mínimo en la conducta; por su parte el STEP influye sobre el rendimiento y locus de control pero apenas tiene efectos sobre la autoestima. - PET: incrementa la autoestima. - Conductuales: se muestran muy eficaces sobre la conducta. Efectos en los padres: -Adlerianos y STEP: incrementan las actitudes de diálogo y disminuyen las actitudes autoritarias y restrictivas. - PET: mejora de la empatía y habilidades de comunicación. - Conductual: tiene menos impacto en las actitudes parentales pero influye sobre la cohesión familiar además de disminuir las conductas de no aceptación.
Kazdin (1997) DESCRIPTIVA	Revisar las características, sustrato teórico y resultados de los principales tratamientos para niños y adolescentes con trastornos de conducta.	Criterios de selección de los tratamientos: conceptualización teórica e investigación que la respalde, estudios que evidencien resultados, relación entre proceso y resultados obtenidos. Tipos de tratamientos incluidos en la revisión: -Entrenamiento en resolución de problemas. -Entrenamiento conductual de padres. -Terapia familiar funcional. -Terapia multisistémica.	El entrenamiento para padres es una de las intervenciones más investigadas y que mejores resultados presenta, tanto en medidas procedentes de informes de padres y profesores como en observaciones realizadas en el contexto familiar y escolar, identificándose como una de las intervenciones más prometedoras en el campo de los problemas de conducta. Limitaciones: no todas las familias responden bien al tratamiento, existencia de escasas oportunidades de formación de entrenadores, la intervención ha sido llevada a cabo básicamente con preadolescentes.
Olivares y García Lopez (1997) DESCRIPTIVA	Revisar el estado actual de la literatura española sobre el entrenamiento a padres.	45 trabajos sobre el entrenamiento de padres (28 en revistas y 17 en capítulos de libro) Criterios de división: a)orientación metodológica: experimental, cuasiexperimental y estudio de caso; b)instrumentos de recogida información: autoinformes, observación y registros psicofisiológicos; c)técnicas estadísticas: inferencial paramétrica, infer.no paramétrica, estadística descriptiva; d) forma de aplicación: parcial y total; e) modalidad del tratamiento: grupo, individual y ambos; f)nº de coterapeutas: padre, madre, ambos y otros familiares; g) duración del seguimiento: corto plazo (0-5 meses), medio plazo (6-11 meses), largo plazo (12+ meses) y sin especificar.	Orientación metodológica: 79% estudio de caso; 18% cuasi-experimental; 3% experimental. Instrumentos de recogida de información: 100% cuestionarios; 88% observación; 0 registros psicofisiológicos. Técnicas estadísticas: 82% técnicas descriptivas; 12% técnicas inferenciales paramétricas; 6% técnicas inferenciales no paramétricas. Forma de aplicación: 56% como única intervención; 44% como un componente más del tratamiento. Modalidad del tratamiento: 91% formato individual; 9% grupal; 0 ambos. Nº de coterapeutas: 68% padre y madre; 20% madre; 12% padre; 9% ambos y otros familiares. Duración del seguimiento: 32% largo plazo; 26% corto plazo; 21% medio plazo; 21% sin especificar.
Tucker y Gross (1997) DESCRIPTIVA	Revisar la eficacia de los programas de entrenamiento conductual para padres de niños menores de 5 años.	27 estudios incluidos. Criterios de inclusión: todo tipo de diseños que incluyan en la muestra niños menores de 5 años y la conducta del niño como variable criterio. Variable criterio: conducta del niño.	En general los estudios muestran que la intervención conductual con padres es una estrategia eficaz para mejorar la conducta de niños menores de 5 años.
AUTOR/ES (AÑO) TÉCNICA EM-PLEADA EN LA REVISIÓN	OBJETIVO	CARACTERÍSTICAS	HALLAZGOS

Capítulo 1. Justificación teórica

Brestan y Eyberg (1998) DESCRIPTIVA	Revisar estudios sobre tratamientos psicosociales para niños con problemas de conducta.	82 estudios incluidos. Criterios de inclusión: intervenciones realizadas sobre conductas oposicionistas y/o agresivas.	Se identifican dos tratamientos “bien establecidos”: el programa de entrenamiento para padres basado en el Living with Children (Patterson y Guillion, 1968) apoyado en principios operantes para la modificación de la conducta de niños y adolescentes con trastornos de comportamiento; y el programa de entrenamiento para padres basado en videos de Webster-Stratton. Fueron identificados otros diez tratamientos como “probablemente eficaces”.
Taylor y Biglan (1998) DESCRIPTIVA	Estudiar la eficacia de las intervenciones familiares de tipo conductual en la mejora del comportamiento de niños con conducta disruptiva.	Descripción y resultados de intervenciones familiares de tipo conductual. Variable de resultados: problemas de conducta de tipo disruptivo.	En general, las intervenciones familiares de tipo conductual son eficaces. Factores que interfieren en los resultados: padres/madres solteros/as, pobreza, depresión materna, conflicto conyugal, aislamiento social. Formato grupal: mejor coste-beneficio, más satisfacción familias. El empleo de videos, ensayo conductual y orientación en los principios teóricos subyacentes a las estrategias aprendidas aumentan la eficacia del programa. La introducción de componentes adicionales como el entrenamiento en habilidades de resolución de problemas o en habilidades de autocontrol aumenta la eficacia del programa y disminuye la tasa de abandonos. Los resultados extraídos de los estudios longitudinales sugieren que los cambios se mantienen hasta un año después de la intervención.
Sampers, Anderson, Hartung, y Scambler (2001) DESCRIPTIVA	Revisar los objetivos de las intervenciones conductuales y explorar los programas de entrenamiento de padres desarrollados específicamente para intervenir sobre los problemas de conducta de inicio temprano.	La revisión contiene una descripción de la relevancia y prevalencia de los problemas conductuales en EEUU, el papel de la familia en su génesis y desarrollo, los objetivos de la intervención conductual y los programas específicamente diseñados para tal fin. Se excluyen los estudios de caso, y las intervenciones en las que no se incluye como variable de resultados la conducta del niño.	La mayoría de las intervenciones conductuales se basan en los principios de aprendizaje social. Entre los objetivos generales de los programas revisados se encuentran: mejorar la actitud de los padres ante la mala conducta, romper el ciclo de coerción instruyendo a los padres en modos de respuesta más eficaces ante la conducta problema y promoción del comportamiento prosocial a través del refuerzo conductual. Todos los programas revisados informan de resultados positivos a corto plazo
Lochman y Steen-hoven (2002) DESCRIPTIVA	Revisar las principales intervenciones basadas en la familia para la prevención del abuso de sustancias.	Descripción de la eficacia de las principales intervenciones basadas en la familia en la prevención del abuso de sustancias. Las intervenciones se clasifican en función de dos aproximaciones: 1) entrenamiento de padres; y 2) terapia familiar y apoyo en el hogar. Se estudia la eficacia de ambas aproximaciones según si los programas han sido empleados como prevención universal y selectiva o como prevención indicada.	Como prevención universal, los programas de entrenamiento de padres muestran mejoras en los estilos parentales y disminución de los problemas de conducta. Los efectos se mantienen en el seguimiento. Como prevención indicada: mejoras en el funcionamiento familiar. -Padres: disminución de la conducta hostil y castigo físico, incremento del afecto positivo y atención contingente a la conducta. Incremento de la implicación con la escuela. -Hijos: disminución de los problemas de conducta Conclusiones: los programas de entrenamiento pueden jugar un papel fundamental en la reducción del riesgo de abuso de sustancias

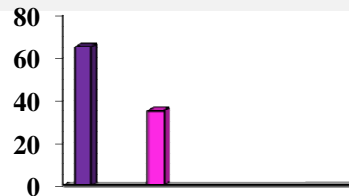
AUTORES (AÑO) TÉCNICA EM-PLEADA EN LA REVISIÓN	OBJETIVO	CARACTERÍSTICAS	HALLAZGOS
Chronis, Chacko, Fabiano, Wymbs, y Pelham (2004) DESCRIPTIVA	Revisar los avances ocurridos dentro del paradigma de entrenamiento conductual para padres de niños con TDAH. Direcciones futuras.	Se revisaron factores relacionados con: -Formato, proceso e implementación. -Factores parentales asociados con una pobre respuesta a la intervención (psicopatología, distrés conyugal, cogniciones, implicación). - Factores del niño a considerar en la implementación de las intervenciones conductuales (nivel de desarrollo, comorbilidad, conflictos con iguales o dificultades escolares)	Formato: -Intervenciones grupales: menos costosas, más eficientes y menos estigmatizantes que las intervenciones individuales. Se sugiere que las intervenciones individuales parecen ser más beneficiosas con las familias que presentan mayores niveles de psicopatología. Proceso: se enfatiza la importancia del empleo de técnicas de resolución de problemas y modelado a través de videos en la adquisición de las estrategias conductuales proporcionadas a los padres. Implementación: se sugiere que las intervenciones realizadas en la comunidad (escuela, centros sociales...) promueven la implicación en los programas. Factores parentales: la intervención sobre la psicopatología parental (a través de componentes que incluyan manejo de la ira, estrés y emociones) maximiza los efectos a largo plazo de la intervención. Factores del niño: aunque existen pocos estudios que se centren en el TDAH, se sugiere que las intervenciones farmacológicas y conductuales combinadas son superiores al empleo aislado de la medicación.
Rey (2006) DESCRIPTIVA	Revisar los principales componentes y aplicaciones del entrenamiento de padres.	20 estudios incluidos (no se especifican criterios de inclusión). Se estudian los principales componentes, población objetivo y principales resultados de los programas de entrenamiento.	Los principales componentes de los programas de padres revisados, se dividen en dos ejes: 1) Estrategias dirigidas a la capacitación en el manejo conductual, a través del entrenamiento en técnicas de modificación de conducta y formación en los principios de aprendizaje social. 2) Mejora del bienestar de los padres, a través de entrenamiento en resolución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales y entrenamiento en manejo del estrés y control de la ira. Población objetivo: -Problemas conductuales. -Padres en riesgo (niños con necesidades educativas especiales, padres con retraso mental u otras discapacidades, preparación materna, padres adoptivos, padres divorciados, padres reclusos, padres maltratadores). Resultados: -Respecto a los componentes: los resultados son prometedores, no obstante, se desconocen cuáles son con exactitud los mecanismos y factores responsables del éxito de este tipo de intervención; asimismo, se sugiere que el entrenamiento vaya más allá de un enfoque puramente técnico basado en técnicas de modificación de conducta, y que contemple las características y necesidades particulares de los padres e hijos beneficiarios del mismo. -Respecto a la población objetivo: la mayor parte de los programas revisados se dirigen a tratar problemas de conducta infantil, donde evidencian más muestras de eficacia.

1.6.6. Estado actual del entrenamiento a padres en España

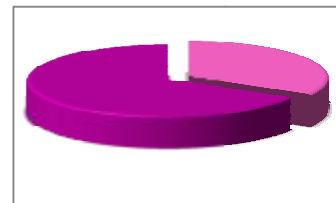
Dr. José Olivares y Luis J. García-López (1997) de la Universidad de Murcia hicieron una revisión bibliográfica del estado actual del entrenamiento a padres en España (tabla 12) y los hallazgos de 45 trabajos (tabla 10) indican que:

Tabla 12. Revisión bibliográfica del entrenamiento a padres en España

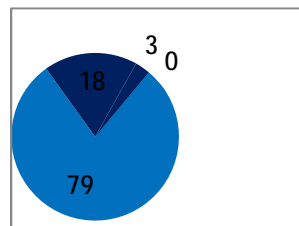
La proporción de **trabajos teóricos** es menor a la de **artículos empíricos**



Estudios Teóricos: el mayor porcentaje corresponden a **revisiones**



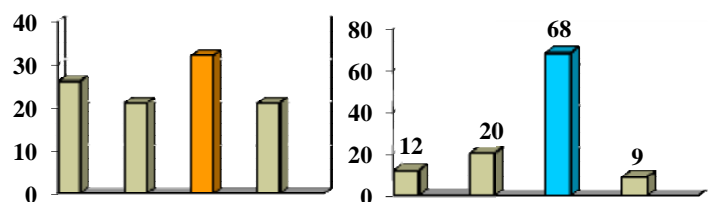
Estudios Empíricos: el mayor porcentaje corresponde a los **estudios de casos**



El **entrenamiento** a padres se ha aplicado como la única intervención realizada y de manera **individual**



La mayor proporción de estudios son de **seguimiento:** hay una mayor proporción a **largo plazo**



El Análisis bibliométrico, por Luis J. García-López, José Olivares y Ana I. Rosa de la Universidad de Murcia.1997, hallaron en 12 trabajos los siguientes resultados:

- w Hay un escaso número de trabajos científicos sobre este tema.
- w La mayoría de autores no han seguido investigando y/ o produciendo en este campo por:
 - La dificultad de asistencia de los padres a los programas de intervención
 - La alta tasa de abandonos al tratamiento.

Distintos autores han sugerido que el entrenamiento audiovisual permitiría resolver gran parte de estos problemas.

1.6.7. Los tratamientos psicológicos basados en la evidencia para niños y adolescentes con conducta disruptiva

Sheila M. Eyberg , Melanie M. Nelson & Stephen R. Boggs(2008) han revisado la literatura desde 1996 hasta 2007 para actualizar el informe de Brestan y Eyberg (1998) que cubre los años 1966-1995, sobre los tratamientos psicosociales basados en la evidencia (EBT) para niños y adolescentes con comportamiento disruptivos, incluyendo trastorno opositorista desafiante y trastorno de conducta. Los estudios se evaluaron por Task Force, grupo de trabajo de la promoción y difusión de los procedimientos psicológicos (Chambless et al., 1998; Chambless et al., 1996).

Brestan y Eyberg (1998), identificaron en la revisión 1966-1995, 12 tratamientos para niños o adolescentes con comportamiento disruptivo con el criterio de tratamiento posiblemente eficaz o bien establecido. En esta revisión 1996-2007 fueron identificados 16 EBTs, frente a los 12 del informe anterior, y también se identificaron 9 tratamientos como “posiblemente eficaces” (Chambless y Hollon, 1998). Aunque se ha intentado una

Capítulo 1. Justificación teórica

revisión exhaustiva de esta literatura, puede haber tratamientos eficaces para problemas de conducta de niños y adolescentes que no estén incluidos.

En la tabla 13 se enumeran, para su posterior debate con este estudio en el capítulo 5, sólo los tratamientos que cubren el rango de edad de 3-6 años, que cumplen los criterios de eficacia y que proporcionaron la evidencia empírica. A continuación, se desarrollan cada uno de ellos.

1. Helping de Noncompliant Child (HNC)
2. Incredible Years (IY).
3. Parent- Child Interaction Therapy (PCIT).
4. Parent Management Training Oregon (PMTO).

Tabla 13. Clasificación de los tratamientos TASK FORCE, basados en la evidencia de los trastornos de conducta (Revisión 1996-2007)			
TIPO DE TRATAMIENTO	AUTORES DEL ESTUDIO	MUESTRA	EDAD
1. Helping de non compliant child (HNC)			
Helping de non compliant child	Peed, Roberts, & Forehand (1977)	2 Children with disruptive behavior	3-7 years (Mean 5)
Helping the Noncompliant Child	Wells & Egan (1988)	2 Children with Disruptive behavior	3-8 years (Mean NA)
2. Incredible Years (IY)			
Incredible Years	Webster-Stratton & Hammond (1997)	1 Children with disruptive behavior disorders	-8 years (Mean ¼ 5.3)
Incredible Years	Webster-Stratton, Reid, & Hammond (2004)	1 Children with disruptive behavior disorders	4-8 years (Mean ¼ 5.8)
Incredible Years	Webster-Stratton & Hammond (1997)	1 Children with disruptive behavior disorders	4-8 years (Mean ¼ 6.0)
Incredible Years	Webster-Stratton, Reid, & Hammond (2001)	1 Children with disruptive behavior disorders	4-8 years (Mean ¼ 6.0)
Incredible Years	Webster-Stratton, Reid, & Hammond (2004)	1 Children with disruptive behavior disorders	4-8 years (Mean ¼ 6.1)
3. Parent-Child Interaction Therapy (PCTI)			
Parent-Child Interaction Therapy	Schuhmann, Foote, Eyberg, Boggs, & Algina (1998)	1 Children with disruptive behavior	3-6 years (M ¼ 4.9)
Parent-Child Interaction Therapy	Nixon, Sweeney, Erickson, & Touyz (2003)	1 Children with Disruptive behavior	3-5 years (M ¼ 3.9)
4. Parent Management Training Oregon (PMTO)			
Parent Management Training Oregon	Bernal, Klinnert, & Schultz (1980)	1 Children with Disruptive behavior	5-12 years (M ¼ 8.4)
Parent Management Training Oregon	Christensen, Johnson, Phillips, & Glasgow (1980)	1 Children with Disruptive behavior	4-12 years (M ¼ 6.8)
Parent Management Training Oregon	Patterson, Chamberlain, & Reid (1982)	2 Children with Disruptive behavior	3-10 years (M ¼ 6.8)

1.6.7.1. Ayudando al hijo desobediente

1.6.7.1.1. Helping de non compliant child. Constance Half . HNC

El programa “Ayudando al niño desobediente” (*Helping the noncompliant child*) fue desarrollado en la Escuela de Medicina de la Universidad de Oregón en los años 60 por Constance Half. Posteriormente, grupos de investigación lo han actualizado y valorado (Forehand y McMahon,1981; Webster-Stratton, 1984).

La aparición de conductas perturbadoras depende de factores del niño, de los padres y de la relación padres-hijos. La predisposición individual, puesta de manifiesta en el temperamento difícil, interactúa con la historia de aprendizaje destacando las experiencias tempranas. En la tabla 14 se explica la génesis del trastorno desafiante y del trastorno disocial.

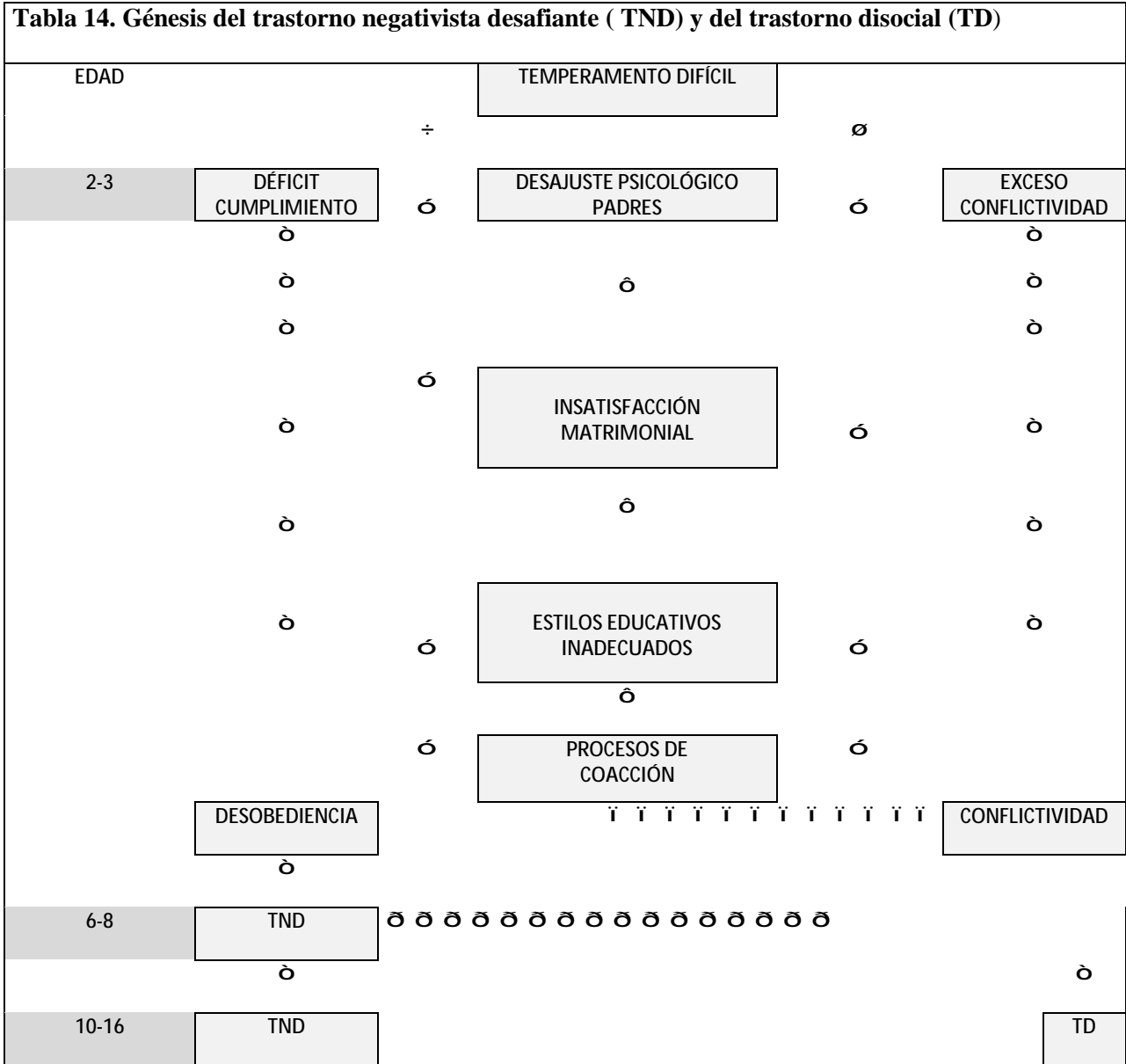
La desobediencia infantil es un problema de relación entre el niño y sus figuras de autoridad, donde ante instrucciones paternas no se obtiene la respuesta esperada y no va seguida de las consecuencias adecuadas ante el incumplimiento. El patrón de interacción educativo inadecuado se refleja en estilos permisivos o punitivos.

El ambiente familiar adverso es otra variable en la aparición de conductas perturbadoras y está originado por el desajuste psicológico de los padres, como alcoholismo paterno o depresión materna, y la insatisfacción marital, tanto por desavenencias conyugales como por ruptura conflictiva de la pareja. Autores como Sánchez y Carrillo (2002) apuntan al funcionamiento familiar alterado y no a la estructura familiar como el factor que influyen más negativamente en la perturbación comportamental.

El déficit en el manejo de los antecedentes y consecuentes, tales como la supervisión paterna, correlaciona con conducta antisocial (Patterson, Reid y Dhision, 1992). Las conductas problemáticas aumentan conforme disminuye la atención al hijo

Capítulo 1. Justificación teórica

sobre dónde está, qué hace o cuándo regresará a casa. Si además los padres no refuerzan las conductas prosociales, se castigan conductas leves en vez de ignorarlas o se aplica castigo físico o no se sanciona las conductas graves, se incrementa la conducta negativa.



Diversos autores apuntan, que la dificultad en ejercer el mando se asocia con comportamientos perturbadores. Los padres que ejercen su autoridad con órdenes recriminatorias y humillan al hijo favorecen la desobediencia.

El comportamiento perturbador queda explicado por los intercambios aversivos entre padres e hijos que refuerzan y modelan de manera negativa. Este proceso de

coacción encierra una trampa de reforzamiento negativo, ya que el alivio de la aversión de los padres es contingente al reforzamiento del comportamiento perturbador del hijo, que cada vez es más frecuente, intenso y duradero, agravando el conflicto.

Como se refleja en la tabla 15, el esquema del proceso de coacción se inicia cuando el padre manda una orden, que se convierte en estímulo negativo para el hijo. El hijo protesta enfadado y se niega a cumplir la orden que le da, coacción que se convierte en estímulos negativo para el padre. El padre molesto, repite la orden a gritos y el hijo airado, replica chillando, produciéndose una escala del conflicto. Los intercambios empiezan a ser más aversivo hasta que el padre cede, siendo reforzada negativamente la desobediencia del hijo; entonces cesa la bronca del hijo, quedando reforzada negativamente la retirada de la orden del padre.

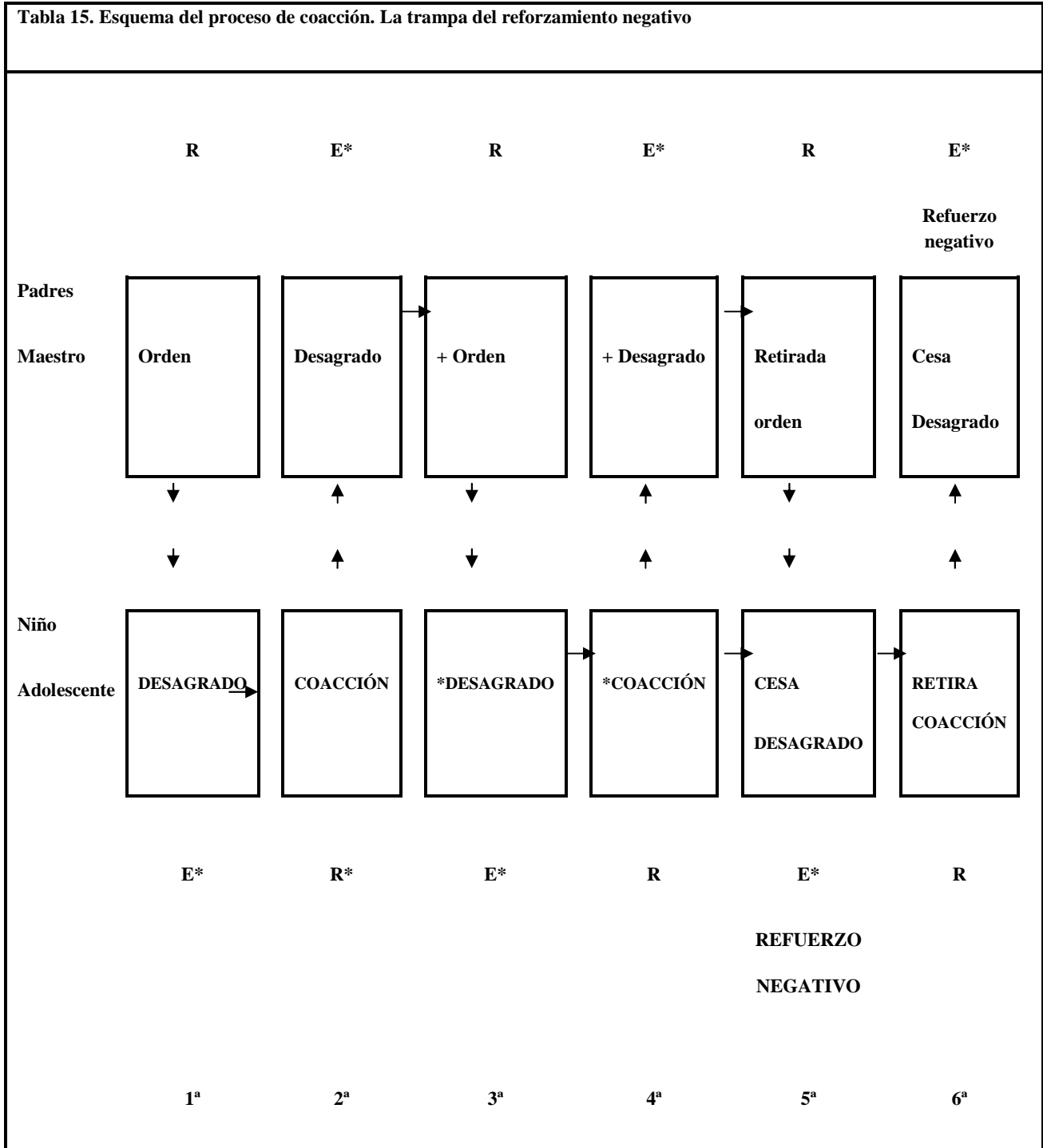
Hay un fenómeno, denominado aceleración del castigo, el cual indica que los castigos pierden su eficacia para reducir y eliminar conductas coactivas del hijo, incluso se incrementan de manera paradójica debido a la historia de reforzamiento intermitente de la coacción y al uso inconsistente del castigo. Los padres pueden aplicar consecuencias opuestas, hacer una reprimenda leve y mostrar arrepentimiento paterno y dar manifestaciones efusivas de cariño.

1.6.7.1.2. Programa de Forehand y McMahon (1981); McMahon (1993)

“Ayudando al niño desobediente” de Forehand y McMahon (1981), es un programa de intervención familiar con niños de 3 a 8 años, con empleo individual y de grupo. El programa está diseñado para enseñar destrezas de crianza apropiadas a través del juego de roles y modelaje. Tiene dos fases, la primera, de mejora de la interacción padres-hijo a través del uso de halagos y de atención al tiempo que de extinción de

Capítulo 1. Justificación teórica

conductas inapropiadas. La segunda, enseña a los padres el uso de secuencia de órdenes claras para lograr la obediencia.



La duración es de hora y media y en la mayoría de los casos consta de 10 sesiones. En la sesión inicial el terapeuta introduce el concepto de desobediencia en el marco de la teoría de coacción y explica los contenidos y el procedimiento a través de instrucciones, modelado, representación de papeles, reforzamiento positivo, retroalimentación constructiva y tareas para casa. Consta de dos fases, entrenamiento genérico en paternidad positiva y entrenamiento específico en desobediencia. En la tabla 16, se exponen los contenidos del programa.

En la primera fase, de entrenamiento genérico en paternidad positiva, se presta atención al comportamiento obediente con atención selectiva, se festejan las conductas obedientes con reforzamiento social y se ignoran las conductas desobedientes leves por medio de la extinción.

En la fase dos, de entrenamiento específico en obediencia, se imparten órdenes alfa como habilidades de mando.

La aportación de Forehand y McMahon complementa la explicación de la conducta desobediente al añadir el *déficit en habilidades de mando* (Forehand, Miller, Dutra y Watts-Chance, 1997; McMahon, 1991). En muestras clínicas se observa que los padres dan más órdenes y mandan de forma airada, humillante o recriminatoria (Forehand, King, Peed y Yoder, 1975). Este modo de ejercer la autoridad se asocia con comportamientos perturbadores (Griest, Forehand, Wells y McMahon, 1980).

Las *órdenes alfa*, apropiadas, son instrucciones específicas, concisas y directas, que describen con claridad respuestas motoras viables del niño, mientras que las *órdenes beta*, inapropiadas, son vagas, contradictorias, inconsistentes, etc., no dando oportunidad para interrumpir la conducta desobediente del niño.

Capítulo 1. Justificación teórica

Tabla 16. Contenidos del programa Ayudando al niño desobediente

Primera fase: entrenamiento genérico en paternidad positiva.

Atención selectiva: prestar atención al comportamiento obediente.

- Descripción operativa de conductas obedientes.
- Seguimiento de órdenes, no dirección coactiva.
- Supresión de críticas, discursos moralistas.

Reforzamiento social: festejar las conductas obedientes.

- Verbal sin etiquetar: elogios, alabanzas.
- Verbal etiquetando: precisar el motivo de la felicitación.
- Físico: besos, abrazos, etc.

Extinción: ignorar las conductas desobedientes leves.

- Sin contacto ocular.
- Sin contacto verbal.
- Sin contacto físico.

Tareas para casa: actividades entre sesiones.

- Juego libre con el hijo durante 10- 15 minutos diarios para ejercitar las habilidades aprendidas en la clínica.
- Práctica con al menos dos conductas-objetivo.

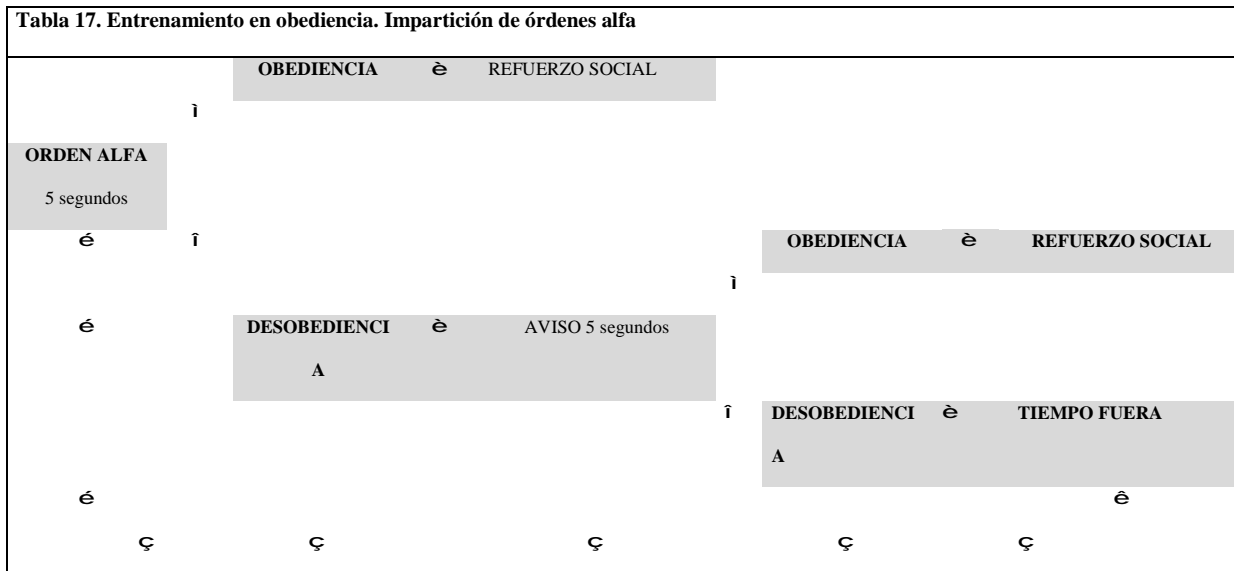
Segunda fase: entrenamiento específico en obediencia.

Habilidades de mando: impartición de órdenes alfa.

Como se refleja en la tabla 17, de órdenes alfa para el entrenamiento en obediencia, la madre o el padre da al hijo una orden alfa concediéndole tiempo para obedecer. En función de la respuesta del niño proporciona consecuencias:

- a) Si inicia el cumplimiento antes de cinco segundos se le refuerza socialmente.
- b) Si transcurridos cinco segundos todavía no ha empezado a obedecer le da un aviso advirtiéndole las consecuencias negativas del incumplimiento, por ejemplo “si no recoges los juguetes tendrás que sentarte en la silla del rincón”.
- c) Si, tras el aviso, comienza a cumplir la orden antes de cinco segundos, le refuerza socialmente.

- d) Si, tras el aviso, pasan más de cinco segundos y continúa sin cumplir la orden, aplica tiempo fuera sentándole en la silla del rincón de la habitación durante tres minutos.
- e) Si permanece sentado en la silla tres minutos y está quieto sin moverse los últimos quince segundos, entonces se repite el proceso desde el principio dando de nuevo la orden alfa desobedecida.
- f) Si incumple el tiempo fuera se añaden procedimientos de apoyo como coste de respuesta.



Los errores más comunes en la emisión de órdenes por las figuras de autoridad, órdenes beta, se ofrecen en la tabla 18

ORDEN O NORMA	PADRE O MADRE	NIÑO O ADOLESCENTE	EJEMPLO
INATENDIDA	No se asegura que la orden es recibida	No atiende a la figura de autoridad	El padre dice desde el salón al hijo que se halla en su cuarto del piso de arriba del dúplex escuchando música, "baja el volumen"
VAGA	No describe el comportamiento solicitado	No sabe el comportamiento que se espera de él	La madre molesta con el hijo "ya sabes lo que tienes que hacer"
IRREAL	Plantea objetivos poco realistas	Sabe que la figura de autoridad no se lo cree	El padre al hijo que no sabe recoger " lo quiero siempre así de ordenado"
COMPLEJA	Manda secuencias prolijas de órdenes. Se excede en mandar (más de 100 órdenes por hora)	Se siente agobiado o pasa y va a su ritmo	La madre a la hija, "guarda los juguetes en el baúl, mete la ropa limpia en el armario, coloca la ropa sucia en el cesto, saca los zapatos a la galería, dúchate, lávate el pelo con champú, ponte el pijama, siéntate a la mesa ..."
REITERADA	Se quita la autoridad a sí mismo (las órdenes "se	Solo obedece después de numerosas	La madre a la hija, "te he dicho mil veces que no se juega aquí"

Capítulo 1. Justificación teórica

	gastan")	repeticiones	
DÉBIL	Se expresa en tono dubitativo o desiderativo en vez de imperativo	Considera que es un ruego de cumplimiento opcional	La madre a la hija "a mamá le gustaría que colaboraras en casa, ¿qué tal si me echas una mano y me ayudas a poner la mesa?"
AUTORITARIA	Utiliza procedimientos coactivos: malas caras, gritos, amenazas, instigación física, etc.	Se rebela, responde agresivamente	El padre empuja al hijo a la habitación amenazando a gritos, "¡No quiero verte salir de la habitación hasta que tengas el cuarto ordenado! ¿Te enteras? Y, ¡ay de ti como rechistes!"
INJUSTA	Plantea requerimientos que exceden la autoridad paterna	Hace oídos sordos	El padre a la hija, "quiero que estudies ingeniería"
CONTRADICTORIA	Interrumpe la conducta obediente con una orden contraria	Está confundido	El padre, "bebe deprisa que llegamos tarde al colegio" La niña con las prisas está a punto de derramar la leche El padre, "bebe despacio que te manchas"
INCONSISTENTE	Los padres están en desacuerdo entre ellos	Saca ventaja del progenitor más permisivo	La madre, aprovecha la ausencia del marido para levantar el castigo al hijo (entregándole dinero bajo mano), "puedes salir, pero estate de vuelta antes de que tu padre regrese del trabajo"

En la tabla 19 se expone un resumen de la descripción, objetivos, componentes y resultados del programa HCN.

1.6.7.2. Programa de Paternidad Positiva

1.6.7.2.1. Incredible Years (IY). Webster-Stratton

Los problemas conductuales y emocionales son comunes en los niños de más corta edad y se calcula que entre un 6-15% de niños y niñas de edades comprendidas entre los 3-12 años manifiestan problemas emocionales y conductuales clínicamente significativos (Egger y Angold, 2006; Sawyer, 2000) y que el porcentaje de niños de corta edad en familias económicamente desfavorecidas llega hasta un 35% (Webster-Stratton y Hammond, 1998). Se ha demostrado que los niños de corta edad con dificultades conductuales y emocionales de inicio temprano presentan un riesgo de desarrollar dificultades de adaptación severas, absentismo escolar, violencia y abuso de drogas durante la adolescencia y la edad adulta (Costello, Foley, y Angold, 2006; Egger y Angold, 2006). La intervención temprana con programas basados en la evidencia y dirigidos a niños, padres y profesores ha demostrado ser capaz de prevenir y reducir el

desarrollo de problemas de conducta y, a un mismo tiempo, prevenir que se desarrollen factores de riesgo secundarios (Kazdin y Weisz, 2010; Snyder, 2001). Hace treinta años Webster-Stratton (Webster-Stratton, 1981; Webster-Stratton, 1982) presentó el Programa de Recursos para Padres Incredible Years (IY) como un nuevo método basado en resultados para reducir los problemas comportamentales y promover la competencia social y emocional de los niños. Impartido en grupo, aspira a prestar apoyo a los padres y a mejorar las prácticas parentales.

El Programa de Recursos Parentales IY fue diseñado para superar las limitaciones de los programas de recursos parentales que existían por aquel entonces y que se basaban en la formación verbal (por ejemplo, clases didácticas) y métodos de terapia individual, así como para abordar los problemas de costes y viabilidad asociados a otros métodos basados en resultados como, por ejemplo, el feedback individualizado y en cinta de vídeo que proporciona la tecnología 'bug-in-theear'. Éste, y todos los posteriores programas, se basaban en las teorías de aprendizaje social cognitivo, autoeficacia y de creación de relaciones y como principal modo de intervención empleaban métodos de modelado por medio de vídeo administrados en grupo. Para lograr el fin propuesto, se desarrollaron series completas de vídeo mostrando escenas de interacciones reales entre padres e hijos que ilustraban conductas parentales positivas y otras menos efectivas para ser usadas como una herramienta por los guías de grupo capacitados para facilitar que los grupos de padres se implicasen en discusiones de grupo, apoyo de iguales, introspección y resolución de problemas, ejercicios de prácticas y aprendizaje cooperativo.

Tabla 19. Resumen descripción, objetivos, componentes y resultados del programa HNC

Capítulo 1 Justificación teórica

Programa	Ayudando al hijo desobediente.. Helping de non compliant child (HNC)
Descripción	<p>HNC es un programa de habilidades de entrenamiento dirigido a enseñar a los padres cómo obtener el cumplimiento de sus niños de 3 a 8 años de edad. El objetivo es mejorar las interacciones entre padres e hijos con el fin de reducir la escalada de problemas en los trastornos más graves (por ejemplo, trastorno de conducta, delincuencia juvenil). El programa se basa en el supuesto teórico de que el incumplimiento en los niños es la base para el desarrollo de problemas de conducta y que interacciones defectuosas entre padres e hijos juegan un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de estos problemas.</p> <p>Los padres asisten a las sesiones con sus hijos y los entrenadores enseñan las habilidades parentales básicas necesarias para mejorar las interacciones entre padres e hijos y aumentar el cumplimiento.</p>
Objetivos	<p>Establecer una interacción positiva con el niño mediante la reducción / eliminación de conductas coercitivas de los padres y la disponibilidad de atención positiva al niño por conductas apropiadas e ignorar las conductas inapropiadas.</p> <p>Proporcionar ajuste del límite apropiado y consecuencias tanto para el cumplimiento niño y el incumplimiento de las directivas de los padres, que deberían dar lugar a una reducción de:</p> <p>El trastorno negativista desafiante y trastorno de conducta diagnosticados</p> <p>La participación en la conducta delictiva</p> <p>Riesgo de problemas de consumo de sustancias</p> <p>Maltrato infantil</p>
Componentes	<p>Los componentes esenciales de <i>ayudar al niño que Noncompliant (HNC)</i> incluyen:</p> <p>Población / participantes</p> <p>Edad del niño de 3 a 8 años, con incumplimiento excesivo</p> <p>Las sesiones suelen ser con familias individuales en lugar de en grupos (aunque HNC se ha adaptado para su uso en grupos de 10-15 padres)</p> <p>sesiones individuales de la familia con el padre (s) (las madres y los padres - u otros cuidadores primarios, siempre que sea posible) y el niño</p> <p>Niño en todas las sesiones de tratamiento</p> <p>Programa</p> <p>Consiste en una serie de habilidades de los padres para aumentar la atención positiva de la conducta apropiada del niño, hacer caso omiso de las conductas inapropiadas de menor importancia, proporcionar instrucciones claras al niño y proveer consecuencias apropiadas para el cumplimiento (por ejemplo, la atención positiva) y incumplimiento (por ejemplo, tiempo fuera), habilidades de los padres usando métodos activos de enseñanza, tales como la demostración, juegos de rol, y la práctica directa con el niño en la escuela y en el hogar.</p> <p>El paso de una habilidad a la siguiente se basa en la excelencia demostrada por el padre (es decir, basado en la competencia)</p>

	<p><i>HNC</i> consta de dos fases:</p> <p>Atención diferencial (Fase I): Principal objetivo: romper el ciclo coercitivo mediante el establecimiento de una relación positiva y de refuerzo mutuo entre los padres y el niño.</p> <p>Los padres aprenden a:</p> <p>Aumentar la frecuencia y la amplitud de la atención social para el niño (recompensas)</p> <p>Ignorar las conductas inapropiadas menores</p> <p>Reducir la frecuencia de la conducta verbal competir</p> <p>Capacitación para el cumplimiento (Fase II): Los padres aprenden a:</p> <p>Utilizar la secuencia de instrucciones claras para proporcionar instrucciones concisas y directas al niño</p> <p>Dejar al niño tiempo suficiente para cumplir</p> <p>Proporcionar consecuencias apropiadas para el cumplimiento (por ejemplo, la atención positiva) o incumplimiento (por ejemplo, tiempo de espera)</p> <p>Utilizar reglas permanentes como complemento a la secuencia de instrucciones claras</p> <p>Poner en práctica las habilidades de los padres en situaciones fuera del hogar (por ejemplo, montar en el coche, ir de compras, visitar otros)</p>
Resultados	<p>Resultados de los niños y niñas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios positivos a largo plazo (2 meses a 3,5 años) en el comportamiento. • También se observan cambios en las conductas no específicamente tratadas en la intervención (generalización). • Se asocia el programa con un cambio positivo en el comportamiento en la escuela. • Los resultados del programa son igual de positivos en los niños y niñas de todo el rango de edad de 3-8 años. <p>Resultados de los padres y madres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se observan cambios en la conducta infantil y de sus padres y madres. • Aparecen cambios positivos en el comportamiento de los padres y madres hacia los otros hijos e hijas y en el propio comportamiento entre hermanos. • Altos niveles de satisfacción de los padres y madres. • Disminución de los síntomas de la depresión en las madres.

Capítulo 1. Justificación teórica

Las familias determinaron por sí mismas los objetivos que debían alcanzar ellos mismos y sus hijos, de acuerdo con sus creencias culturales, auto-gestionaban sus decisiones sobre las actividades asignadas en el hogar, participaban en ejercicios de valores en relación a objetivos a corto y largo plazo, y trabajaban con los guías de grupo para reconocer y superar sus barreras personales. Desde los años 80, la Serie de Aprendizaje Incredible Years se ha expandido para incluir tres currículos complementarios para padres, profesores y niños que incluyen en los tres casos similares métodos de aprendizaje y procesos terapéuticos.

Estos programas fueron diseñados para reducir los múltiples factores de riesgo asociados a prácticas parentales deficientes, problemas de conducta de inicio temprano y dificultades emocionales. La serie ha sido sometida a extensa evaluación empírica.

Los tres programas han sido respaldados ampliamente por varios grupos de revisión así como por intervenciones basadas en la evidencia y firmemente consolidadas para tratar trastornos de conducta. Significativamente, durante la última década, varios ensayos también han apoyado el impacto preventivo de estos programas colectivamente e individualmente y su uso en escuelas para reducir el riesgo de los niños de desarrollar graves problemas de conducta mediante el refuerzo de las habilidades parentales y de manejo de la clase para los profesores y el uso en el aula de un currículo social y emocional que promocióne las competencias sociales, emocionales y académicas de los niños.

1.6.7.2.2. La Versión de Padres, Profesores y Niños. Paternidad Positiva.

1. 6.7.2.2.1. Paternidad Positiva para padres

Los programas de refuerzo parental BÁSICO están dirigidos a cuatro grupos de edad diferenciados: bebé 3 (6 semanas-1 año), bebé en periodo de gateo (1-2 ½ años), pre-escolar (3-5 años) y edad escolar (6-12 años). Cada uno de estos programas recientemente actualizados incluye ejemplos adecuados a cada edad de familias culturalmente diversas y niños con distintos temperamentos. El programa para bebés tiene una duración mínima de 8-9 semanas en sesiones de dos horas con los padres y bebés. Emplea el libro *Incredible Babies*, que incluye listas de comprobación de apuntes diarios, de desarrollo y de seguridad en el hogar. El programa padres-bebés en periodo de gateo BASIC se completa en un periodo mínimo de 12 semanas, en sesiones de 2 horas, y tiene su propio libro: *Incredible Toddlers*. Los programas para las edades de pre-escolar y escolar se ofrecen en sesiones semanales durante 18-20 semanas o más, y también está disponible un protocolo de versión reducida de 14 semanas del programa de pre-escolar para poblaciones de prevención de bajo riesgo. La base del programa son las escenas en vídeo de habilidades parentales modeladas (hay más de 300 escenas y cada una de ellas dura aproximadamente de 1 a 3 minutos), que son mostradas por dos guías capacitados a grupos de entre 1-12 padres. Los vídeos muestran principios de aprendizaje social y desarrollo infantil y sirven de estímulo para discusiones focalizadas, introspección, resolución de problemas y aprendizaje cooperativo.

Capítulo 1. Justificación teórica

Los programas también son diseñados para ayudar a los padres a entender los momentos evolutivos clave, los diferentes tipos de temperamento infantil, y la seguridad de sus hijos en el hogar y supervisión, así como respuestas parentales apropiadas a cada edad.

Los objetivos de los programas son adaptados específicamente a cada grupo de edad y etapa de desarrollo y son, entre otros: (a) promover las competencias de los padres y fortalecer las familias incrementando una crianza positiva, el apego padres-hijos, y la auto-confianza sobre la práctica parental; (b) incrementar las habilidades de los padres para usar interacciones dirigidas por el niño para inculcarle habilidades socio-emocionales, académicas, verbales y de persistencia; (c) reducir la disciplina crítica y físicamente violenta e incrementar las estrategias de disciplina positiva, tales como ignorar y redirigir, consecuencias lógicas, tiempo fuera, y resolución de problemas; (d) incrementar las redes de apoyo de las familias; y (e) reforzar los lazos entre el hogar y la escuela y la implicación de los padres en actividades relacionadas con la escuela.

Además de los programas de recursos parentales, hay también dos programas de recursos parentales suplementarios o adjuntos diseñados para poblaciones concretas. El programa de formación parental ADVANCE, ofrecido tras completar los programas BASIC de pre-escolar o escolar, fue diseñado para situaciones de alto riesgo selectivo y poblaciones indicadas y se centra en los factores de riesgo interpersonal de los padres, tales como depresión, desacuerdo marital, déficit de comunicación, autocontrol y explosiones de ira, y la resolución de problemas y maneras de ofrecer y recibir apoyo. El Programa de Preparación a la Escuela para niños de 3-5 años de edad es un programa de prevención de 4-6 sesiones diseñado para enseñar a los padres técnicas de entrenamiento académico, social y emocional y maneras de potenciar las habilidades de pre-alfabetización y lectura interactiva de los niños.

El contenido de ambos programas BASIC y ADVANCE también es proporcionado en una guía que los padres usan en los programas de edad pre-escolar y edad escolar, titulado: *The Incredible Years: A Troubleshooting Guide for Parents* (C. Webster-Stratton, 2006).

La eficacia del programa BASIC IY para padres con hijos (de edades comprendidas entre los 2-8 años) diagnosticados por Trastorno oposicionista-desafiante (TOD) o Trastornos de Conducta (TC) ha quedado demostrada en ocho ensayos aleatorizados de grupo de control (RCTs) publicados por la creadora del programa (Reid, Webster-Stratton, y Hammond, 2007; Webster-Stratton, 1981, 1982, 1984, 1990a, 1992, 1994, 1998; Webster-Stratton y Hammond, 1997; Webster-Stratton, Hollinsworth, y Kolpacoff, 1989; Webster-Stratton, Kolpacoff, y Hollinsworth, 1988; Webster-Stratton, Reid, y Beauchaine, 2011; Webster-Stratton, Reid, y Hammond, 2004). En todos estos estudios, el programa BASIC ha demostrado que mejora las actitudes parentales y las interacciones padres-hijos, y que reduce la disciplina severa y los problemas de conducta de los niños, en comparación con grupos de control. Los resultados fueron consistentes en las versiones de los programas para las edades de primera infancia y escolar. Los análisis de componentes del tratamiento indican que la combinación de discusiones grupales, un guía de grupo, y el modelado por vídeo, lograba producir los resultados más duraderos, en comparación con otros tratamientos que sólo incluían uno de estos tres componentes (Webster-Stratton et al., 1989; Webster-Stratton et al., 1988). Un estudio anterior (Webster-Stratton, 1994), mostró los beneficios adicionales del programa ADVANCE en la generación de soluciones prosociales y las interacciones maritales de los padres. En consecuencia, se diseñó un programa de 20-24 semanas que combinaba BASIC y ADVANCE como principal tratamiento de padres y niños diagnosticados por TOD y/o TDAH y fue empleado en la

Capítulo 1. Justificación teórica

mayoría de los estudios de tratamiento. Varios estudios también han demostrado que los efectos del tratamiento IY perduran entre 1-3 años tras el tratamiento (Webster-Stratton, 1990b). Quizás uno de los datos más destacables sea el que se obtuvo en un reciente seguimiento a los 8 y 12 años tras el tratamiento de familias con hijos con problemas de conducta, el cual indicó que el 75% de los adolescentes mostraban una adaptación típica y mínimos problemas conductuales y emocionales (Webster-Stratton, Rinaldi, y Reid, 2010). Además, el programa BASIC ha sido replicado con poblaciones sometidas a tratamiento en cinco proyectos de investigación realizados por investigadores independientes en clínicas de salud mental, o consultas médicas, con familias y niños diagnosticados por problemas de conducta (Drugli y Larsson, 2006; Gardner, Burton, y Klimes, 2006; Lavigne et al., 2008; Scott, Knapp, Henderson, y Maughan, 2001; Spaccarelli, Cotler, y Penman, 1992; Taylor, Schmidt, Pepler, y Hodgins, 1998).

Un estudio reciente con niños en escuela primaria evaluó los efectos de la intervención parental administrada en colegios con una población indicada para el tratamiento y culturalmente diversa. Los niños que recibieron dicha intervención mostraron menos problemas externalizados, una mejor regulación de las emociones y mejor vinculación afectiva padres e hijos que los niños del grupo de control. Las madres del grupo de la intervención manifestaron unas prácticas parentales menos coercitivas y de mayor apoyo que las madres del grupo de control (Reid et al., 2007). Otros estudios realizados por investigadores independientes con poblaciones de prevención de alto riesgo han demostrado que el programa de prácticas parentales BASIC aumenta el uso por parte de los padres de atención positiva con sus hijos (elogios, consejos, comentarios descriptivos) y estrategias de disciplina positiva, y reduce las estrategias de disciplina severa, crítica y coercitiva (véase la revisión de C. Webster-Stratton y Reid, 2010). Estas réplicas eran ensayos de “efectividad” realizados en entornos de salud

mental aplicada, no en una clínica de investigación universitaria, y los guías de grupo IY eran miembros (enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos) del personal de los centros o consultas médicas.

También se ha probado la efectividad del programa con diversas poblaciones, incluyendo representantes de las comunidades latina, asiática, afro-americana y caucásica de los Estados Unidos (Reid et al., 2001), y de otros países tales como el Reino Unido, Irlanda, Noruega, Suecia, Holanda, Nueva Zelanda, Gales y Rusia (Gardner et al., 2006; Hutchings et al., 2007; Larsson et al., 2009; Raaijmakers et al., 2008; Scott, Spender, Doolan, Jacobs, y Aspland, 2001; Scott et al., 2009). Estas réplicas demuestran la transportabilidad del programa de prácticas parentales BASIC a otras culturas y países.

1.6.7.2.2.2. Increible Years para niños. Paternidad Positiva para niños

Existen dos versiones del programa infantil IY. En la versión de Prevención Universal en el Aula, los profesores imparten más de 60 clases y actividades en grupos reducidos de carácter socio-emocional dos veces a la semana, y se suministran clases con planes didácticos diferenciados para pre-escolar (Nivel Uno: 3-5 años), parvulario (Nivel Dos: 5-6 años), Clases de grados 1 y 2 (Nivel Tres: 7-8 años). La segunda versión es un pequeño centro escolar Dinosaur terapéutico donde acreditados guías de grupos IY trabajan con grupos de 4-6 niños en sesiones de dos horas una o dos veces a la semana. El programa también puede ser ofrecido como programa de terapia de “arranque” dos veces a la semana por cada hora en el centro escolar, o puede ser ofrecida en sesiones de 2 horas al mismo tiempo que los padres participan en el grupo de padres. Este programa de 22 semanas consiste en una serie de programas en DVD (más de 180 escenas) que enseñan a los niños la resolución de problemas, habilidades

Capítulo 1. Justificación teórica

sociales y habilidades de autorregulación emocional. Diseñado para encajar con el contenido del programa de habilidades parentales, el programa consiste en siete componentes principales: (1) Presentación y Reglas; (2) Empatía y Emoción; (3) Resolución de Problemas; (4) Control de la Ira; (5) Habilidades sociales; (6) Habilidades de Comunicación, y (7) Habilidades Escolares. Se puede encontrar mayor información sobre los programas infantiles en otras revisiones (C. Webster-Stratton & Reid, 2003, 2004).

Hasta la fecha, la creadora del programa ha realizado 3 RCTs para evaluar la efectividad del Programa de Prácticas con grupos pequeños de Niños (en reducir los problemas de conducta y promover la competencia social y emocional en niños diagnosticados por TCD/TC (Webster-Stratton y Hammond, 1997; Webster-Stratton et al., 2004). Los resultados indicaron que los niños que recibieron el programa mostraron mayores mejoras en las habilidades de resolución de problemas y manejo de conflictos con iguales que aquellos niños que sólo recibieron prácticas parentales. En las medidas de la conducta de los padres y los hijos en el hogar, los sujetos que recibieron prácticas parentales mostraron interacciones más positivas que los padres e hijos que sólo habían recibido programas de reducción de problemas de conducta. Las evaluaciones de seguimiento realizadas al año de la finalización del tratamiento indicaron que todos los cambios detectados en el momento de finalización del tratamiento se mantuvieron a lo largo del tiempo. Además, los problemas de conducta de los niños en el hogar se habían reducido a lo largo de ese periodo post-tratamiento. Los resultados señalaron que la situación en la que se combinan ambos era la que produjo más mejoras en la conducta del niño en el seguimiento realizado al año.

1.6.7.2.2.3. Programa Incredible Years. Manejo de la Clase para Profesores

En 1995 (revisado en el 2003), se desarrolló un programa de formación Incredible Years de Manejo de la Clase (IY-TCM) para Profesores de una duración de 6 días (42 horas) con el objetivo de promover las competencias de los profesores y reforzar las conexiones hogar-escuela mediante lo siguiente: (a) mejorando las habilidades de manejo de la clase de los profesores con enfoques de enseñanza proactiva y disciplina efectiva; (b) incrementando el uso de instrucción académica, social, emocional y de persistencia por parte del profesorado con los estudiantes; (c) reforzando los lazos de unión profesor-estudiante; (d) incrementando la habilidad de los profesores para enseñar habilidades sociales, manejo de la ira y habilidad de resolución de problemas en el aula y (e) mejorando la colaboración hogar-colegio, la planificación de conductas y la conexión padres-profesor. Una descripción completa y recientemente actualizada del contenido incluido en este currículo está incluida en el libro que los profesores emplean para el curso, titulado Incredible Teachers (WebsterStratton, 2012a).

El programa IY-TCM (IY-Teacher Classroom Management) ha sido evaluado por la creadora del programa en un tratamiento (Webster-Stratton et al., 2004) y dos RCTs de prevención (Webster-Stratton et al., 2001; Webster-Stratton et al., 2008), y en cinco RCTs realizados por investigadores independientes (véase la revisión de Webster-Stratton, 2012b). Los resultados de las investigaciones han mostrado que los profesores que participaron en las prácticas utilizaban mejores estrategias de manejo de la clase, elogiaban más a sus alumnos, usaban menos estrategias de disciplina coercitiva o crítica, y dedicaban más esfuerzos a ayudar a los estudiantes a resolver problemas. Las clases en donde se realizó la intervención disfrutaban de una atmósfera en el aula más

Capítulo 1. Justificación teórica

positiva, presentaban mayores niveles de competencia social y habilidades de preparación escolar en los niños, y niveles más bajos de conducta agresiva.

En la tabla 18 se expone un resumen de la descripción, objetivos, componentes y resultados del programa IY.

1.6.7.3. Terapia e interacción entre padres e hijos

1.6.7.3.1. Parent-Child Interaction Therapy. Eyberg (1988, 1999)

La Terapia de Interacción Padres-Hijos (PCIT) es una terapia breve para tratar los problemas de conducta en la infancia. Surge a final de los años 80 (Eyberg, 1988).

La Terapia de Interacción Padres-Hijos (PCIT) es un programa con apoyo empírico que pone el énfasis en la mejora de la calidad de las relaciones familiares y trata de cambiar los patrones de interacción entre padres, madres e hijos en los casos de trastornos del comportamiento y de abuso infantil. Dirigido a familias con niños de 2-7 años con problemas de comportamiento.

Los problemas de comportamiento que se observan en estos menores suelen ser: desafío a la autoridad, romper reglas, búsqueda de atención y comportamiento agresivo y destructivo. Este programa también puede ser considerado como una intervención preventiva debido a que estos niños son los que corren mayor riesgo de convertirse en adolescentes delincuentes y de ser víctimas de distintos tipos de abuso.

El programa enseña a los padres habilidades específicas que les permitan establecer una relación de cuidado y seguro con sus hijos, a la vez que fomenta la conducta prosocial y rechaza el comportamiento negativo.

Tabla 20. Resumen descripción, objetivos, componentes y resultados del programa IY *Programa de Crianza Positiva. The Incredible Years*

Programa	<i>Programa de Crianza Positiva. The Incredible Years (IY)</i>
Descripción	Es una serie de tres programas de estudio separados, multifacéticos, y basado en el desarrollo para los padres, maestros y niños. Esta serie está diseñada para promover la competencia emocional y social; y para prevenir, reducir y tratar el comportamiento y los problemas emocionales en los niños pequeños. Los programas infantiles para padres y maestros se pueden utilizar por separado o en combinación. Hay versiones de tratamiento de los padres y programas infantiles, así como versiones de prevención para poblaciones de alto riesgo.
Objetivos	<p>Metas a corto plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mejora de las interacciones entre padres e hijos, la construcción de relaciones positivas y el apego, la mejora del funcionamiento de los padres, menos dura y más crianza, y el aumento de apoyo social de los padres y la resolución de problemas -La mejora de las relaciones entre profesores y estudiantes, habilidades proactivas de gestión del aula, y el fortalecimiento de las asociaciones de padres y maestros -La prevención, reducción y tratamiento de los primeros problemas de comportamientos y emocionales -Promoción de la competencia social de los niños, la regulación emocional, atribuciones positivas, preparación académica, y la resolución de problemas <p>Metas a largo plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Prevención de trastornos de conducta, bajo rendimiento escolar, la delincuencia, la violencia y el abuso de drogas
Componentes	<p>*El Programa de Formación de Padres IY BÁSICO Las habilidades de los padres incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cómo construir relaciones sólidas con los niños a través de interacciones de juego dirigidas por el niño - Cómo ser un entrenador social, emocional y académico de los niños - Cómo proporcionar elogios e incentivos para construir la competencia social y académica - Cómo establecer límites y reglas en el hogar - Cómo controlar la mala conducta

Capítulo 1. Justificación teórica

	<p>*El Programa de Formación de Padres y ADVANCE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aborda habilidades interpersonales, tales como: - Cómo comunicarse efectivamente con sus hijos y otros adultos - Cómo manejar los problemas de estrés, ira y depresión - Cómo resolver problemas entre adultos - Cómo ayudar a los niños a aprender a resolver problemas - Cómo proporcionar y recibir apoyo <p>*El Programa de Formación de Niños (habilidades sociales y resolución de problemas)</p> <p>El programa de Formación de Niños promueve la competencia social y reduce los problemas de conducta.</p> <p>Los niños son entrenados en cuatro áreas:</p> <p>Gestión de las emociones, resolución de problemas, comportamiento dentro del aula, cómo detener pensamientos</p>		
<p>Resultados</p>	<p><u>Resultados en niños y niñas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Reducción de la agresión infantil y los problemas de comportamiento en el hogar y en la escuela ● Incremento de la competencia social y emocional del niño ● Aumento de la participación en el aula y en la preparación escolar. <p><u>Resultados de las familias:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Aumento de la autoeficacia como padre ● Reducción de crianza punitiva ● Mejora de la relación padre/hijo ● Reducción de los casos de acogimiento o ingreso en instituciones como resultado de maltrato ● Mayor satisfacción del trabajo 	<p><u>Resultados del profesorado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mejora en la relación familia-escuela. ● Aumento en la gestión de estrategias positivas en el aula y descenso de las estrategias negativas. <ul style="list-style-type: none"> ● Mayor uso de métodos educativos positivos ● Reducción del conflicto marital ● Bajo nivel de depresión de padres y madres ● Reducción de tasas de hospitalización producidas por malos tratos ● Altos niveles de satisfacción de la familia tras el programa 	<ul style="list-style-type: none"> ● Reducción del estrés familiar ● Bajo nivel de enfado ● Menos casos de maltrato infantil ● Reducción del estrés laboral

En la actualidad tiene varios manuales: la primera edición del manual donde se expone el programa (Hembree-Kigin y McNeil, 1995), otro, donde se presentan escalas de evaluación y material para el trabajo (Eyberg, 1999) y una segunda edición del manual donde se actualiza el programa y se describen las nuevas aplicaciones (McNeil y Hembree-Kigin, 2011).

En los manuales de PCIT, se reconoce la influencia de otras fuentes terapéuticas como la terapia de juego tradicional, los métodos operantes y la influencia de los trabajos de Hanf de intervenciones en vivo con los padres. En general, la idea de la que se parte es la de generar una relación parental saludable y asertiva con un estilo de comunicación claro y marcando límites en la educación.

Además, es necesario intervenir adecuándose al desarrollo del niño, ya que muchos de los problemas de la interacción padre-hijo están relacionados con objetivos de autonomía y expectativas de desarrollo inapropiadas de los padres. PCIT mantiene que los problemas que presentan los niños se establecen a través de sus interacciones tempranas con sus padres, y que de la misma manera que esa influencia negativa se establece, también ésta es la manera más potente de influir de forma positiva. El comportamiento más natural del niño es el juego y es el principal medio a través del cual el niño desarrolla habilidades de resolución de problemas. La propuesta es convertir a los padres en los propios agentes de cambio enseñándoles, a través del juego y en vivo, a conseguir un rol parental positivo y unas habilidades de modificación de conducta. La diferencia fundamental de PCIT con otros programas de entrenamiento radica en su intervención en vivo a través del juego.

Es un tratamiento que está demostrado válido empíricamente y puede ser considerado como un tratamiento bien establecido para tratar conductas problema en la infancia según las normas de la APA.

Capítulo 1. Justificación teórica

La Terapia de Interacción Padres-Hijos (Parent-Child Interaction Therapy, PCIT; Eyberg, 1988, 1999; Hembree-Kigin y McNeil, 1995; McNeil y Hembree-Kigin, 2011) se encuadra dentro de la aproximación conductual e incorpora en su intervención la resolución de problemas y las habilidades de comunicación. Además, es una intervención validada empíricamente para reducir las conductas disruptivas y la desobediencia en niños (McNeil, Capage, Bahl, y Blanc, 1999). También ha sido considerada como un tratamiento basado en la evidencia en 2009 por Substance Abuse and Mental Health Services Administration, entre otras agencias (Shinn, 2013). Y puede ser considerada como un tratamiento bien establecido para tratar problemas de conducta en la infancia y para TND, ya que sigue los criterios mantenidos en el informe de la División 12 de la APA (Fernández Hermida y Pérez Álvarez, 2001).

1.6.7.3.2. Características

En la aplicación de PCIT se parte de una filosofía no juiciosa y positiva sobre los problemas de conducta. Como se ha expuesto anteriormente, una de las características de la terapia es el entrenamiento directo de padres e hijos conjuntamente y en vivo, corrigiendo los errores de los padres y adaptándose a las idiosincrasias de cada caso, presentando modelos de actuación y moldeando a los padres, teniendo en cuenta el nivel de desarrollo del niño.

Se parte que algunos problemas se originan en demandas no adaptadas al desarrollo infantil por parte de los padres. Se interviene de forma muy temprana, ya que tiene un mejor pronóstico. La terapia se centra en patrones de interacción o clases de respuestas más que en conductas concretas. Es una terapia útil para una serie de problemas como: desobediencia, agresiones verbales, crueldad con los animales, agresiones físicas, mentiras, problemas de conducta en clase, niños con tendencias

incendiarias, hiperactividad, conductas destructivas, familias de hijos de relaciones anteriores, robos, conductas auto-lesivas, quejas y llantos, secuelas de abuso, baja autoestima, mal humor, perfeccionismo, retraso en el desarrollo, aceptación de separaciones, y ansiedad por separación (Hembree-Kigin y McNeil, 1995; McNeil y Hembree-Kigin, 2011).

La novedad de PCIT radica en que es una intervención idiográfica, adaptada a cada problema y en la que se trabaja conjuntamente con los padres y el niño en vivo, como se ha dicho antes. Este entrenamiento se realiza a través de un equipamiento técnico que permite observar a lo largo de la intervención la interacción de la familia y darle feedback inmediata. Este equipamiento puede variar dependiendo de los medios que se dispongan: desde el uso de espejos unidireccionales, tabletas y teléfonos móviles con aplicaciones de comunicación en video a través de internet, hasta emisoras de radio escucha o Walkie-talkies, auriculares o pinganillos, y cámaras de video, etc. Los autores de este trabajo utilizan ordenadores con programas como SKIPE y teléfonos con Bluetooth para el entrenamiento en vivo.

PCIT se ha aplicado en diferentes problemas, como Trastorno Negativista Desafiante (Ferro, Vives y Ascanio, 2010; Hood y Eyberg, 2003; McNeil, Capage, Bahl, y Blanc, 1999, entre otros) y en otros problemas con una comorbilidad con TND: Déficit de Atención e Hiperactividad (Matos, Bauermeister y Bernal 2009; Verduin, Abikoff y Kurtz, 2008; Wagner y McNeil, 2008), Retraso Mental (Bagner y Eyberg, 2007), Autismo (Solomon, Ono, Timmer y Goodlin-Jones, 2008), Síndrome Asperger (Armstrong y Kimonis, 2013), Ansiedad por separación (Chase y Eyberg, 2008; Choate, Pincus, Eyberg y Barlow, 2005; Pincus, Santucci, Ehrenreich y Eyberg, 2008), Depresión infantil (Luby, Lenze y Tillman, 2012), cáncer (Bagner, Fernández y Eyberg, 2004), problemas de audición (Shinn, 2013), niños prematuros (Bagner, et al. 2009,

Capítulo 1. Justificación teórica

2012), niños maltratados y la prevención de maltrato (Thomas y Zimmer-Gembeck, 2011; Urquiza y Timmer, 2014), con problemas del lenguaje (Allen y Marshall, 2011); con familias expuestas a la violencia (Timmer, Ware, Urquiza y Zebell, 2010), con sordera (Shinn, 2013), madres con depresión (Timmer, et al., 2011) y con una historia de comportamiento antisocial (Rhule, McMahon y Spieker, 2004); a diversos grupos culturales y lingüísticos, como familias de habla hispana (Borrego, Anhalt, Terao, Vargas y Urquiza, 2006), chinas (Leung, Tsang, Heung y Yiu, 2009), afroamericanas (Capage, Benet, McNeil, 2001; Fernández,

Butler y Eyberg, 2011), sudamericanas (McCabe y Yeh, 2009; McCabe, Yeh, Lau, y Argote, 2012) y a indios nativos (BigFoot y Funderburk, 2011).

1.6.7.3.3. Componentes clínicos fundamentales

Los objetivos son incrementar las conductas pro-sociales a través de la atención de los padres y decrementar las conductas indeseables, ignorándolas. Hay dos componentes clínicos o fases. En la primera fase, el tratamiento se centra en enseñar a los padres a usar la atención selectiva, denominada Interacción Dirigida por el Niño (Child-Directed Interaction, CDI). Su objetivo es establecer una relación amorosa y cariñosa entre el padre y el hijo. Los padres son ayudados a reconocer las cualidades positivas del niño y a estimular su desarrollo, partiendo de lo que el niño hace. En esta fase se proponen unas habilidades que hay que poner en práctica, a través del acrónimo PRIDE (Praise, Reflect, Imitate, Describe, Enthusiasm). Entendiendo éstas como: Elogiar: Realizar una verbalización que exprese un juicio favorable de una actividad, resultado o atributo del niño; Parafrasear: repetir de manera inmediata la verbalización del niño, se puede repetir exactamente lo que ha dicho el niño o utilizar sinónimos; Imitar: Realizar una actividad igual o similar a la que está haciendo el niño de manera

inmediata; y Describir: verbalizar frases que aludan a los objetos y/o personas presentes en la situación o actividad que se esté dando durante la interacción; y en general tener entusiasmo realizando estas tareas. Además, se recomienda evitar: dar órdenes, hacer preguntas y/o criticar. En la tabla 19 se apuntan los pasos para enseñar CDI. Primero se exponen los objetivos de CDI. Se explican cómo deben ser los 5 minutos de trabajo en casa con su hijo cada día. Se describe lo que se debe evitar y las habilidades PRIDE a realizar. Se presentan modelos de todas estas habilidades combinadas y se entrena a los padres a través de role-playing antes de empezar a interactuar con el niño. Se les explica la lógica del juego en la casa y se le asignan tareas.

Tabla 21. Pasos para enseñar habilidades CDI (interacción dirigida por el niño)

(McNeil y Hembre-Kigin, 2012)

1. Revisar las tareas para casa
2. Describir los objetivos para CDI
3. Discutir los 5 minutos de práctica diaria en casa
4. Explicar y presentar modelos de las conductas a evitar
5. Explicar y presentar modelos de las habilidades a realizar
6. Discutir el uso de la atención estratégica
7. Discutir el uso de ignorar selectivamente
8. Modelar todas las habilidades combinadas
9. Entrenar a los padres a través de role-play
10. Discutir la lógica de la terapia de juego en el hogar
11. Asignar nuevos trabajos para casa

El segundo componente o fase es llamado Interacción Dirigida por los Padres (Parent-Directed Interaction, PDI) y se centra en estrategias de disciplina. Los padres son enseñados a cómo dirigirse a sus hijos y cómo aplicar consecuencias consistentes a sus conductas.

En la Tabla 22, se exponen los pasos para enseñar PDI. Consistirían en: explicar los ejercicios de cumplir órdenes y cómo deben realizarse. Explicar y discutir con los padres cómo dar instrucciones. Llegar a un acuerdo con los padres para definir cuando el niño es obediente. Analizar y acordar las consecuencias de la obediencia y la

Capítulo 1. Justificación teórica

desobediencia. Explicar cómo se hace un Tiempo Fuera eficaz. También se entrena a los padres antes de intervenir, a través de role-playing, las habilidades de disciplina.

Tabla 22. Pasos para enseñar habilidades PDI (interacción dirigida por los padres (McNeill y Hembre-kigin, 2012)

1. Explicar el uso de ejercicios de obediencia
2. Discutir cómo dar instrucciones efectivas
3. Determinar cuándo el niño obedece
4. Discutir las consecuencias de la obediencia
5. Discutir las consecuencias de la desobediencia
6. Explicar cómo se hace un Tiempo Fuera eficaz
7. Entrenar a los padres las habilidades de disciplina

En general, el orden de estos dos componentes o fases se puede alterar dependiendo del análisis que se haga del problema. Por ejemplo, en niños excesivamente agresivos se empezaría el entrenamiento con PDI.

Se comienza evaluando a través de la observación de la interacción padre-hijo en tres situaciones que varían en el grado de control parental que requieren: una situación de juego dirigida por el niño, es decir el niño elige el juego y qué hacer, otra situación dirigida por el padre/madre y una situación de “limpieza” de la sala de juegos. La sesión se suele grabar con permiso de los padres para que el terapeuta pueda analizar qué ocurre durante la interacción.

Durante la intervención se graban las sesiones con una cámara de video fija colocada en la sala de juegos y además, se utilizan estos equipamientos técnicos descritos anteriormente para observar, elogiar, moldear y corregir a tiempo real a los padres durante toda la intervención.

El número de sesiones terapéuticas necesarias va a depender de la rapidez en que aprendan las habilidades los padres y del tipo de problema que presente el niño.

El tratamiento se aplica entre 8 y 12 sesiones, con sesiones extras si son necesarias, y un seguimiento a 1, 3, 6 y 12 meses.

El curso típico de tratamiento de PCIT tendría los siguientes pasos (Hembree-Kigin y McNeil, 1995):

El Paso 1: Evaluación pre-tratamiento del funcionamiento de la familia y el niño (1 ó 2 sesiones).

Paso 2: Enseñar habilidades de terapia de juego conductual (1 sesión).

Paso 3: Entrenar habilidades de terapia de juego conductual (de 2 a 4 sesiones).

Paso 4: Enseñar técnicas de disciplina (1 sesión).

Paso 5: Entrenamiento de técnicas de disciplina (4 a 6 sesiones).

Paso 6: Evaluación post-tratamiento del funcionamiento de la familia y el niño (1 ó 2 sesiones).

Paso 7: Sesiones extraordinarias si son necesarias y seguimiento.

En la tabla 23 se expone un resumen de la descripción, objetivos, componentes y resultados del programa PCTI.

Tabla 23. Resumen descripción, objetivos, componentes y resultados del programa PCTI

Programa	La terapia de interacción el padre-hijo (PCTI)
Descripción	Intervención conductual diádico para niños (edades 2-7 años) y sus padres o cuidadores que se centra en la disminución de problemas de externalización del comportamiento del niño (por ejemplo, desafío, agresión), el aumento de las habilidades sociales del niño y la cooperación, y la mejora de la relación de apego entre padres e hijos. Se enseña a los padres las habilidades tradicionales de terapia de juego para usar como refuerzos sociales del comportamiento positivo de los niños y las habilidades tradicionales de manejo de conducta para disminuir el comportamiento del niño negativo. Los padres aprenden y practican estas habilidades con su hijo en una sala de juegos, mientras son dirigidos por un terapeuta. El entrenador proporciona a los padres información inmediata sobre el uso de las nuevas habilidades de los padres, lo que les permite aplicar y dominar las habilidades correctamente. <i>PCTI</i> es de tiempo ilimitado, las familias permanecen en tratamiento hasta que los padres han demostrado dominio de las habilidades de tratamiento y evalúan el comportamiento de su hijo como dentro de los límites normales en una medida estandarizada del comportamiento del niño. Por lo tanto, la duración del tratamiento varía, pero un promedio de las 14 semanas, con sesiones semanales de una hora de duración.
Objetivos	<p>* Dirigido a niños:</p> <p>Construir relaciones estrechas entre los padres y sus hijos con el uso de estrategias de atención positiva</p> <p>Ayudar a los niños a sentirse seguros y tranquilos mediante el fomento de calor y seguridad entre los padres y sus hijos</p> <p>Aumentar la capacidad de organización de los niños y el juego</p> <p>Disminuir la frustración y el enojo de los niños</p> <p>Educar a los padres sobre maneras de enseñar a los niños sin frustración para padres e hijos</p> <p>Mejorar la autoestima de los niños</p> <p>Mejorar las habilidades sociales de los niños tales como el intercambio y la cooperación</p> <p>Enseñar a los padres cómo comunicarse con los niños pequeños que tienen poca capacidad de atención</p> <p>* Dirigido a padres:</p> <p>Enseñar a los padres técnicas de disciplina específica que ayudan a los niños a escuchar las instrucciones y seguir las instrucciones</p> <p>Disminuir los comportamientos problemáticos del niño al enseñar a los padres a ser consistentes y predecibles</p> <p>Ayudar a los padres a desarrollar confianza en el manejo de los comportamientos de sus hijos en el hogar y en público</p>
Componentes	<p>* La interacción del niño Dirigida (CDI):</p> <p>Diadas entre padres e hijos que asisten juntos a las sesiones de tratamiento y el padre aprende a seguir el ejemplo del niño en el juego.</p> <p>El padre aprende cómo reducir los aspectos negativos de su relación con su hijo y cómo desarrollar una comunicación positiva.</p> <p>El padre aprende y se entrena para usar habilidades CDI. Estas habilidades ayudan a los padres a dar atención positiva al niño tras el comportamiento positivo e ignorar el comportamiento negativo.</p> <p>Al aprender habilidades CDI, el padre se enseña:</p> <p>Para alabar el comportamiento positivo de los niños.</p> <p>Para reflejar la conversación apropiada del niño.</p> <p>Para describir el comportamiento positivo del niño.</p> <p>Para evitar el uso de órdenes, preguntas o críticas porque estas verbalizaciones son intrusivas y con frecuencia dan atención al comportamiento negativo.</p> <p>El padre es observado y se le dirige a través de un espejo unidireccional en cada sesión de tratamiento.</p> <p>Después de la primera sesión, al menos la mitad de cada sesión se dedica a entrenar a los padres en técnicas de CDI que utilizan una comunicación inalámbrica.</p> <p>Las habilidades de los padres se observan y registran durante los primeros cinco minutos de cada sesión para evaluar el progreso y para guiar las habilidades aprendidas por medio del programa durante la sesión.</p> <p>Los comportamientos son rastreados y representados en un gráfico en cada sesión para proporcionar a los padres información inmediata sobre el progreso en las interacciones positivas y la consecución de dominio de habilidades.</p> <p>El padre tiene tareas intersesiones para mejorar las habilidades aprendidas en la sesión.</p> <p>* La interacción del Padre Dirigida (PDI):</p> <p>Diadas entre padres e hijos que asisten juntos las sesiones de tratamiento y el padre aprende habilidades para dirigir el comportamiento del niño con eficacia.</p> <p>El padre aprende cómo dirigir el comportamiento del niño para que el niño obedezca sus instrucciones.</p> <p>El padre es observado y dirigido a través de un espejo unidireccional en cada sesión de tratamiento.</p>

	<p>Después de la primera sesión, al menos la mitad de cada sesión se gasta entrenar a los padres en la PDI utilizando comunicaciones inalámbricas. Las habilidades de los padres se observan y registran durante los primeros cinco minutos de cada sesión para evaluar los avances y orientar la dirección técnica de la sesión. El padre incorporó las instrucciones y órdenes eficaces que aprendió durante el componente de CDI. El padre aprende a seguir las órdenes directas, dando alabanza cada vez que el niño obedece y comenzando un procedimiento de tiempo fuera cada vez que el niño desobedece. El padre incorpora el tiempo fuera para utilizar en el caso de que el niño desobedece una orden directa. El padre comienza mediante la emisión de una advertencia, lo que conducirá a la silla de tiempo fuera, y luego a la sala de tiempo fuera si el niño continúa desobedeciendo. El padre es entrenado para usar el algoritmo de PDI, lo que le da al niño la oportunidad de obedecer y detener el procedimiento de tiempo fuera en cada paso. Los comportamientos son rastreados y representarse en un gráfico en cada sesión, proporcionando a los padres información inmediata sobre el progreso en sus habilidades PDI. Una vez que el padre demuestra el dominio de los procedimientos, se le da la tarea que aumenta gradualmente la intensidad de las situaciones que el niño aprende a obedecer. El tratamiento no termina hasta que el padre se encuentra con criterios de dominio para ambas fases de tratamiento y el comportamiento del niño está dentro de los límites normales e informe del comportamiento disruptivo en casa. <i>PCIT</i> se puede enviar en un formato de grupo también. Cuando se hace así, se recomiendan pequeños grupos de 3 o 4 familias en sesiones de 90 minutos. Esto le dará tiempo suficiente para entrenamiento individual de cada día padre-hijo, mientras que otros padres observan, codifican y proporcionan información en cada sesión.</p>
<p>Resultados</p>	<p>Resultados del niño o niña:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Los niños y niñas con trastorno negativista desafiante y trastorno de ansiedad por separación mostraron una mejora moderada en los síntomas. ● Un estudio de 58 familias mexicanas con hijos entre 3 y 7 años de edad con problemas de comportamiento encontró una mejoría importante y clínicamente significativa en el comportamiento del menor. ● Un estudio longitudinal de seis niños de entre 3-10 encontró una disminución significativa en la tartamudez en cuatro de ellos en el momento de finalización del programa. Esas mejoras se mantuvieron en el seguimiento a los 12 meses. ● Los participantes en los grupos de tratamiento mostraron disminuciones significativas en los problemas de conducta de los niños y el estrés parental. Estos resultados se mantuvieron durante tres a seis meses después de la intervención. ● Los niños con retraso mental eran más dóciles después del tratamiento que los del grupo control ● Niños en edad preescolar eran menos propensos a ser diagnosticados con TDAH que los del grupo control. <p>Resultados en las familias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Un estudio de caso único de una familia inmigrante africana con un historial de violencia doméstica encontró que el tratamiento post-resultados de los padres incluye el comportamiento positivo y reducción de estrés de los padres. ● Se observó un aumento en la utilización de estrategias apropiadas en la relación con los hijos y en el uso de las prácticas de crianza positiva. Estos resultados se mantuvieron de tres a seis meses después de la intervención. ● Los padres de los niños con retraso mental interactuaron de manera más positiva con sus hijos después del programa con relación a los del grupo control ● Las familias informaron de una disminución importante en el comportamiento disruptivo y problemático. No se observó disminución en el grupo de control. ● Un estudio de caso de una misma familia mostró que el comportamiento de los padres aumentó de forma positiva, disminuyeron los problemas de comportamiento de los menores y se redujo el estrés de los padres. ● Los padres indicaron que el comportamiento de los hermanos fue mucho menos problemático después del tratamiento.

6.7.4. Modelo de entrenamiento a padres de Oregón

1.6.7.4.1. Parent Management Training-Oregon Model. PMTO

Desde la década de 1970, en el Centro de Aprendizaje Social de Oregón (OSLC) han desarrollado y probado intervenciones basadas en el tratamiento y prevención de problemas de conducta en niños y jóvenes. Esta investigación, que ha sido apoyada por los Institutos Nacionales de Salud (NIH), ha generado un conjunto de programas de intervención que ahora son reconocidos como los programas basados en la evidencia (EBP).

Parent Management Training-Oregon Model (PMTO) ofrece intervenciones preventivas y clínicas para familias con niños con problemas de conducta en el espectro de externalización, por ejemplo, agresión, comportamiento antisocial, problemas de conducta, trastorno de conducta oposicionista desafiante, delincuencia y consumo de sustancias, así como problemas asociados, tales como depresión, problemas académicos y la asociación con amigos rebeldes.

Está dirigido a familias con niños entre 3 y 12 años con problemas graves de conducta, donde los patrones de interacción entre padres e hijos se caracterizan por la negatividad mutua, que persiste por lo menos seis meses. Los síntomas del niño se desarrollan a menudo en la forma de oposición constante, con poca voluntad de cooperar, falta de control de ira, inusualmente gran obstinación y falta de habilidades sociales. Al aumentar la edad, se generaliza el patrón de reacción a los lugares fuera del hogar.

El objetivo del tratamiento es que los niños y los padres pueden restaurar una relación positiva de manera que la conducta de oposición se rompa y se promueva el desarrollo positivo. Para lograr esto, la atención se centra en que:

- Los padres se hagan los expertos en sus propios hijos.

- Los padres son entrenados en terapia de nuevas formas de obediencia.
- Los padres son entrenados en cómo actuar de manera consistente en relación con el seguimiento de las reglas y normas que se aplican en su familia.
- Los padres son capacitados para alentar cuando el niño ejercita nuevas habilidades y siga las expectativas y requerimientos, según lo comunicado previamente al niño.
- Los padres son entrenados en cómo hacer un seguimiento con consecuencias negativas leves cuando el niño no sigue las expectativas o reglas que se comunican de antemano.
- Los padres aprenden a recuperar el control de sí mismos.
- Los padres son entrenados en cómo facilitar y supervisar las actividades dentro y fuera del hogar.
- En muchos casos también es necesario trabajar con el personal en la escuela.

Un estudio muestra que los padres que recibieron PMTO, señalaron un comportamiento de menos riesgo de sus hijos en comparación con los que recibieron otro tipo de tratamiento. Los maestros señalaron un aumento de la competencia social. PMTO parece ser particularmente eficaz para los niños menores de ocho años. El estudio incluyó a 112 niños (80% varones, 20% mujeres) de los cuales 59 familias recibieron PMTO y 53 obtuvieron otros servicios (distribuido al azar). Los niños tenían entre cuatro a doce años (promedio 8,4 años). Los datos fueron recogidos antes y después del tratamiento a través de cuestionarios a los padres y profesores y una observación grabada de la interacción. El propósito de este estudio fue comparar el rendimiento de la terapia PMTO frente a otro tipo de tratamiento para reducir los problemas de comportamiento. A través de PMTO los padres obtienen ayuda para cambiar los patrones negativos de interacción en la familia. Los resultados muestran que

Capítulo 1. Justificación teórica

los padres que recibieron PMTO desarrollan mejores habilidades en el establecimiento de límites que los que recibieron otro tratamiento y que por lo tanto la capacidad de cooperación de los niños aumentó. Las familias de los niños en PMTO también fueron considerados con más competencia social por los profesores en comparación con los que recibieron otro tratamiento.

Patterson, GR, P. Chamberlain, et al. (1982), desarrollaron un estudio para evaluar el programa, a través de una evaluación comparativa. Participaron 19 niños de 3 a 12 años cuyo problema principal era la agresión social (rabieta, golpes o fuera de control), y sin diagnóstico de psicoticismo, retraso mental grave o autismo. Cuarenta y seis familias fueron remitidas y diecisiete de los sujetos no fueron incluidos en la muestra, ya que tenían una baja tasa de agresión social. Los diecinueve restantes sujetos fueron asignados al azar a un grupo experimental (n = 10 niños) o un grupo control (n = 9 niños). El grupo control fue colocado en lista de espera o podía aceptar una ayuda externa. Todas menos una familia aceptó la recomendación. El grupo de control fue tratado en su mayoría por personal en modificación del comportamiento, enfoque sistémico de familia, relajación y ejercicio físico. Los resultados del estudio apuntan que los problemas de conducta del grupo de tratamiento disminuyeron un 63% desde la línea de base, una diferencia estadísticamente significativa del grupo de control a pesar de la pequeña muestra. En el posttest, el 70% de los niños tratados tenían puntuaciones definidas para estar en el rango normal, en comparación con el 33% de los niños del grupo control.

1.6.7.4.2. Características

PMTO se refiere a un conjunto de intervenciones de capacitación de padres desarrollado a lo largo de cuarenta años, con el desarrollo de intervenciones de Gerald

Patterson y sus colegas de Oregon Social Learning Center. Puede utilizarse en contextos familiares, incluyendo dos padres biológicos, solo padre, familia reconstituidas, y las familias de acogida. Se puede utilizar como un programa preventivo y como un programa de tratamiento. Puede ser entregado en muchos formatos, incluyendo grupos de padres, tratamiento individual de la familia en las agencias o en el hogar y a través de la entrega de conferencia telefónica / vídeo, libros, cintas de audio y grabaciones de vídeo.

Se han adaptado a los problemas clínicos específicos para la juventud, tales como la externalización y la internalización de los problemas, problemas escolares, comportamiento antisocial, problemas de conducta, la asociación de amigos rebeldes, robo, delincuencia, abuso de sustancias, abandono infantil y abuso. La intervención de los padres a nivel individual es apropiada para los padres biológicos de niños que han sido retirados debido a maltrato/negligencia.

1.6.7.4.3. Componentes clínicos fundamentales

Los componentes esenciales del *modelo de PMTO* incluyen:

Los padres son el foco de la intervención porque son los presuntos agentes de cambio, sin embargo, los padres, los jóvenes, y la familia se benefician de la intervención y todos pueden participar en la intervención.

Los componentes básicos de PMTO:

- * Fomento de un comportamiento positivo y consecuencias leves de comportamiento negativo.
- * Supervisión.
- * La resolución de problemas.
- * Participación positiva.

Capítulo 1. Justificación teórica

Los componentes de apoyo de PMTO:

- * Proporcionar instrucciones claras.
- * Observar y registrar el cambio de comportamiento.
- * La identificación y la regulación de las emociones.
- * Fomento de la comunicación activa.
- * Promover el éxito escolar.

Las estrategias terapéuticas importantes en PMTO se centran en:

- * Identificar y construir sobre las fortalezas.
- * Apoyar y fomentar las habilidades parentales efectivas.
- * Prevención y manejo de la resistencia al cambio.
- * El uso de prácticas clínicas para construir alianza terapéutica y proporcionar un ambiente propicio para el cambio.
- * La enseñanza activa incluye el modelado, juego de roles y otros ejercicios prácticos que proporcionan oportunidades para la práctica.
- * Se incorpora el proceso de solución de problemas interpersonales.

Cuando se administra en grupos de padres, el tamaño del grupo recomendada es de 12-15 participantes.

En la tabla 24 se expone un resumen de la descripción, objetivos, componentes y resultados del programa PMTO.

Tabla 24. Resumen descripción, objetivos, componentes y resultados del programa PMTO

Programa	Parent Management Training Oregon Model (PMTO)
Descripción	PMTO se refiere a un conjunto de intervenciones de capacitación de padres desarrollado a lo largo de cuarenta años, originario del desarrollo de intervenciones de Gerald Patterson y sus colegas de Oregon Social Learning Center. PMTO puede utilizarse en contextos familiares, incluyendo dos padres biológicos, solo padre, la reunificación, y las familias de acogida. Se puede utilizar como un programa preventivo y de un programa de tratamiento. Puede ser entregado en muchos formatos, incluyendo grupos de padres, el tratamiento individual de la familia en las agencias o en el hogar ya través de la entrega de conferencia telefónica / vídeo, libros, cintas de audio y grabaciones de vídeo. El programa se ha adaptado a los problemas clínicos específicos para la juventud, tales como la externalización y la internalización de los problemas, los problemas escolares, comportamiento antisocial, problemas de conducta, la asociación de amigos rebeldes, robo, delincuencia, abuso de sustancias, abandono infantil y abuso. La intervención de los padres en individual es apropiada para los padres biológicos de niños que han sido retirados debido a maltrato/ negligencia.
Objetivos	<p>La mejora de las prácticas de crianza</p> <p>La reducción de la coacción de la familia</p> <p>La reducción y prevención de internalización y externalización comportamientos en los jóvenes</p> <p>La reducción y la prevención del uso y abuso de sustancias en los jóvenes</p> <p>La reducción y la prevención de la delincuencia y detención juvenil</p> <p>Reducción y prevención de colocaciones fuera del hogar en la juventud</p> <p>Reducción y prevención de la asociación de amigos rebeldes en la juventud</p> <p>El aumento de rendimiento académico en la juventud</p> <p>El aumento de la competencia social en la juventud</p> <p>El aumento de las relaciones entre iguales en la juventud</p> <p>Promoción de la reunificación de las familias</p>
Componentes	<p>Los padres son el foco de la intervención <i>PMTO</i> porque son los presuntos agentes de cambio, sin embargo, los padres, los jóvenes y la familia se benefician de la intervención y todos pueden participar en la intervención.</p> <p>Los componentes básicos de <i>PMTO</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El fomento de un comportamiento positivo, consecuencias leves sistemáticas de comportamiento negativo • Supervisión • La resolución de problemas • Participación positiva <p><i>PMTO</i> componentes de apoyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar instrucciones claras • Observar y registrar el cambio de comportamiento • La identificación y la regulación de las emociones • Fomento de la comunicación activa • Promover el éxito escolar <p>Estrategias terapéuticas importantes en <i>PMTO</i> se centran en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar y construir sobre las fortalezas • Apoyar y fomentar las habilidades parentales efectivas • Prevención y manejo de la resistencia al cambio • El uso de prácticas clínicas sofisticadas para construir alianza terapéutica y proporcionar un ambiente propicio para el cambio • La enseñanza activa que incluye el modelado, juego de roles y otros ejercicios prácticos que proporcionan oportunidades para la práctica con el entrenamiento • La incorporación del proceso eficaz de solución de problemas interpersonales y metas de los padres <p>Cuando se administra en grupos de padres, el tamaño del grupo recomendada es de 12-15 participantes</p>
Resultados	<p><u>Los niños:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Menos detenciones durante los nueve años (una media de 0,76 detenciones por niño en el grupo PMTO frente al 1,34 por niño en el grupo de control) • 60% menos de probabilidades de haber sido detenido. • El estudio parece no haber encontrado ningún efecto significativo sobre el consumo de sustancias de los muchachos, aunque el efecto sobre este resultado no se informó claramente. <p><u>Las madres:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Menos detenciones durante los nueve años (aproximadamente 0,7 detenciones por madre del grupo PMTO frente al 1,0 por madre en el grupo de control). • Informó de una media estándar de vida más alto en los nueve años, en comparación con el grupo control. <p>El estudio encontró evidencia de una disminución de la probabilidad de detención de las madres durante los nueve años (a diferencia del número de detenciones), pero este efecto no alcanzó significación estadística, por lo que podría deberse a la casualidad. Es importante destacar que el efecto de PMTO sobre las detenciones de las madres bien puede ser válida, pero debido a que alcanzó significación estadística sólo en una de dos medidas (es decir, el número frente a la probabilidad de arresto) y no en el nivel 0,05 , debe ser confirmada en estudios adicionales para descartar la posibilidad de que se trata de un hallazgo casual. El estudio parece haber encontrado efectos significativos sobre la depresión materna o el uso de sustancias durante los nueve años, aunque los efectos no se informaron claramente.</p>

CAPÍTULO 2

PLANTEAMIENTO

En este capítulo, teniendo en cuenta lo revisado en la literatura previa y expuesta en el capítulo 1, se describen los objetivos e hipótesis de esta tesis.

También se desarrolla en este capítulo el programa familiar PEPA utilizado en el estudio, con la estructura, contenido, metodología y dinámica de las sesiones y los recursos metodológicos y materiales empleados.

2. Planteamiento

2.1. Objetivos e hipótesis del estudio

Las conductas desobedientes y de oposición infantil se han descrito como consecuencia de las conductas de sus padres y del temperamento del niño. Por esta razón, enseñar a los padres a manejar y prevenir comportamientos inadecuados en el niño con el cambio conductual del padre es básico para la intervención de estas conductas desobedientes y retadoras (Barkley, 1977; 2000; Forehand y McMahon, 19881; Montiel-Nava, 2002; Hartman, Stage, & Webster- Stratton, 2003).

La mayoría de los estudios ven la desobediencia excesiva como la interacción padres-hijo poco eficientes, siendo los padres los principales agentes de ese cambio. La desobediencia es interactiva, siendo necesario que un adulto solicite algo y que un niño desobedezca esa demanda.

La prevalencia de la desobediencia oscila entre un 25-65%. Depende del estudio, la muestra y el país donde se realice (Montiel-Nava, 2002; Montiel-Nava y Peña, 2001). Los estudios demuestran que las niñas exhiben menores problemas de desobediencia que los varones, es más común en edades tempranas y que la desobediencia como problema disminuye con la edad (Barkley, 2000).

Números estudios indican que los padres que carecen de ciertas destrezas parentales fundamentales tienen niños diagnosticados con trastorno oposicionista desafiantes o disocial (Patterson, 1982; Webster- Stratton & Hammond, 1977). También demuestran que destrezas parentales favorables son factores protectores (McCord, 1991) y que destrezas parentales pobres se relacionan con conductas disruptivas (Frick et al, 1992; Burke, Loeber & Birmaher, 2002).

Como la conducta parental es un antecedente que influye en el desarrollo de la conducta desobediente y desafiante del niño, las intervenciones se van a basar en los

principios del aprendizaje social para enseñar destrezas apropiadas a los padres que permitan reducir los problemas de conducta infantil (Brestan y Eyberg, 1988; McMahon, 1999; Sanders, markie-Dadds, Tully & Bor, 2000).

El entrenamiento a padres surge como alternativa a la psicoterapia infantil para la modificación de conducta. Los padres tendrían que adquirir una competencia general, en cuanto al manejo de contingencias, que les permita responder a los problemas de conducta de sus hijos (Olivares y Méndez, 1997). Las razones del uso del entrenamiento a padres parten del derecho y obligación de los padres de educar a sus hijos para facilitarles su adaptación al contexto social y porque la modalidad de escuela de padres es la que mejor resultado obtiene y puede mediar a nivel preventivo y terapéutico, al menos hasta los 8-10 años de edad.

Los autores conductuales mantienen que las carencias o excesos que presentan los padres en sus repertorios básicos de conducta, a la hora de ser padres, es la base de la génesis y desarrollo de problemas de conducta. El manejo de la disciplina, el seguimiento de los hijos, el uso adecuado del refuerzo positivo, la habilidad para solucionar problemas y de comunicación serían factores de protección en la educación del hijo.

El entrenamiento a padres surge por la necesidad de herramientas útiles para intervenir en los problemas de conducta de los niños y, por este motivo, se ha elaborado y valorado en la Universidad de Murcia un programa familiar para prevenir problemas de desobediencia en la infancia, siendo éste el objeto del presente estudio.

El **Programa Educativo para PADres (PEPA)** es un programa educativo y preventivo para reducir conductas desobedientes en niños de 3 a 6 años de edad. Consta de 12 sesiones con una duración aproximada de 60 minutos cada una, que se agrupan en cinco etapas bien

diferenciadas: etapa motivacional; etapa pretest; etapa de intervención: informativa-cognitiva y práctica-normativa-conductual; etapa postest y etapa de seguimiento.

El estudio que aborda esta tesis doctoral se centra en el componente de padres, en concreto en el desarrollo, aplicación y evaluación de un programa para mejorar pautas de crianza que disminuyan interacciones negativas en la familia. El programa se ajusta a recomendaciones respecto a su duración y metodología de entrenamiento (NICE, 2006), y su filosofía se deriva de una aproximación teórica que denominamos en este estudio como mixta, y que consiste en un núcleo central regido por principios conductuales y fundamentados en los principios del aprendizaje social, complementado por otros elementos que proceden de la aproximación basada en las relaciones, tales como estilos de conducta y errores educativos, recomendados por la literatura científica para ser un programa eficaz (Kazdin, 2001; Mooney, 1995).

El objetivo general de la tesis ha sido valorar el programa educativo para padres y adultos cuidadores sobre la conducta desobediente de los niños. Dicho objetivo propuesto en el estudio se centra en la evaluación del proceso y de los resultados. La evaluación del proceso ha querido codificar los cambios producidos a través de registros durante la implementación del programa. La evaluación de resultados llevada a cabo en el estudio ha querido examinar en el presente estudio los criterios de “validez social” que denominaron McMahon y Forehand (2003); evaluación subjetiva; aceptación social del tratamiento y la satisfacción del consumidor. La evaluación subjetiva se ha llevado a cabo con la cumplimentación de un protocolo de pruebas (ECBI-CBCL-PEE-BDI-DAS-SESBI/R) en cuatro etapas (pretest, postest y seguimiento a los 6 y 12 meses) que permite analizar en qué medida el programa consigue afectar a las variables familiares sobre las que interviene, y su impacto sobre los problemas de conducta de los niños. La aceptación social del tratamiento y la satisfacción del consumidor se ha examinado por medio del análisis de la satisfacción de

los participantes con la metodología, dinámica y técnicas entrenadas durante la intervención. Por último, se llevará a cabo un análisis del mantenimiento de los efectos una vez transcurridos 6 meses y 12 meses de la finalización del programa.

Este estudio gira en torno a un objetivo principal:

I. Valorar el programa educativo para padres y adultos cuidadores sobre la conducta desobediente de los niños.

Las hipótesis del estudio son las siguientes:

Con respecto al niño:

1. El programa PEPA disminuirá la intensidad de las conductas infantiles problemáticas.
2. El programa PEPA reducirá el número de conductas problemáticas.
3. La aplicación del programa PEPA mejorará la conducta infantil de manera significativa.
4. El programa PEPA aumenta obedecer a la primera.

Con respecto a los padres y adultos cuidadores:

5. El programa PEPA aumentará en los padres un estilo educativo más asertivo.
6. El programa PEPA mejorará el estado cognitivo- afectivo de los padres.
7. El programa PEPA aumentará el ajuste marital.
8. El programa PEPA aumentará el reforzamiento social de la conducta obediente del niño.
9. El programa PEPA disminuirá la coacción de los padres al niño.
10. El programa PEPA aumentará la aplicación de la extinción.

Con respecto a los profesores:

11. El programa PEPA generalizará al contexto escolar, con el aumento de conductas obedientes dentro del aula.

Con respecto al programa:

12. Los padres del programa PEPA estarán satisfechos con el desarrollo del programa y lo considerarán útil para prevenir problemas de conducta infantil.

13. Los padres seguirán valorando positivamente el programa a los seis y doce meses.
Las 11 primeras hipótesis se plantean igualmente para el seguimiento a los 6 y 12 meses.

2.2. Programa familiar PEPA

El grupo de investigación Psicología Clínica y de la Salud del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Murcia del Catedrático Dr. F. Xavier Méndez Carrillo y el Jefe del Servicio de Instrumentación Psicológica (SUIP) de la Universidad de Murcia, Dr. Pedro F. Castell Gallud, han desarrollado desde el año 2007 al 2012 en el Servicio de Apoyo a las Ciencias Experimentales (SACE) el programa familiar PEPA.

El programa familiar PEPA es un programa educativo y preventivo para padres y adultos cuidadores que permite aprender estrategias y técnicas de modificación de conducta para afrontar las dificultades que surgen ante situaciones de oposición y de desafío a las figuras de autoridad.

El programa se inició en 2008, ha constado de 6 promociones y han participado 223 familias, formando 164 familias, el grupo experimental y 59 familias, el grupo control, seleccionadas de 23 centros educativos del Municipio de Murcia.

Los criterios de inclusión al programa PEPA son:

Edad de los niños: 3-6 años

Niños con problemas de crianza y/o sintomatología desafiante.

Asistencia: imprescindible los dos padres aunque estén separados o divorciados.

Lugar: Servicio de Apoyo a las Ciencias Experimentales (SACE) del Campus de Espinardo. Servicio Universitario de Instrumentación Psicológica (SUIP).

Calendario: 1 hora a la semana.

Duración: 12 sesiones (1 entrevista familiar, 9 sesiones de desarrollo del programa y 2 sesiones de seguimiento).

* El programa consta de 9 sesiones de aprendizaje donde los dos padres aprenden a equilibrar el afecto y los límites en la educación de sus hijos. Los padres aprenden a relacionarse con su hijo sin tener que enfadarse, perder el control y sin tener que estar repitiendo las normas de manera continua.

2.3. Metodología y dinámica de las sesiones del programa educativo

El programa educativo PEPA es un programa compuesto de 12 sesiones, distribuidas en 5 etapas; motivacional, pretest, intervención, postest y seguimiento. Se desarrollan de manera individual con cada familia y participan en cada una de ellas los dos padres y el niño.

La etapa motivacional consta de 1 sesión y sólo asisten los padres para realizar entrevista clínica, explicación pormenorizada del programa, firma de compromisos y autorizaciones. En la etapa pretest se entregan protocolos de evaluación. La etapa de intervención consta de dos subetapas. Educativa: Informativo- cognitiva, consta de 4 sesiones educativas llevadas a cabo con frecuencia semanal; y Práctica: normativa-conductual, que consta de 5 sesiones educativas llevado a cabo con frecuencia semanal. La etapa de seguimiento, consta de 2 sesiones, una a los 6 meses y otra a los 12 meses de finalizar el programa, con la entrega de protocolos de evaluación y registros de observación.

El terapeuta de las sesiones es siempre el mismo para cada familia y se encarga de guiar a la familia en la enseñanza, modelado y ensayo conductual de la destreza, repaso y propuesta de las tareas. Las sesiones se realizan el mismo día y a la misma hora, calendarizado en la etapa motivacional.

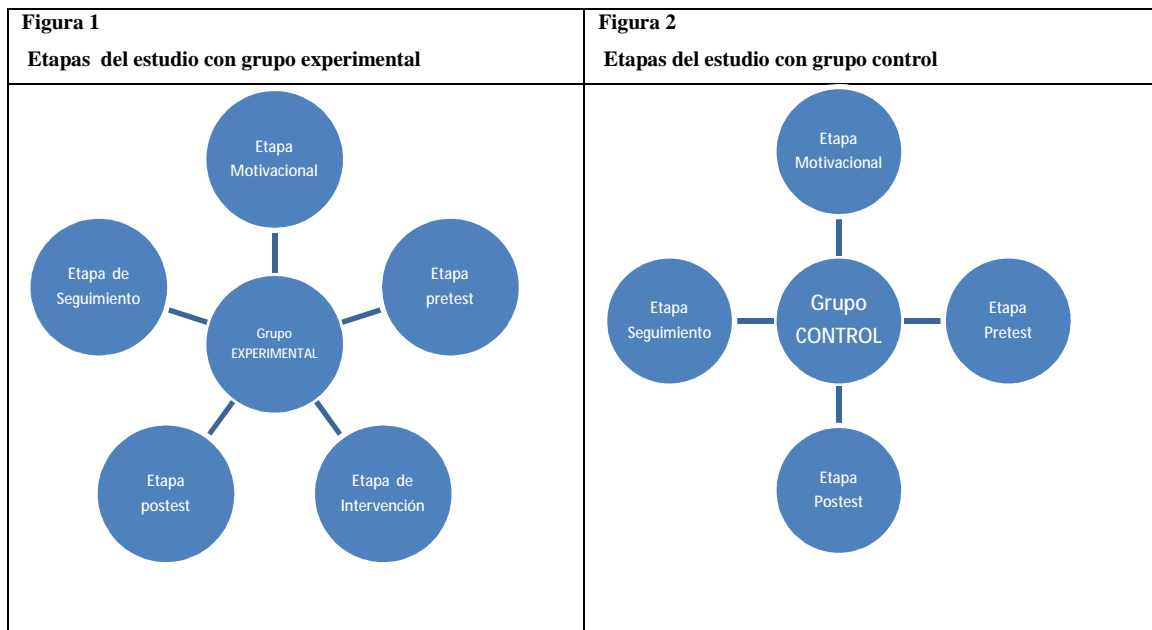
Todas las sesiones tienen el mismo diseño experimental, con dinámicas muy similares. Se inicia con la acogida de la familia, se les da consignas de juego infantil de 10 minutos

dentro de la sala de conducta, observación de la interacción del juego en la sala de audio; feedback de la interacción realizada con refuerzo de las técnicas aprendidas; revisión de las tareas de casa; instrucción didáctica de la nueva destreza; modelado del terapeuta de la destreza; ensayo conductual de los padres de la destreza; propuesta de nuevas tareas para casa.

2.4. Estructura de las sesiones

El grupo experimental tiene la etapa motivacional, la etapa pretest, la etapa de intervención, la etapa posttest y la etapa de seguimiento. El grupo control tiene la etapa motivacional, la etapa pretest, la etapa posttest y la etapa de seguimiento (figuras 1 y 2).

Las características de las etapas son diferentes en los dos grupos, ya que el grupo control no recibe la etapa de intervención. Como medida de resultados, recibe el mismo protocolo evaluativo que el experimental y como medida de proceso recibe las mismas consignas de observación que el grupo experimental, pero sin feedback, y sólo realiza las tareas de atención diferencial en pretest y posttest, no en intersesión. Tampoco realiza la tarea intersesión de secuencias de órdenes.



2.4.1. Estructura sesiones del Grupo Experimental y control

En la tabla 25 se describe la estructura de las sesiones del grupo y experimental y control.

Tabla 25. Estructura sesiones del grupo experimental y control	
Etapa Motivacional Sesión 1: Entrevista clínica y motivacional	
	<p>Etapa Pretest Protocolo de pruebas Registro de Observación de juego infantil Registro Atención Diferencial</p>
<p>Etapa de intervención. Educativa: informativo-cognitiva Sesión 2. Refuerzo positivo Observación juego infantil (sesión 2-12) Sesión 3. Extinción y atención diferencial Tareas intersesiones de atención diferencial (sesión 3-9) Sesión 4. Estilos educativos Sesión 5. Errores educativos Etapa de intervención. Práctica: normativo-conductual Sesión 6. Instrucciones claras Tareas intersesiones de secuencia de órdenes claras (sesión 6-10) Sesión 7. Advertencia y tiempo fuera Sesión 8. Desafíos del tiempo fuera Sesión 9. Establecimiento de normas y límites Sesión 10. Generalización fuera de casa</p>	
	<p>Etapa Postest Protocolo de pruebas Registro de Observación de juego infantil Registro Atención Diferencial</p>
<p>Etapa de Seguimiento: Sesión 11 (seis meses). Repaso y fortalecimiento Observación juego infantil Protocolo de pruebas Sesión 12 (doce meses). Repaso y fortalecimiento Observación juego infantil Protocolo de pruebas</p>	

Continuación tabla 25. Estructura sesiones del grupo experimental y control
--

Etapa Motivacional

Entrevista clínica y motivacional

Etapa Pretest:

Protocolo de pruebas

Registro Observación juego infantil

Registro Atención Diferencial

Etapa Postest:

Protocolo de pruebas

Registro Observación juego infantil

Registro Atención Diferencial

Etapa de Seguimiento:

6 meses

Protocolo de pruebas

Registro Observación juego infantil

12 meses

Protocolo de pruebas

Registro Observación juego infantil

2.5. Contenido de las sesiones

2.5.1. Etapa Motivacional

► Sesión 1: entrevista clínica a padres y evaluación

Tareas:

<ul style="list-style-type: none"> ü Entrevista motivacional y clínica (análisis funcional conductas desobedientes)

Durante la entrevista se pretende motivar a los padres seleccionados para el estudio, ampliándoles información de la sesión recibida anteriormente en la reunión en el centro educativo y se les compromete con las condiciones del diseño experimental y control (asistencia, tareas, registros,...).

La entrevista es la primera toma de contacto de los padres con el que será el estudio. Los padres de ambos grupos asisten al servicio SUIP de la Universidad de Murcia, en el que se va a

llevar a cabo el desarrollo del programa PEPA. La entrevista es estructurada y se recaban los datos más relevantes de la historia evolutiva del niño, la existencia o ausencia de problemas psicopatológicos y el análisis funcional de las conductas desobedientes (Ver Anexo 1).

Cumplimentan el “**Inventario Eyberg de conducta en niños para padres**” (Anexo 2) para concretar previamente junto a los padres las tres o cuatro conductas más importantes a trabajar durante la investigación. Con dichas conductas se hace el análisis funcional de las conductas.

Ambos grupos firman el consentimiento paterno autorizando la grabación de las sesiones para la investigación. Además se intenta motivarles con el compromiso del programa dándoles una carta de bienvenida con su calendario de sesiones y las formas de contacto.

2.5.2. Etapa Pretest

Tareas:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">ü Protocolo de pruebasü Registro de Observación de juego infantilü Registro Atención Diferencial |
|--|

Al grupo experimental y control, se les entrega el protocolo de pruebas, denominado medida pretest, para que lo traigan cumplimentadas antes de iniciar el programa.

Ambos grupos hacen la sesión de observación de juego infantil y al grupo control se les entrega el registro pretest de atención diferencial, tras recibir sólo información didáctica de la técnica de atención diferencial. Este grupo sólo cumplimentarán dos registros (medida pretest y postest), a diferencia del grupo experimental que cumplimentarán desde la sesión 3 a la 9 como tarea intersesión y tras la información didáctica, modelado y ensayo conductual de la técnica.

El protocolo de pruebas para ambos grupos lo comprenden:

- ✓ El Inventario Eyberg de conducta en niños para padres (ECBI).

- ✓ El Inventario del comportamiento de niños(as) para padres (CBCL), en su versión para niños pequeños de 1,5 a 5 años.
- ✓ El Perfil de Estilos Educativos (PEE-pd).
- ✓ El Inventario de Depresión de Beck (BDI).
- ✓ La Escala de Ajuste Diádico (DAS) (Spanier, 1976).
- ✓ Inventario Eyberg de conducta de niños para profesores (SESBI-R).

Se les informó a ambos grupos que este mismo protocolo, cumplimentado al inicio, medida pretest, iba a ser cumplimentado al finalizar el programa, medida *postest* y a los 6 y 12 meses, medida seguimiento.

2.5.3. Etapa de Intervención

Tareas:

<ul style="list-style-type: none"> • Implantación programa familiar
--

Sólo participan en esta etapa el grupo experimental.

Todas las sesiones tienen una estructura similar. Acogida, observación juego, feedback, revisión tareas de casa, instrucción didáctica, modelado, ensayo conductual, tareas para casa y cuadernillos.

2.5.3.1. Educativa: Informativo-cognitiva

► Sesión 2: refuerzo positivo y juego infantil

Tareas:

<ul style="list-style-type: none"> • Introducción a la modificación de conducta. Las leyes del aprendizaje. • Autoestima e identidad personal. • Teoría del juego infantil.
--

Durante esta sesión la familia inicia dentro de la etapa de intervención del programa educativo, la etapa educativa. A través de la teoría del aprendizaje social, el

cuadro de atenciones positivas y negativas, y de las leyes del aprendizaje de las conductas se concientiza a los padres sobre la importancia de la responsabilidad de su atención en el aprendizaje y mantenimiento de conductas.

Desde la primera sesión hasta el final del programa se establece un rato de observación de 10 minutos del juego infantil en la diada, con el objetivo de establecer desde el principio un clima de seguridad y de calidad en la relación entre los adultos y el niño. Esta interacción es grabada, observada y registrada con un código y se realiza feedback a los padres inmediatamente después sobre el refuerzo, coacción, atención y secuencia de órdenes durante el juego.

El trabajo de la autoestima, de la valoración y confianza ajustada de los padres en las capacidades de progreso del hijo, y la interacción de los niños con las personas que conforman su entorno, desempeñan un papel fundamental en la construcción de la identidad y de una imagen positiva y ajustada. Para ello, en esta sesión se hace la actividad “el árbol de los logros”, “te pillé portándote bien” y “el rato exclusivo con el hijo en el hogar”, con el objetivo de atender positivamente al hijo y hacerlo autónomo (anexo 4).

Esquema de la atención:

- ❑ "Atrapar al niño siendo bueno."
- ❑ Ignorar el comportamiento inadecuado.
- ❑ Evitar la "Trampa de la crítica."
- ❑ Evitar ignorar el comportamiento adecuado.

✘ *REGLA DE ATENCIÓN.* La atención, sobre todo de los padres, es un reforzador muy poderoso para niños de 3 a 8 años. Los niños trabajan para obtener atención, tanto si es positiva (alabanza) o negativa (lcrítica). Por lo tanto, podemos usar la atención para cambiar el comportamiento del niño.

Al final de la sesión se llevan un díptico con información de lo tratado en la sesión.

► **Sesión 3: extinción y atención diferencial**

Tareas:

- Ü Ignorar.
- Ü Atención diferencial.

<p>Ü Juego infantil.</p>

Para que los padres dejen de etiquetar al niño y fijen conductas inadecuadas se le explica la trampa de la crítica como atención negativa que mantiene comportamientos.

Durante el aprendizaje del niño los padres utilizan frecuentemente la recriminación y el reproche para corregir su mal comportamiento. Se fijan en sus conductas para decirle lo malo que es, desgastando las energías para que tengan un mal concepto de sí mismos, para que siga siendo irresponsable y mantenga los mismos hábitos inadecuados. Con esta actitud logran que perpetúen esa pobre imagen personal ya que cada vez que le decimos “lo malos que son” le etiquetan y le atacan al hijo como persona, olvidando de intervenir directa y positivamente en su comportamiento.

<p>2ª ley del aprendizaje:</p>

<p>Toda conducta que no va seguida de atención, tiende a desaparecer.</p>

Durante esta sesión los padres van a trabajar dos conductas de desobediencia que quieren modificar en el hijo y que previamente en la entrevista se identificaron y se realizó el análisis funcional.

Se trabaja dentro de la sesión una actividad en familia “ Ok - no Ok”, dibujando la conducta que no les gusta y al lado la que les gustaría, por ejemplo, rabietas- colaborador; quejas- pedir. Una vez explicada la técnica, con instrucción didáctica, se hace modelado y ensayo conductual para que se refuerce la idea de no atender la conducta inadecuada. Lo practican en casa y registran los avances (anexo 4).

La técnica empleada para modificarlos es la de ignorar, que en combinación con el refuerzo positivo, se establece la atención diferencial de conductas incompatibles.

- La atención diferencial es usar la atención segura (atenciones y recompensas) en combinación con ignorar para aumentar comportamientos "OK"

- Esta combinación de ignorar el comportamiento "No OK" con atención segura (atención y recompensas) es un procedimiento muy fuerte para cambiar el comportamiento del niño.

Al final de la sesión se llevan un díptico con información de lo tratado en la sesión.

► **Sesión 4: estilos educativos**

Tareas:

- Ü Estilos educativos.
- Ü Atención diferencial.
- Ü Juego infantil.

El *Estilo Educativo* es una forma reiterada y dominante de establecer relaciones y resolver conflictos entre padres e hijos. Se analizan los pensamientos, actos y acciones que tienen con respecto a su hijo a partir de su perfil de estilo educativo y las consecuencias que conlleva. Cada familia tiene un estilo diferente de educar según el temperamento de los padres, la propia experiencia de cómo fue educado por sus padres, la moda educativa, las ideas que circulan sobre aspectos educativos.

Esta sesión pretende la psicoeducación de los padres a través del conocimiento del estilo personal que tiene a la hora de educar y de interactuar con su hijo. El cambio de actitud en este estilo hacia una forma más asertiva, equilibrando afecto y normas, garantiza la disminución de conductas negativas y de relaciones coercitivas en la familia.

A través de los resultados de la prueba realizada en el pretest, perfil de estilos educativos (PEE), se expone el perfil de cada padre y se reflexiona sobre cómo influye dicho perfil en la relación con el hijo y las consecuencias que tiene en el desarrollo de conductas de desobediencia.

Al final de la sesión se llevan un díptico con información de lo tratado en la sesión.

► **Sesión 5: errores educativos**

Tareas:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Û Errores educativos. Û Atención diferencial. Û Juego infantil. |
|---|

En la educación de los hijos se cometen errores que impiden y limitan el desarrollo social y afectivo del menor. Revisar estos errores genera en los padres una reflexión en su actitud como clave en el cambio comportamental del hijo.

Durante esta sesión se revisan a través del visionado de un vídeo con situaciones cotidianas de una familia, diferentes errores tales como la ausencia de diálogo, de límites claros y de responsabilidad, el reforzar lo negativo, el corregir y comparar con otros, reñir por frustraciones personales, la falta de autocontrol o los obstáculos en la comunicación hace a los padres conscientes de los mismos de cara a su modificación en la educación parental.

Al final de la sesión se llevan un díptico con información de lo tratado en la sesión y una ficha con cuestiones para reflexionar en casa y traerlas a la siguiente sesión (anexo 4).

2.5.3.2. Práctica: Normativo-conductual

- Sesión 6: órdenes claras para que el hijo obedezca
- Sesión 7: advertencias y consecuencias ante la desobediencia
- Sesión 8: desafíos del tiempo fuera

Tareas:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Û Secuencia de órdenes claras. Û Atención diferencial. Û Juego infantil. |
|--|

En la sesión 6 se inicia la etapa práctica del programa. Durante las 4 sesiones anteriores se han trabajado actitudes paternas, estilos y errores educativos, y se ha focalizado la atención conductual en lo positivo, ignorando conductas de desobediencia establecidas en la sesión 3.

Se mantiene de la fase anterior, el rato de juego infantil y la atención diferencial, que llevan sus registros semanales.

Esta mejora de la interacción familiar permite iniciar una etapa donde la atención se centra en establecer límites adecuados para el correcto funcionamiento personal y familiar.

Los padres aprenden la secuencia de órdenes claras y se les instruyen para que aprendan a dar órdenes y para que interioricen que dichas órdenes son solicitadas por los padres para ser realizadas por el hijo y no para ser discutidas, desafiadas o desobedecidas. Los padres se empoderan al considerar las órdenes como límites normales y adecuados y al no sentirse impotentes ante el desafío constante del hijo. Una vez más la psicoeducación a los padres sobre el manejo de conductas y la importancia de su actitud como antecedente del comportamiento desobediente del hijo es una herramienta útil y eficaz para disminuir conductas inadecuadas.

La secuencia de órdenes (tabla 26) está dividida en el programa en 3 sesiones (6, 7 y 8), con el objetivo de trabajar y reflexionar e interiorizar cada una de ellas.

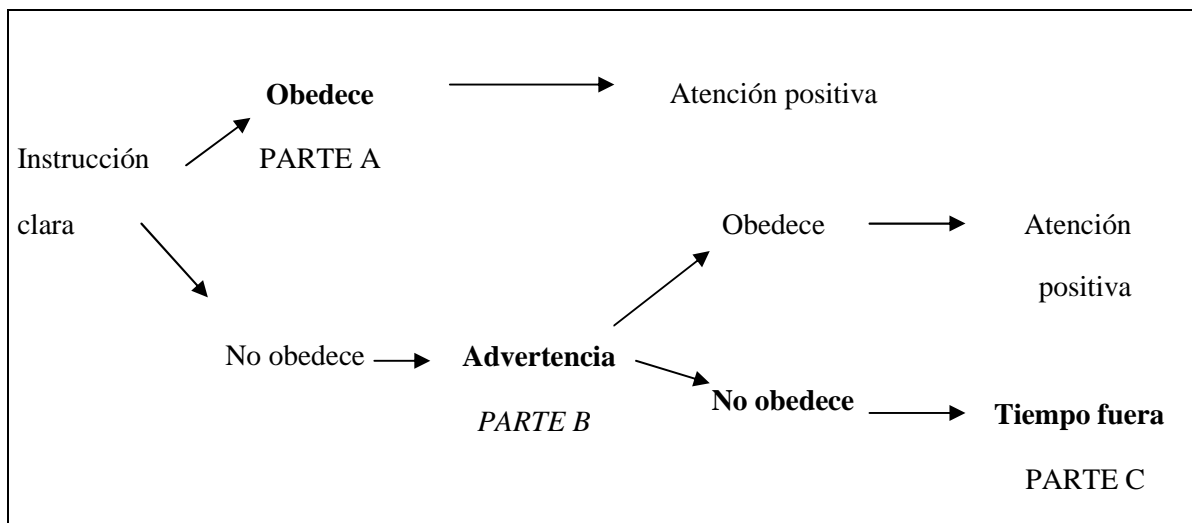
Se inicia la sesión 6 con la diferencia entre órdenes claras y poco claras y los padres registran en casa las órdenes que dan y si son poco claras, las cambian. Se hace modelado, ensayo conductual y se mandan registros para casa.

En la sesión 7 se trabaja qué hacer cuando el hijo no obedece a la primera, tras dar una orden clara. Se establece una secuencia de advertencia y de tiempo fuera,

explicando los tiempos y la técnica empleada. Se hace modelado, ensayo conductual y se mandan registros para casa.

En la sesión 8 se trabajan los desafíos conductuales en el tiempo fuera con las soluciones para intervenir eficazmente. Se hace modelado, ensayo conductual, se entrega cuadernillo y se mandan registros para casa (anexo 4).

Tabla 26. Secuencia de órdenes



► Sesión 9: normas y límites

Tareas:

- Ü Establecimiento de normas.
- Ü Juego infantil.

Los niños no siempre hacen lo que los padres y educadores quieren. Cuando el niño se comporta mal, el adulto tiene que decidir cómo va a responder. Todos los niños necesitan reglas y expectativas para ayudarlos a aprender el comportamiento apropiado. ¿Cómo le enseña un padre o educador al niño las reglas y qué deben de hacer éstos cuando las reglas se rompen? Es importante que se vea la disciplina como enseñanza y no como castigo. El aprender a seguir las reglas mantiene al niño seguro y le ayuda a aprender la diferencia entre lo que es correcto o incorrecto.

En esta sesión a los padres se les instruyen en el establecimiento de normas y límites dentro de la casa. A diferencia de las órdenes, las normas son reglas que deben estar establecidas de antemano, con una buena descripción, establecidas en el tiempo y con una consecuencia adecuada y proporcionada.

Tras las normas establecidas, se hace modelado y ensayo conductual. Se les entrega un cuadernillo con la información trabajada y un registro para rellenar en casa y traerlo a la sesión (anexo 4).

► **Sesión 10: generalización fuera de casa**

Tareas:
<ul style="list-style-type: none"> Ü Planificación de situaciones. Ü Generalización de tiempo fuera en espacios abiertos. Ü Juego infantil.

Los padres aprenden orientaciones para controlar situaciones fuera de casa y diferentes ubicaciones de tiempo fuera.

- § Tener planeada la situación para incrementar la probabilidad del éxito.
- § Decidir de antemano lo que quiere para manejar la situación.
- § Explicar las consecuencias para los comportamientos adecuados e inadecuados.
- § Buscar las oportunidades de "Atrapar al niño siendo bueno."
- § Dar atención segura para los comportamientos adecuados.

§ **2.5.4. Etapa Postest**

Tareas:
<ul style="list-style-type: none"> Ü Protocolo de pruebas Ü Registro Observación juego infantil Ü Registro Atención Diferencial

Al grupo experimental, se les entrega el protocolo de pruebas, denominado medida postest, para que lo cumplimenten, una vez finalizado el programa.

Al grupo control también se les entrega el protocolo de pruebas, denominado medida postest para que lo cumplimenten. Cuando acuden a la Universidad (SUIP) hacen la sesión de observación de juego infantil y registro de atención diferencial.

El protocolo de prueba, para ambos grupos, es el mismo que en la medida pretest.

§ 2.5.5. Etapa de Seguimiento

Esta etapa tiene dos momentos, a los 6 y 12 meses, y con cada grupo, experimental y control, se actúa de diferente manera.

► Sesión 11 (6 meses). Repaso y fortalecimiento

Tareas:

- Ü Repasar las habilidades parentales de la fase educativa y práctica
- Ü Fortalecer técnicas aprendidas en el programa.
- Ü Hacer ensayo conductual y modelado de técnicas, en caso de ser necesario.
- Ü Observar y codificar rato de juego infantil con la familia.
- Ü Cumplimentar protocolo de pruebas de seguimiento semestral.

A los 6 meses, las familias de grupo experimental y de grupo control son informadas de la cita en la Universidad para hacer el seguimiento semestral.

Con el *grupo experimental*, la sesión dura una hora y se pretende recordar, de manera individual, con cada familia, los puntos clave de todas las sesiones y aclarar posibles dudas. Lo primero que se hace es la observación del rato de juego infantil, durante 10 minutos. Las consignas son las mismas que durante la etapa de intervención. Terapeuta y observador registran las atenciones, coacción, ignorar conductas y las secuencias de órdenes claras para dar feedback a los padres sobre la interacción realizada. Esto permite repasar con los padres todas las habilidades parentales trabajadas en el programa y hacer ensayo conductual y modelado de las técnicas que deben ser reforzadas. Para finalizar se entrega un cuadernillo de

repasso del programa y cumplimentan las pruebas del protocolo de medida de resultados de los 6 meses.

Con el *grupo control*, se actúa de otra manera. La sesión dura media hora y aunque se les da las mismas consignas del juego infantil que al grupo experimental, no reciben feedback de la interacción padres-hijos. No se les da información del programa y no se repasan técnicas porque no han sido entrenados en el programa. Se les entrega las pruebas que tienen que cumplimentar del protocolo de resultados de los 6 meses, igual que al grupo experimental.

► **Sesión 12 (12 meses). Repaso y fortalecimiento**

Tareas:

- ü Repasar las habilidades parentales de la fase educativa y práctica
- ü Fortalecer técnicas aprendidas en el programa.
- ü Hacer ensayo conductual y modelado de técnicas, en caso de ser necesario.
- ü Observar y codificar rato de juego infantil con la familia.
- ü Cumplimentar protocolo de pruebas de seguimiento anual.
- ü Entregar DVD familiar e informe de evolución conductual.

A los 12 meses, las familias de grupo experimental y de grupo control son informadas de la cita en la Universidad para hacer el seguimiento semestral.

Con el *grupo experimental*, la sesión dura una hora y se pretende recordar, de manera individual, con cada familia, los puntos clave de todas las sesiones y aclarar posibles dudas. Lo primero que se hace es la observación del rato de juego infantil, durante 10 minutos. Las consignas son las mismas que durante la fase educativa. Terapeuta y observador registran las atenciones, coacción, ignorar conductas y las secuencias de órdenes claras para dar feedback a

los padres sobre la interacción realizada. Esto permite repasar con los padres todas las habilidades parentales trabajadas en el programa y hacer ensayo conductual y modelado de las técnicas que deben ser reforzadas. Para finalizar se entrega un cuadernillo de repaso del programa y cumplimentan las pruebas del protocolo de resultados de los 12 meses.

Se les entrega una carta de agradecimiento por su participación en el estudio, un informe de los resultados de las conductas del hijo a lo largo del pretest, postest y seguimiento semestral y un DVD personal con las escenas más representativas de su participación en el programa.

Con el *grupo control*, se actúa de otra manera. La sesión dura media hora y aunque se les da las mismas consignas del juego infantil que al grupo experimental, no reciben feedback de la interacción padres-hijos. No se les da información del programa y no se repasan técnicas porque no han sido entrenados en el programa. Se les entrega las pruebas que tienen que cumplimentar del protocolo de resultados de los 12 meses, igual que al grupo experimental.

Se les entrega una carta de agradecimiento por su participación en el estudio.

2.6. El papel del terapeuta en la sesión

El terapeuta durante todas las sesiones individuales acompaña a la familia del grupo experimental en el programa educativo. Se encarga de animar y motivar a los padres a través del esfuerzo en la asistencia y participación en el programa; consigna y dirige las observaciones de la medida de proceso del programa; instruye el aprendizaje de destrezas; modela y refuerza el ensayo de destrezas; prepara, entrega y revisa las tareas de casa y da feedback sobre los cambios; supervisa a las familias durante los seguimientos. Todas estas tareas e implicación del terapeuta lo ponen en un lugar privilegiado para controlar y dirigir la modificación de conductas propuestas y facilitar a las familias los cambios en la interacción padres-hijos.

El terapeuta del grupo control consigna y dirige las observaciones de la medida de proceso del programa y entrega protocolos de evaluación.

2.7. Recursos metodológicos empleados

En el programa educativo PEPA se utiliza diversos recursos metodológicos que establecen la estructura del programa a lo largo de las sesiones (tabla 27).

Tabla 27. Recursos metodológicos

☐	Observación conductual
☐	Feedback
☐	Registros
☐	Revisión tareas de casa
☐	Instrucción didáctica
☐	Modelado
☐	Ensayo conductual
☐	Visualización escenas
☐	Propuesta de tareas para casa
☐	Biblioterapia

2.7.1. Observación conductual, feedback y registros

La **observación conductual** es una medida de proceso, donde el grupo experimental y control participan en un rato de juego infantil de 10 minutos con consignas codificadas. El grupo experimental recibe feedback del rato observado, registradas y entrenadas, tanto en sala experimental como tarea intersesión. El grupo control participa en la observación conductual y en las tareas intersesión aunque no reciben feedback.

Las sesiones con las familias experimentales se realizaron en salas de conducta del Servicio Universitario de Instrumentación Psicológica, SUIP, de la Universidad de Murcia. Estas salas disponen de micros y cámaras que permiten la grabación digital de audio y vídeo en la sala de audio. En dicha sala y a través de las dos cámaras se puede observar y analizar cada comportamiento con plano general y plano detalle al mismo tiempo. En tiempo real se realizan la fase de codificación de los vídeos con las plantilla de observación.

En el registro del juego de observación, se codifica la interacción padres-hijos durante la sesión 2 hasta la 12 del programa y con una duración de 10 minutos, al inicio de cada sesión. Durante el rato de juego, los padres reciben la consigna para que el hijo dirija el juego y se mide la frecuencia de atención y refuerzo que recibe el hijo y la frecuencia de coacción por parte de los padres (anexo 3).

Tras el rato de observación del juego, los observadores y terapeuta unifican la información codificada en la plantilla de observación y se da feedback a los padres del grupo experimental sobre el desarrollo de la habilidad. El terapeuta entrena a los padres sobre el juego realizado en la sala de conducta para reforzar las atenciones altas y el refuerzo verbal y físico al hijo que mejora la interacción y que permite el descenso de la coacción de los padres. A lo largo de las sesiones y con entrenamiento, los padres van aprendiendo las habilidades de atención positiva que mejora la calidad de interacción y disminuye los problemas de conducta.

El programa dispone de diferentes registros para codificar y obtener tanto medidas de proceso como medidas de resultados. Las medidas de proceso ya se han explicado en el apartado anterior (rato de juego, atención diferencial y secuencia de órdenes claras). Las medidas de resultados se obtienen de las puntuaciones de los cuestionarios de los padres y profesores en los 4 momentos de medida (pretest, postest y 2 seguimientos).

2.7.2. Revisión tareas de casa

La etapa de intervención conlleva de la sesión 4-10 una revisión previa de las tareas intersesión, reforzando la participación y los logros conductuales alcanzados por la familia. Las tareas para casa consisten en registros para que los padres anoten la

práctica conductual de la destreza (anexo 4). Estas tareas son revisadas al inicio de cada sesión y sirven para garantizar la práctica familiar, la interiorización de conceptos y la generalización al entorno natural. Este espacio de revisión de tareas en la sesión genera la resolución de dudas y el reforzamiento de la participación y progreso de la familia. En caso de una mala ejecución de la destreza ensayada y, por tanto, un registro deficiente de las tareas, el programa dedica un espacio de la sesión para repetir el modelado y ensayo conductual de esa destreza, antes de iniciar la instrucción didáctica de una nueva habilidad.

2.7.3. Instrucción didáctica

Tras la revisión de las tareas trabajadas en casa, el programa dedica en cada sesión 20 minutos a introducir información de la nueva destreza que los padres tienen que aprender y practicar para la reducción de la desobediencia. Durante la exposición del terapeuta, los padres intervienen participando activamente en un debate que permite ir resolviendo sus dudas. El terapeuta aclara y hace énfasis en los aspectos claves de la nueva técnica que la familia necesita reforzar para aprender la estrategia conductual. La información suministrada en la sesión es reforzada con cuadernillo que las familias se llevan a casa.

2.7.4. Modelado

Una vez explicada la destreza-objeto de esa sesión, el terapeuta realiza una demostración en vivo de la secuencia conductual. Es básico en el programa este momento porque los padres pueden visionar a nivel práctico la explicación del terapeuta. A través del juego de roles, donde uno de los padres interviene en la demostración del modelado haciendo de hijo, observan los pasos de la técnica en una situación controlada.

2.7.5. Ensayo conductual

Realizada la demostración por parte del terapeuta, el padre lo ensaya con su hijo. El ensayo permite superar dificultades en la ejecución y al finalizar la práctica, las familias ya realizan de manera adecuada la técnica aprendida. Es entonces cuando se inicia la interiorización de la secuencia de la destreza explicada.

2.7.6. Visualización escenas

El ensayo conductual también se realiza a través del visionado de escenas comunes de otras familias en situaciones reales para que los padres observen y puedan ser entrenadas las habilidades.

2.7.7. Propuestas de tareas para casa

Al finalizar cada sesión, a excepción de la sesión 10, se proponen nuevas tareas para casa, con los registros que tendrán que traer cumplimentados para su revisión en la siguiente sesión. La propuesta de tareas para casa se consiste en entregar un registro sobre la destreza explicada y su posterior ensayo conductual en casa (anexo 4).

Como condición necesaria para la participación en el programa está la cumplimentación de los registros propuestos en las sesiones, tras su ensayo en casa. La codificación de los registros se convierte en una herramienta clave para poder evaluar los cambios comportamentales y llevar a cabo seguimiento del aprendizaje guiado de las estrategias parentales.

Las familias también reciben en todas las sesiones del programa PEPA, un cuadernillo de lo aprendido en la sesión, a modo de biblioterapia.

2.7.8. Biblioterapia

Al finalizar la sesión, los padres reciben del terapeuta un cuadernillo con la nueva destreza aprendida como apoyo didáctico entre sesiones (anexo 5). Esta información no es nueva porque se ha explicado, demostrado y ensayado en la sesión pero permite a las familias interiorizar en casa los conceptos y los pasos aprendidos como guía para la puesta en práctica de la habilidad con el hijo.

En la tabla 25 se puede consultar un resumen de los objetivos y metodología empleada en cada sesión.

2.8. Materiales del programa

La etapa de intervención contiene 1) manual del programa con la jerarquía de actividades a realizar que estructura el contenido y las actividades de cada sesión; 2) juguetes, que se utilizan en todas las sesiones para observar ratos de juego infantil y para el aprendizaje de las diferentes destrezas conductuales del programa; 3)

Tabla 28. Materiales del programa PEPA
1. Manual de programa
2. Juguetes
3. Material audiovisual
4. Registros
5. Cuadernillos y fichas
6. DVD
7. Informe de evolución

material audiovisual, que se emplea para visualizar el aprendizaje de contenidos o para el refuerzo de los cambios establecidos por la familia; 4) registros para observar, codificar y cuantificar los cambios; 5) cuadernillos, que se entregan al final de cada sesión para recordar y reforzar los contenidos trabajados; 6) DVD de escenas familiares trabajadas en las sesiones y 7) Informe de evolución (tabla 28).

En la tabla 29 se expone los objetivos y metodología empleada en el programa PEPA.

Tabla 29. Objetivos y metodología empleada en el programa PEPA	
Etapa motivacional	
Sesión 1. Entrevista clínica a padres y evaluación	
Objetivos	Metodología empleada
<ul style="list-style-type: none"> § Motivar a las familias al programa PEPA § Presentar objetivos y procedimientos del programa § Firmar compromiso y autorización paterna 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista clínica - Análisis funcional - Instrucción didáctica
Etapa Pretest	
Objetivos	Metodología empleada
<ul style="list-style-type: none"> § Entregar protocolo de evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación protocolo conductual
Etapa de Intervención	
Educativa: Informativa- cognitiva	
Sesión 2. Refuerzo positivo y juego infantil	
Objetivos	Metodología empleada
<ul style="list-style-type: none"> § Introducir en la calidad del juego infantil para mejorar la interacción padres-hijos § Tomar conciencia de la importancia de la atención en el aprendizaje y mantenimiento de las conductas § Reforzar al niño por su comportamiento apropiado § Explicar la importancia del refuerzo positivo en la imagen personal del niño 	<ul style="list-style-type: none"> - Observación conductual - Feedback - Instrucción didáctica - Modelado - Ensayo conductual - Biblioterapia - Propuesta de tareas para casa - Registros
Sesión 3. Extinción y atención diferencial	
Objetivos	Metodología empleada
<ul style="list-style-type: none"> § Entrenar a los padres a ignorar las conductas desobedientes § Explicar la técnica de atención diferencial § Disminuir las conductas inadecuadas y aumentar las adecuadas 	<ul style="list-style-type: none"> - Observación conductual - Feedback - Revisión tareas de casa - Instrucción didáctica - Modelado - Ensayo conductual - Biblioterapia - Propuesta de tareas para casa - Registros
Sesión 4. Estilos educativos	
Objetivos	Metodología empleada
<ul style="list-style-type: none"> § Diferenciar los estilos educativos y conocer las consecuencias sobre las conductas de sus hijos § Presentar situaciones cotidianas la hora de educar para identificar los diferentes estilos paternos § Recaltar los beneficios, para la calidad de la relación y para la personalidad de su hijo, una educación basada en el estilo asertivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Observación conductual - Feedback - Revisión tareas de casa - Instrucción didáctica - Estudio de casos - Biblioterapia - Propuesta de tareas para casa. - Registros
Sesión 5. Errores educativos	
Objetivos	Metodología empleada
<ul style="list-style-type: none"> § Identificar los errores educativos y dar soluciones alternativas § Visionar diferentes escenas cotidianas de errores educativos § Repasar fase afectiva para reforzar conceptos aprendidos 	<ul style="list-style-type: none"> - Observación conductual - Feedback - Revisión tareas de casa - Instrucción didáctica - Visualización de escenas - Biblioterapia - Propuesta de tareas para casa - Registros

Tabla 29 (continuación)	
Etapa de Intervención	
Normativa-conductual	
Sesión 6. Órdenes claras para que el hijo obedezca	
Objetivos	Metodología empleada
<p>§ Exponer las nuevas destrezas de la fase normativa</p> <p>§ Presentar las instrucciones claras y la secuencia de órdenes</p> <p>§ Enseñar a los padres las diferencias entre las instrucciones claras y poco claras</p> <p>§ Motivarles para que se esfuercen en dar las instrucciones claras.</p> <p>§ Subrayar y fomentar el uso de recompensas y atenciones positivas por obedecer</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observación conductual - Feedback - Revisión tareas de casa - Instrucción didáctica - Modelado - Ensayo conductual - Biblioterapia - Propuesta de tareas para casa - Registros
Sesión 7. Advertencias y consecuencias ante la desobediencia.	
Objetivos	Metodología empleada
<p>§ Enseñar a los padres a aplicar adecuadamente el Tiempo Fuera</p> <p>§ Conseguir que los padres mantengan el control de la situación durante la secuencia de órdenes</p> <p>§ Fomentar las adecuadas recompensas tras la obediencia, dentro de la secuencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observación conductual - Feedback - Revisión tareas de casa - Instrucción didáctica - Modelado - Ensayo conductual - Biblioterapia - Propuesta de tareas para casa - Registros
Sesión 8. Desafíos del tiempo fuera	
Objetivos	Metodología empleada
<p>§ Identificar los desafíos más comunes en el tiempo fuera</p> <p>§ Saber los padres cómo enfrentarse a los posibles problemas que surjan durante el tiempo fuera</p> <p>§ Repasar toda la secuencia de las órdenes claras para asegurar la interiorización correcta de la secuencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observación conductual - Feedback - Revisión tareas de casa - Instrucción didáctica - Modelado - Ensayo conductual - Biblioterapia - Propuesta de tareas para casa - Registros
Sesión 9. Normas y límites	
Objetivos	Metodología empleada
<p>§ Resaltar la importancia de educar con disciplina</p> <p>§ Reflexionar y reforzar la utilidad de las normas para la armonía familiar</p> <p>§ Establecer las normas y límites en casa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observación conductual - Feedback - Revisión tareas de casa - Instrucción didáctica - Biblioterapia - Propuesta de tareas para casa - Registros
Sesión 10. Generalización fuera de casa	
Objetivos	Metodología empleada
<p>§ Repasar el trabajo realizado en el programa y aclarar posibles dudas</p> <p>§ Dar pautas para la generalización fuera de casa</p> <p>§ Visionar escenas de la familia en el programa para valorar progresos</p> <p>§ Complimentar cuestionario de satisfacción del programa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observación conductual - Feedback - Revisión tareas de casa - Instrucción didáctica - Visualización escenas - Biblioterapia
Etapa Postest	
Objetivos	Metodología empleada
<p>§ Entregar protocolo de evaluación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación protocolo conductual -

Tabla 29 (continuación)	
Etapa de seguimiento (6 meses)	
Sesión 11. Repaso y fortalecimiento	
Objetivos	Metodología empleada
§ Repasar las habilidades parentales de la fase educativa § Fortalecer técnicas aprendidas en el programa. § Hacer ensayo conductual y modelado de técnicas § Observar y codificar rato de juego infantil con la familia. § Entregar protocolo de pruebas de seguimiento a los seis meses	- Observación conductual - Feedback - Instrucción didáctica - Biblioterapia Evaluación protocolo 6 meses
Etapa de seguimiento (12 meses)	
Sesión 12. Repaso y fortalecimiento	
Objetivos	Metodología empleada
§ Repasar las habilidades parentales de la fase educativa § Fortalecer técnicas aprendidas en el programa § Hacer ensayo conductual y modelado de técnicas § Observar y codificar rato de juego infantil con la familia § Entregar protocolo de pruebas de seguimiento a los doce meses § Entregar DVD familiar e informe de evolución conductual	- Observación conductual - Feedback - Instrucción didáctica - Biblioterapia - Evaluación protocolo anual

2.8.1. Manual del programa

El programa PEPA consta de un manual donde se describe paso a paso las actividades que deben desarrollarse por los terapeutas y las familias.

El manual lleva en cada sesión el siguiente protocolo (tabla 30):

Tabla 30. Protocolo sesiones del programa familiar PEPA
1. Acogida de la familia 2. Consignas para observación conductual del rato de juego 3. Feedback de la observación 4. Repaso de tareas de casa 5. Explicación de nueva destreza 6. Modelado conductual 7. Ensayo conductual 8. Propuesta de tareas para casa y cuadernillos

Dentro del manual viene desarrollada la información que necesita el terapeuta para enseñar las habilidades de cada sesión. Dicho desarrollo es más amplio que el que las familias necesitan pero es necesario para clarificar dudas. También dentro del manual vienen descritas en cada sesión los registros y las tareas necesarias para que el terapeuta tenga una visión general del programa.

El manual del programa familiar se inicia con la acogida de la familia y su acompañamiento a la sala de conducta para iniciar la sesión. Los padres se sientan con el hijo en la mesa de actividades y se les entregan las consignas del rato de observación para que durante 10 minutos observen el juego del hijo y lleven a cabo las órdenes establecidas en las consignas.

Ejemplo de las consignas son:

“Atiendan al juego del niño”

Sólo pueden jugar con los juguetes que hay encima de la mesa.

1. A los 3 minutos pídanle al niño que cambie de juego.
2. Cuando suene un ruido en la puerta díganle que el juego ha terminado y que recoja y guarde los juguetes dentro de la caja.
3. Una vez recogidos dígame que coja las construcciones (niño) o las bolas (niña) y haga una torre muy alta o un collar.
4. Cuando suene un ruido en la puerta, díganle que guarde las construcciones o las bolas en la caja y esperen al terapeuta.

A los 2 minutos y a los 4 minutos el terapeuta introduce juego distractor para codificar la técnica de ignorar. (Esta última información no la tienen los padres).

Una vez finalizado el rato de juego, en la sala de audio se ha codificado la observación. Observador y terapeuta unifican criterios y el terapeuta entra a la sala de conducta, le pide a los padres que pasen a la mesa del terapeuta y se le da la consigna al hijo de que siga jugando. El terapeuta da feedback a los padres sobre las conductas observadas en el rato de juego (atenciones, coacción, ignorar, órdenes). El manual continúa con la revisión de las tareas de casa, reforzando a los padres y clarificando dudas observadas.

La parte central de cada sesión es el aprendizaje de la nueva destreza, modelado y ensayo conductual. A través de la práctica guiada se asegura el aprendizaje correcto de la técnica enseñada. Para finalizar, el manual siempre lleva la propuesta de tareas para casa y entrega de cuadernillos de cada sesión.

2.8.2. Juguetes

El programa PEPA trabaja con los padres enseñando habilidades de modificación de conducta y el niño está presente durante todas las sesiones, a excepción de la sesión de entrevista clínica, para poder mejorar mediante la terapia de juego las interacciones padres-hijos, poder practicar las destrezas entre padres e hijos y poder comprobar cómo el niño va mejorando dentro de las sesiones con las habilidades practicadas en cada sesión.

Para ello, se necesitan juguetes. Algunos están preparados dentro de la sala para el rato de juego observado y/o para que el niño se entretenga mientras los padres están con el terapeuta en la revisión o explicación de habilidades. Otros juguetes, llamados distractores, sólo aparecen durante el rato de observación, para que no se produzca saciación y para que sean llamativos y atractivos para el niño. El objetivo de estos juguetes introducidos en dos ocasiones del juego observado, es que los padres practiquen la técnica de ignorar cuando el hijo juega con otros juguetes que no son los iniciales. La consigna es “sólo pueden jugar con los juguetes que hay encima de la mesa”.

Los juguetes también es un recurso dentro del programa para que los padres atiendan conductas adecuadas o ignoren conductas inadecuadas, practiquen las órdenes de recoger y se establezcan normas de funcionamiento dentro de las sesiones. Las dos primeras habilidades, atender e ignorar, son destrezas básicas de la subetapa educativa: informativa-cognitiva. Las dos últimas habilidades, dar órdenes y poner límites son las destrezas centrales de la subetapa práctica: normativa-conductual. Los terapeutas inicialmente trabajan dentro de las sesiones todas las destrezas del programa y, una vez explicadas en la sesión correspondiente, los padres deben continuar con la aplicación de las destrezas. Los juguetes son claves para el terapeuta, que refuerza o recuerda la práctica de la habilidad para que sea eficaz.

2.8.3. Material audiovisual

La mayoría de los recursos utilizados en el programa son escritos aunque existen varios momentos que se recurre a material audiovisual para ejemplificar situaciones cotidianas y romper la monotonía de la estructura del programa.

En la sesión 5 de la etapa de intervención, los padres visionan 5 escenas originales del programa PEPA donde se visualizan errores educativos. Los temas elegidos son autonomía, establecimiento de normas, órdenes claras, no comparaciones entre hermanos y no corregir en público y consistencia y firmeza de límites.

Otro momento del programa con recursos audiovisuales es en la última sesión del programa, sesión 10, donde los padres se observan jugando con el hijo en la sesión 2 y 8. El cambio producido en las diferentes técnicas a lo largo del programa es un reforzador muy potente del cambio generado por las familias, que no son conscientes de la mejora de la interacción coercitiva en su relación padres-hijos.

2.8.4. Registros

El programa, por su condición experimental, tiene un diseño muy estructurado con registros para codificar los cambios que se producen y saber a qué variable puede ser debido. Por ello, se registran medidas de proceso y medidas de resultados.

Las medidas de proceso, son los resultados codificados en los registros completados durante la aplicación del programa. El grupo experimental registra la observación del juego durante las sesión 2 hasta la 12; las actividades de atención diferencial durante las sesiones 3 a 9; y secuencias de órdenes claras de la sesión 6 a 10. El registro se hace semanal y se van anotando y reforzando a las familias los cambios producidos. El grupo control registra la observación del juego(atención, coacción, extinción y secuencia de órdenes claras) durante la medida pretest,

postest y 2 seguimientos; y las actividades de atención diferencial durante la medida pretest y postest.

Las medidas de resultados, son los resultados del protocolo de pruebas ya descritas en otro apartado y lleva una medida en las cuatro etapas del programa (pretest- postest -6 y 12 meses) en ambos grupos, experimental y control.

2.8.5. Cuadernillos y fichas

Las familias reciben al finalizar cada sesión fichas complementarias para reflexionar sobre actitudes paternas y cuadernillos para recordar y reforzar las estrategias parentales aprendidas (anexos 4).

2.8.6. DVD

Cada familia recibe durante la fase de seguimiento, en el seguimiento anual, un DVD con escenas claves de las sesiones de aprendizaje realizado por cada familia en el programa educativo. El objetivo de este material es un recuerdo visual de su paso por el programa PEPA y un recordatorio de las habilidades entrenadas y el ensayo conductual de las mismas.

2.8.7. Informe de seguimiento

Al finalizar el programa, en la fase de seguimiento a los 12 meses, cada terapeuta entrega a su familia un informe con la evolución de las conductas del hijo y el estilo educativo de los padres. Del protocolo que cumplimentan los padres, se entregan los datos del ECBI, CBCL y PEE, por ser los que mejor describen los comportamientos del hijo y de los padres.

CAPÍTULO 3

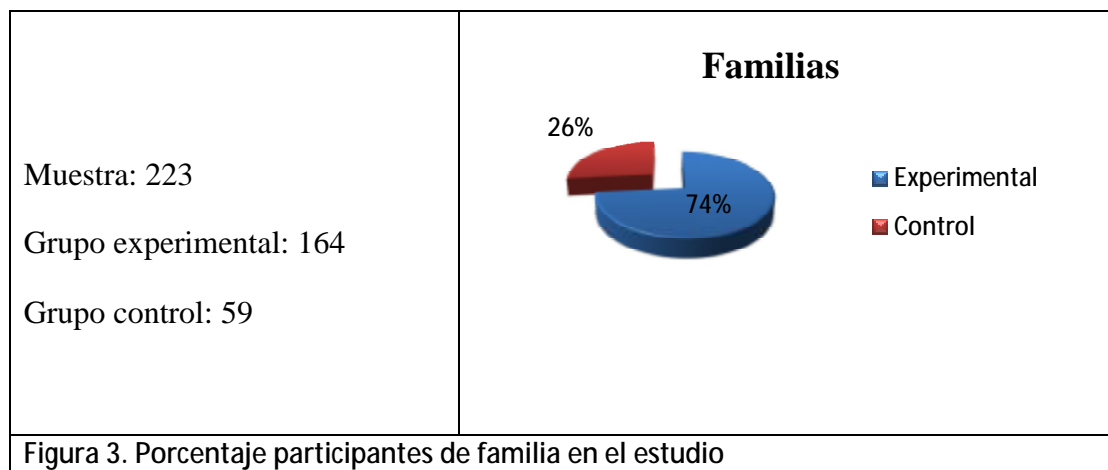
MÉTODO

En este capítulo se presentarán los aspectos metodológicos de la investigación. Primero, se describirán las características sociodemográficas de los participantes. A continuación se describirá el procedimiento, detallando todas las fases seguidas en el diseño de la investigación. Después, se explican los instrumentos de evaluación utilizados en el estudio, medida de proceso y de resultados. En último lugar, se explicará el tratamiento estadístico de los datos, detallando los análisis estadísticos utilizados para estudiar los datos recogidos.

3. Método

3.1. Participantes

Los participantes en el estudio han sido 223 familias, 164 del grupo experimental y 59 del grupo control, reclutadas en colegios de Educación Infantil y Primaria (CEIP), del Municipio de Murcia.



Los criterios de inclusión fueron:

- ⊗ Edad del hijo comprendida ente 3-6 años.
- ⊗ Escolarización del hijo en Educación Infantil.
- ⊗ Problemas de crianza y/o conducta desafiante del hijo.
- ⊗ Participación con dos padres conviviendo juntos o por separados.

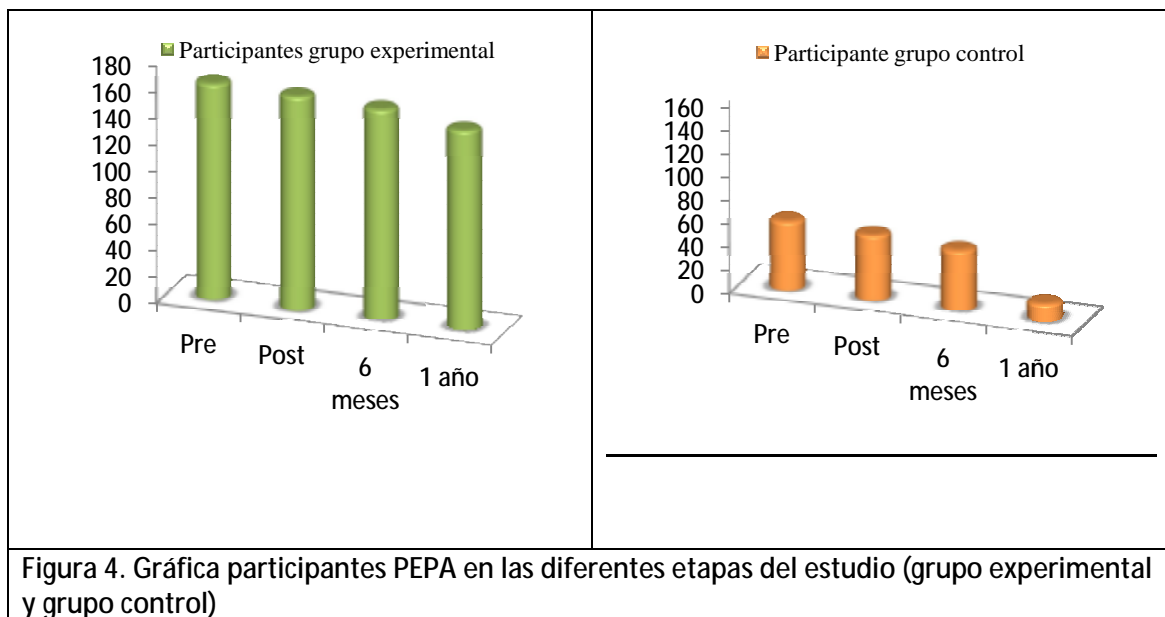
Los datos de exclusión fueron:

- ⊗ Edad del hijo mayor de 6 años.
- ⊗ No escolarización del hijo.
- ⊗ Diagnóstico psicopatológico del hijo.
- ⊗ Familia monoparental.

Los participantes fueron asignados a dos grupos:

1. **Grupo experimental**, formado por aquellos familias (padres/ hijo), asignándole la condición de tratamiento.
2. **Grupo control**, formado por las familias (padres/hijo), asignándole la condición de control.

En la figura 4 se ofrecen los datos de los participantes de ambos grupos en las diferentes etapas del estudio.



3.1.1. Grupo Experimental

Para poder participar como grupo experimental, previa asistencia a la reunión informativa del centro educativo, los padres interesados en el estudio, rellenaban una inscripción con los datos familiares y su disponibilidad. Atendidas las inscripciones y avisados telefónicamente de su aceptación al programa se le daba cita en la Universidad para la entrevista motivacional.

En el proceso de reclutamiento de la muestra no se produjeron bajas porque las familias obtuvieron mucha información del estudio, por parte de la coordinación,

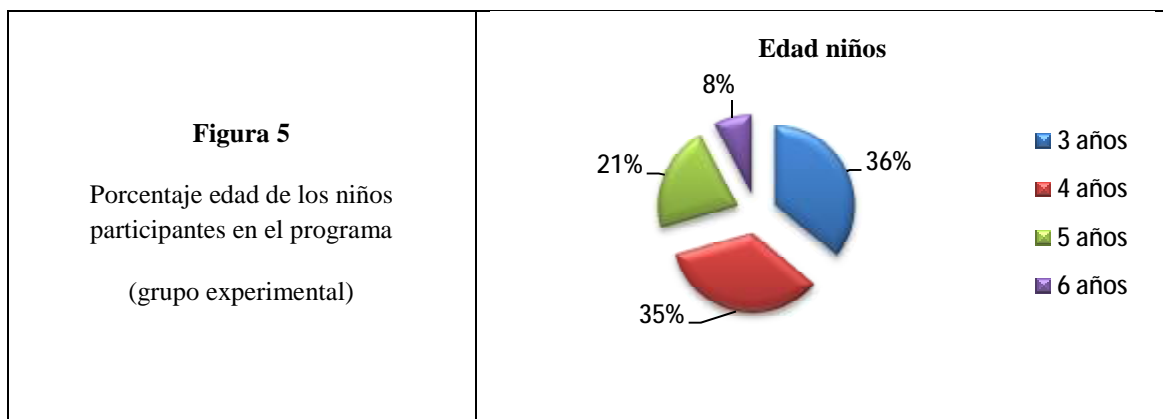
tanto de las características del programa, como de actividades y compromisos, antes de su inscripción.

Iniciaron **164** familias la participación en el estudio como grupo experimental, de las cuales **162** familias recibieron el total de las 12 sesiones; **160** familias finalizaron el estudio en sus cinco etapas (motivacional, pretest, intervención, postest y de seguimiento semestral) y **152** familias finalizaron hasta el seguimiento anual (figura 4).

Una vez iniciado el estudio, se produjeron 2 abandonos durante el desarrollo del mismo, motivados principalmente por temas laborales o enfermedad. Los abandonos durante el seguimiento semestral y anual fueron 2 y 8 respectivamente, sobre todo, por la falta de cumplimentación de los protocolos de evaluación. En total, se produjo un 7,3% de abandonos del grupo experimental.

Por género, de las 164 familias, **65** eran niñas y **99** eran niños. Las edades de los niños eran de 3 a 6 años, siendo la proporción de 3 años (60); 4 años (58); 5 años (36) y de 6 años (10). En la figura 5 se ofrecen los porcentajes por edad del grupo experimental.

La proporción de participación de familias por curso académico fue de 60 alumnos de 1° de Educación Infantil; 58 alumnos de 2° de Educación Infantil y 46 alumnos de 3° de Educación Infantil.



3.1.2. Grupo Control

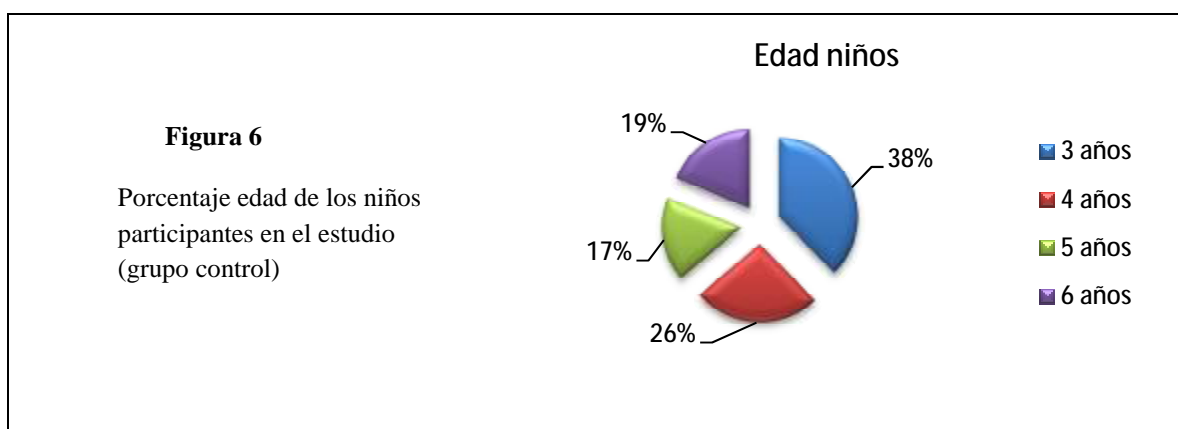
El grupo control del estudio lo formaron **59** familias. Estas familias fueron informadas igualmente en sus respectivos colegios en una reunión con la doctoranda. En ella se les explicó las condiciones de participación en ambos grupos, experimental y control, considerando los dos grupos válidos y necesarios para el estudio. Mencionados los criterios de inclusión al programa y las condiciones de participación en el estudio, los padres interesados cumplimentaron la ficha de inscripción al programa.

Iniciaron **59** familias la participación en el estudio como grupo control, de las cuales **56** familias participaron en el postest; **52** familias finalizaron el seguimiento semestral y **20** familias finalizaron el estudio completo (figura 6).

Los abandonos durante el postest y seguimiento semestral y anual fueron 3, 4 y 32 respectivamente, por la falta de asistencia al registro de observación de juego infantil y por la falta de cumplimentación de los protocolos de evaluación. En total, se produjo un 66,10% de abandonos del grupo control.

De las 59 familias, 26 eran niñas y 33 eran niños. Las edades de los niños eran de 3 a 6 años, siendo la proporción de 3 años (26); 4 años (18); 5 años (12) y de 6 años (3). En la figura 5 se ofrecen los porcentajes por edad del grupo control.

La proporción de participación de familias por curso académico fue de 26 de 1º de Educación Infantil; 18 alumnos de 2º de Educación Infantil y 15 alumnos de 3º de Educación Infantil.



3.2. Diseño de investigación

Se utilizó un diseño factorial mixto 2 x 3, con un factor inter, variable intervención con dos valores: grupo experimental versus grupo control, y un factor intra, variable evaluación con tres valores: pretest, posttest, seguimiento a los seis meses. Y un diseño 1 x 4 para el factor intra en el grupo experimental con cuatro valores: pretest, posttest, seguimiento a los 6 y doce meses, debido a la falta de muestra representativa en el grupo control a los doce meses

3.3. Fases del estudio

El estudio se ha desarrollado en cuatro etapas:

1. Estudio piloto del programa PEPA.
2. Selección y formación de monitores para implementar el programa PEPA.
3. Reclutamiento de las familias participantes en CEIPs del Municipio de Murcia.
4. Procedimiento seguido en la Universidad de Murcia: evaluación pretest, implementación del programa PEPA en el grupo experimental, evaluación posttest y evaluaciones de seguimiento a los seis y doce meses.

3.3.1. Primera fase. Estudio Piloto

El grupo piloto lo conformó una familia, dos padres y un hijo de 4 años, que cursaba 2º de Educación Infantil. Las sesiones del programa completo tuvieron lugar en el SUIP, edificio SACE, de la Universidad de Murcia, en la sala de conducta.

Este estudio sirvió para medir la idoneidad de los tiempos establecidos en las actividades del programa, el ensayo de las técnicas de modificación de conducta, la efectividad de los registros planteados, la dificultad o dudas de las propuestas para casa y la satisfacción de la familia. No se utilizaron cuestionarios en la fase pre y post,

porque el objetivo era comprobar, previo a la implantación con otras familias, la idoneidad de la estructura del programa.

Del estudio piloto se llegaron a cabo algunas mejoras, sin cambios sustanciales:

- Û Se escribieron las consignas de la observación del juego infantil en un cartel plastificado para que los padres las recordaran.
- Û Se escogieron y limitaron la cantidad de juguetes dentro de la sesión para un buen uso y se eliminaron los que hacían ruido porque interfería en el audio y porque eran difíciles de ignorar.
- Û Se guardaron juguetes para no producir saciación y los usó el terapeuta exclusivamente para el rato de observación del juego infantil.
- Û Se establecieron normas para la recogida de juguetes y para la salida del niño de la sala hacia el pasillo.
- Û Los terapeutas prepararon, previa a la sesión, las actividades que fueran a utilizar dentro de la sesión para economizar tiempo.
- Û Se incorporó a la etapa motivacional, en la entrevista clínica, el análisis funcional de las conductas, para controlar variables extrañas.
- Û Se modificaron registros para casa para un mejor entendimiento.

3.3.2. Segunda fase. Selección y formación de monitores

Los monitores del programa fueron 47 profesionales seleccionados a través del Colegio de Psicólogos de la Región de Murcia, y estudiantes del último curso de Psicología, 5 alumnos del Prácticum y 38 COIEs, de Prácticas Extracurriculares del Centro de Orientación e Información de Empleo de la UMU.

Todos los monitores fueron formados por la doctoranda en cada una de las promociones a través de sesiones teórico-prácticas del estudio. La formación ha

consistido en el visionado del estudio piloto en diferido y de otras familias en la sala de audio y video en tiempo real. También han sido supervisados por los directores del estudio durante la etapa de intervención, garantizando la fidelidad de la estructura del estudio y el manejo de metodología, actividades y registros.

3.3.3. Tercera fase: reclutamiento de familias en centros educativos del Municipio de Murcia

Paralelamente al estudio piloto y durante las 6 promociones del programa, se contactó con 22 centros educativos para reclutar la muestra de familias (tabla 31). La selección de centros se hizo al azar, cubriendo diferentes zonas del Municipio de Murcia. Se contactó telefónicamente con los centros, se les envió por mail al director y/o al departamento de Orientación una circular con los objetivos del programa de investigación de la Universidad.

En cada promoción se seleccionaba una media de 6 colegios y se daba una charla informativa a las familias sobre la investigación, sus características y el diseño experimental. Las familias interesadas rellenaron la ficha de inscripción. Después se les avisaba telefónicamente de su participación en el estudio y se daba fecha para la etapa motivacional en la Universidad.

El contacto con el colegio no terminaba con el inicio del programa, ya que nos ayudaron durante todo el proceso a la entrega o recogida de cuestionario de las familias y de los profesores.

Tabla 31. Centros educativos del estudio, años de aplicación y familias participantes

PROMOCIÓN	CENTROS EDUCATIVOS	AÑO APLICACIÓN	NÚMERO FAMILIAS
Piloto	UMU CEIP Luis Costa	2007	1
1 promoción	CEIP La Flota CEIP San Buenaventura CEIP Santa María de la Paz CEIP María Maroto CEIP Juan XXIII	2008	48
Promoción	CEIP San José de Espinardo CEIP Carolina Codorníu CEIP Antonio de Nebrija CEIP Nuestra Señora de la Consolación CEIP Don Bosco Salesianos CEIP José Rubio Gomariz CEIP Auxiliadora	2009	47
3 promoción	CEIP Reino de Murcia CEIP Santa María de Gracia CEIP Federico de Arce CEIP Nuestra Señora de la Consolación CEIP Don Bosco Salesianos	2009	31
4 promoción	CEIP Reino de Murcia CEIP Santa María de Gracia CEIP Federico de Arce CEIP Fernández Caballero CEIP La Arboleda CEIP Nuestra Señora de Belén CEIP Don Bosco Salesianos CEIP Mariano Aroca CEIP Reino de Murcia	2010	47
5 promoción	CEIP Fuenteblanca CEIP Santa María de Gracia CEIP Federico de Arce CEIP Nuestra Señora de la Consolación CEIP Don Bosco Salesianos CEIP Reino de Murcia	2010	34
6 promoción	CEIP Fuenteblanca CEIP Antonio de Nebrija CEIP Torresalinas CEIP Juan XXII CEIP Carolina Codorníu CEIP Consolación CEIP San José de Espinardo CEIP San Buenaventura	2011	16

3.3.4. Cuarta fase: Procedimiento seguido en la Universidad de Murcia: evaluación pretest, implementación del programa PEPA en el grupo experimental, evaluación posttest y evaluaciones de seguimiento a los seis y doce meses.

Con el estudio piloto realizado y las modificaciones realizadas, las familias reclutadas y los monitores formados, se inició el estudio, repartido en 6 promociones. Cada promoción constaba de una media de 25 familias, a excepción de la primera, que fue más numerosa por disponer de más espacios en el Servicio de Instrumentación Psicológica (SUIP) de la UMU.

El programa se desarrolló según lo establecido y no hubo incidencias que cambiaran sustancialmente el desarrollo del mismo. Cada familia tenía un calendario de sesión previamente establecido y acudían una vez a la semana en el horario establecido a la hora acordada. Siempre le atendía el mismo terapeuta. En la etapa de seguimientos, la metodología cambiaba con respecto a la etapa de intervención, ya que se trataba de fortalecer las técnicas, supervisar y evaluar a las familias del grupo experimental y observar, registrar y evaluar al grupo control. En esta etapa, aunque se intentó que la familia estuviera con el mismo terapeuta, a veces no se conseguía, ya que había transcurrido 6 ó 12 meses.

Las fechas de implantación de cada promoción se detallan en la tabla 32:

PROMOCIÓN PEPA	PRETEST	POSTEST	SEGUIMIENTO SEMESTRAL	SEGUIMIENTO ANUAL
PILOTO	01-10-2007	-----	-----	-----
PEPA1	15-02-2008	15-04-2008	15-10-2008	15-06-2009
PEPA2	1-01-2009	1-04-2009	1-10-2009	1-04-2010
PEPA3	1-04-2009	1-06-2009	1-12-2009	1-06-2010
PEPA4	15-01-2010	15-03-2010	15-09-2010	15-03-2011
PEPA5	15-04-2010	15-06-2010	15-12-2010	15-06-2011
PEPA6	15-01-2011	15-03-2011	15-09-2011	15-03-2012

En la tabla 33 se detallan el número de participantes de cada promoción.

Tabla 33. Promociones PEPA y número de participantes

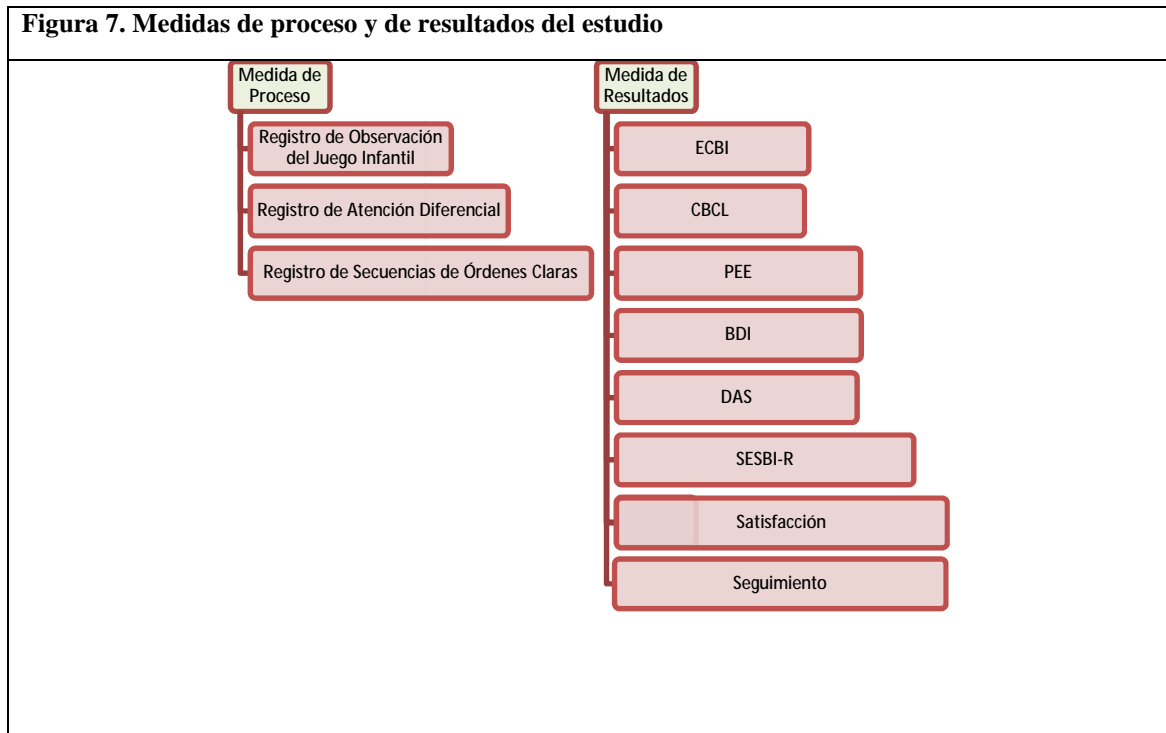
PEPA	PEPA 1	PEPA 2	PEPA 3	PEPA 4	PEPA 5	PEPA 6	TOTAL
Familias experimental	1-48 45	49-72 24	73-93 21	127-155 29	174-207 29	208-223 16	164
Familias control	12, 25,30 3	94-116 23	117-126 10	156-173 18	202-206 5	0	59
	48	47	31	47	34	16	223

3.4. Evaluación del programa de intervención

El PEPA es un programa preventivo de intervención basado en la evaluación. Ha habido 4 medidas en la evaluación. Antes del inicio, medida pretest, tras su finalización, medida posttest y a los 6 y 12 meses, medida de seguimientos.

Durante el estudio se han realizado dos tipos de medidas, de proceso y de resultados. Una *medida de proceso* con el grupo experimental, donde se han registrado observaciones intrasesión y tareas para casa intersesiones. El grupo control sólo ha participado en las observaciones y tareas en la etapa pretest, posttest y seguimientos. Una *medida de resultados* con el grupo experimental y el grupo control, donde se ha pasado un protocolo de pruebas en las cuatro medidas diferentes (pretest, posttest, 6 meses y 12 meses).

Las familias que fueron asignadas aleatoriamente al grupo experimental y al grupo control, completaron un protocolo de conductas infantiles, de habilidades parentales y cuestionarios de satisfacción y de seguimiento (medida de resultado) y registros de observación y de tareas (medida de proceso). (Figura 7).

Figura 7. Medidas de proceso y de resultados del estudio

Los resultados del programa PEPA en la reducción de la conducta desobediente se van a exponer en el capítulo 4, a través de las medidas de proceso y de resultados.

3.4.1. Medida de proceso

Como ya se ha comentado anteriormente, en el capítulo de planteamiento y objetivos, el programa, por su condición experimental, tiene un diseño muy estructurado con registros para codificar los cambios que se producen y saber a qué variable puede ser debido. Por ello, se registran medidas de proceso y medidas de resultados.

La medida de proceso se ha llevado con ambos grupos, experimental y control, con registros idénticos pero con metodología diferente, por la condición de estudio.

La medida de proceso con el grupo experimental, son resultados codificados en los registros completados durante todas las etapas del estudio. Dichos registros, intrasesiones (juego infantil) e intersesiones (atención diferencial y secuencias de

órdenes), se hacen de manera semanal y se van anotando y reforzando a las familias los cambios producidos.

La medida de proceso con el grupo control han sido registros intrasiones (juego infantil) durante la medida pretest y postest y durante las 2 sesiones de la medida de seguimiento e intersesiones (atención diferencial) en la medida pretest y postest.

En la tabla 34 se expone un resumen de los instrumentos utilizados como medidas de proceso en ambos grupos, experimental y control.

Tabla 34. MEDIDA DE PROCESO. Instrumentos utilizados en los grupos experimental y control		
Etapa	Grupo Experimental	Grupo Control
	Padres	Padres
Pretest	Registro observación juego infantil	
	Registro de Atención Diferencial	
Intervención	Grupo Experimental	
	Padres	
	Registro Observación Juego Infantil	
	Registro de Atención Diferencial	
Postest	Grupo Experimental	
	Padres	
	Registro observación juego infantil	
	Registro de Atención Diferencial	
Seguimiento 6 y 12 meses	Grupo Experimental	
	Padres	
	Registro observación juego infantil	

En la figura 8 se exponen los registros de medida de proceso de ambos grupos

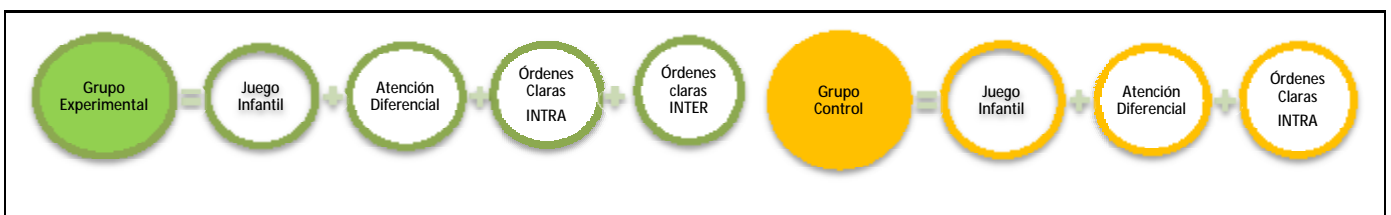


Figura 8. Registros de medida de proceso en grupo experimental y control

3.4.1.1. Registro de Observación del Juego Infantil

El grupo experimental registra durante todas las medidas del estudio, 10 minutos de juego infantil, con las consignas escritas, para que vayan haciendo diferentes órdenes con los hijos (tabla 35 y anexo 3). El grupo control lo registra con las mismas consignas y tiempo, en la medida pretest (1 sesión); postest (1 sesión) y seguimiento (2 sesiones).

Tabla 35. Consignas del registro de Observación del Juego Infantil

“Atiendan al juego del niño”. Sólo pueden jugar con los juguetes que hay encima de la mesa.

- A los 3 minutos pídanle al niño que cambie de juego.
- Cuando suene un ruido en la puerta díganle que el juego ha terminado y que recoja y guarde los juguetes dentro de la caja.
- Una vez recogidos dígale que coja las construcciones y haga una torre muy alta.
- Cuando suene un ruido en la puerta, díganle que guarde las construcciones en la caja y esperen al terapeuta.

Fuera de las consignas entregadas a los padres, el terapeuta: “A los 2 minutos y a los 4 minutos introduce juego distractor para codificar la técnica de ignorar”. Esta última información no la tienen los padres.

Lo que se registra (tabla 36) durante el rato de observación del juego infantil son:

- *Atenciones: número de atenciones altas y bajas que dan los padres, con rango 0-26.
- *Coacción: número de clases, órdenes y preguntas dadas al hijo, con rango 0-22.
- *Ignorar: número de veces que se ignora en el hijo la conducta inadecuada, con rango 0-2.
- *Órdenes: secuencia de obediencia ante las órdenes dadas al hijo, con rango 0-5.

Tabla 36. Registro de observación del juego infantil

A _a	A _b	R	C		C		P		P	
A _a	A _b	R	I	PC	IC	PC	IC	PC	IC	PC
A _a	A _b	R	S	N	S	N	S	N	S	N
A _a	A _b	R	A	R	A	R	A	R	A	R
A _a	A _b	R	A		A		A		A	
A _a	A _b	R	S	N	S	N	S	N	S	N
A _a	A _b	R	A	R	A	R	A	R	A	R
A _a	A _b	R	IF		IF		IF		IF	
A _a	A _b	R	IC	PC	IC	PC	IC	PC	IC	PC
A _a	A _b	R	A	R	A	R	A	R	A	R

A_a: alabanza alta
A_b: Alabanza baja
R: refuerzo social
P: preguntas
C: clases

I: ignorar **NI**: no ignora

IC: instrucciones claras **PC**: instrucciones poco claras
S: obedece **N**: no obedece
A: advertencia **TF**: tiempo fuera
A/R: Alabanza/ refuerzo social

3.4.1.2. Registros de atención diferencial

En la etapa motivacional las familias del grupo experimental y control realizan la entrevista clínica y completan el inventario de conductas de Eyberg (ECBI). De dicho inventario se seleccionan 2 ó 3 conductas desobedientes que van a ser objeto de intervención. Se hace la descripción operativa de las conductas y el análisis funcional durante la entrevista y se registran. El grupo control realiza el registro de atención diferencial, con instrucción didáctica pero sin modelado ni ensayo conductual, en la etapa pretest y postest. El grupo experimental registra en el pretest sólo con instrucción didáctica y a partir de la sesión 3, dentro de la sala de conducta, las familias reciben también modelado y ensayo conductual. Los padres practican en casa, en el ambiente natural, y registran semanalmente las conductas. Se revisa la tarea en la sesión siguiente, se refuerzan los cambios y el terapeuta los codifica para ir anotando los cambios a lo largo del programa. Se adjuntan los registros en las tablas 37, 38 y 39.

Tabla 37. Registro de descripción operativa de conductas desobedientes

CONDUCTA	DESCRIPCIÓN CONCRETA Y OPERATIVA DE LA CONDUCTA	SITUACIONES EN LAS QUE APARECE LA CONDUCTA

Tabla 38. Análisis funcional de conductas desobedientes

ANTECEDENTES ¿Qué pasa antes de que el niño actúe?	CONDUCTA del niño	CONSECUENTES	
		¿Qué hacen los padres-cuidadores?	¿Qué hace el niño?

Tabla 39. Registro de atención diferencial

Conductas	Situaciones	Lunes	Martes	Miérc.	Jueves	Viernes
		J _____	_____	J L	J L	J L
	_____	J L	J L	J L	J L	J L
L _____	_____	J L	J L	J L	J L	J L

3.4.1.3. Registro de Secuencias de Órdenes Claras

Otra medida de proceso ha sido el registro de secuencias de órdenes claras.

Registro Intrasesión: grupo experimental y grupo control.

- Observación de órdenes en la etapa pretest, posttest para ambos grupos y etapa intervención sólo para grupo experimental..
- Observación de órdenes en la etapa de seguimiento.

A nivel intrasesión, dentro del rato de observación del juego infantil, al grupo experimental se les entregó durante todo el estudio consignas de órdenes para registrar durante 10 minutos las secuencias y codificarlas para el estudio (anexo 3). El grupo control sólo registra, con la misma codificación, la sesión pretest, posttest y las 2 sesiones de la etapa de seguimiento. En el capítulo 4, sólo se ofrecen los resultados hasta el seguimiento a los 6 meses, por la falta de datos a los 12 meses.

Registro Intersesión: grupo experimental

- 10 registros de la sesión 6 a la 10 de la etapa de intervención.

A nivel de intersesión, el grupo experimental fue registrando, tras instrucción didáctica, modelado y ensayo conductual, la secuencia de órdenes según su práctica en

el ambiente natural, desde la sesión 6 a la sesión 10. En total han sido 10 registros de secuencias, repartidas en 2 registros por sesión. Los resultados de todos los registros de la medida de proceso se desarrollan en el capítulo 4. El grupo control no realiza este registro.

3.4.2. Medida de resultados

Las familias del grupo experimental y al grupo control completaron un protocolo de conductas infantiles y de habilidades parentales (medida de resultados), durante las cuatro etapas del estudio; pretest, posttest, seguimiento semestral y anual (tabla 40).

Tabla 40. MEDIDA DE RESULTADOS. Instrumentos utilizados en los grupos experimental y control

	Grupo Experimental		Grupo Control	
	Padres		Padres	
Etpa Pretest	ECBI. Inventario Eyberg de conducta en niños para padres.	ECBI. Inventario Eyberg de conducta en niños para padres.	ECBI. Inventario Eyberg de conducta en niños para padres.	ECBI. Inventario Eyberg de conducta en niños para padres.
	CBCL. Inventario del comportamiento de niños para padres.	CBCL. Inventario del comportamiento de niños para padres.	CBCL. Inventario del comportamiento de niños para padres.	CBCL. Inventario del comportamiento de niños para padres.
	PEE. Perfil de Estilos Educativos.	PEE. Perfil de Estilos Educativos.	PEE. Perfil de Estilos Educativos.	PEE. Perfil de Estilos Educativos.
	BDI. Inventario de Depresión de Beck.	BDI. Inventario de Depresión de Beck.	BDI. Inventario de Depresión de Beck.	BDI. Inventario de Depresión de Beck.
	DAS. Escala de Ajuste Diádico. Spanier, 1976.	DAS. Escala de Ajuste Diádico. Spanier, 1976.	DAS. Escala de Ajuste Diádico. Spanier, 1976.	DAS. Escala de Ajuste Diádico. Spanier, 1976.
Etapas de intervención	Profesores		Profesores	
	SESBI-R. inventario Eyberg de conducta infantil		SESBI-R. inventario Eyberg de conducta infantil	
Etapas Postest	Grupo Experimental		Grupo Control	
	Padres		Padres	
	ECBI. Inventario Eyberg de conducta en niños para padres.	ECBI. Inventario Eyberg de conducta en niños para padres.	ECBI. Inventario Eyberg de conducta en niños para padres.	ECBI. Inventario Eyberg de conducta en niños para padres.
	CBCL. Inventario del comportamiento de niños(as) para padres.	CBCL. Inventario del comportamiento de niños(as) para padres.	CBCL. Inventario del comportamiento de niños(as) para padres.	CBCL. Inventario del comportamiento de niños(as) para padres.
	PEE. Perfil de Estilos Educativos.	PEE. Perfil de Estilos Educativos.	PEE. Perfil de Estilos Educativos.	PEE. Perfil de Estilos Educativos.
	BDI. Inventario de Depresión de Beck.	BDI. Inventario de Depresión de Beck.	BDI. Inventario de Depresión de Beck.	BDI. Inventario de Depresión de Beck.
	DAS. Escala de Ajuste Diádico. Spanier, 1976.	DAS. Escala de Ajuste Diádico. Spanier, 1976.	DAS. Escala de Ajuste Diádico. Spanier, 1976.	DAS. Escala de Ajuste Diádico. Spanier, 1976.
	SATISFACCIÓN			
	Profesores		Profesores	
	SESBI-R. inventario Eyberg de conducta infantil		SESBI-R. inventario Eyberg de conducta infantil	
Etapas de Seguimiento	Grupo Experimental		Grupo Control	
	Padres		Padres	
	ECBI. Inventario Eyberg de conducta en niños para padres.	ECBI. Inventario Eyberg de conducta en niños para padres.	ECBI. Inventario Eyberg de conducta en niños para padres.	ECBI. Inventario Eyberg de conducta en niños para padres.
	CBCL. Inventario del comportamiento de niños para padres.	CBCL. Inventario del comportamiento de niños para padres.	CBCL. Inventario del comportamiento de niños para padres.	CBCL. Inventario del comportamiento de niños para padres.
	PEE. Perfil de Estilos Educativos.	PEE. Perfil de Estilos Educativos.	PEE. Perfil de Estilos Educativos.	PEE. Perfil de Estilos Educativos.
	BDI. Inventario de Depresión de Beck.	BDI. Inventario de Depresión de Beck.	BDI. Inventario de Depresión de Beck.	BDI. Inventario de Depresión de Beck.
	DAS. Escala de Ajuste Diádico. Spanier, 1976	DAS. Escala de Ajuste Diádico. Spanier, 1976	DAS. Escala de Ajuste Diádico. Spanier, 1976.	DAS. Escala de Ajuste Diádico. Spanier, 1976.
	SEGUIMIENTO			
	Profesores		Profesores	
	SESBI-R. inventario Eyberg de conducta infantil		SESBI-R. inventario Eyberg de conducta infantil	

3.4.2.1. Cuestionarios para padres

3.4.2.1.1. Inventario Eyberg de Conducta Infantil (Eyberg y Ross, 1978)

Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI)

Se elaboró en Estados Unidos para que los padres evalúen los problemas de conducta de su hijos, entre 2 y 12 años de edad. Consta de 36 ítems referidos a los problemas infantiles que más quejas suscitan en los padres y de dos escalas de evaluación: a) una escala tipo Likert de siete puntos que evalúa la frecuencia de la conducta problema, de 1 = nunca a 7 = siempre y b) una escala dicotómica que valora si la conducta representa un problema para los padres (SÍ = 1 o NO = 0).

El Inventario Eyberg de Conducta Infantil (*Eyberg Child Behavior Inventory*, ECBI, Eyberg y Pincus, 1999; Eyberg y Ross, 1978) validado en población española (García-Tornel, et al., 1998). Consta de 36 ítems, a los que se responde a través de dos escalas: la de Intensidad y la de Problemas. El equipo de García-Tornel et al. (1998) establece como puntos de corte orientativos puntuaciones superiores a 124 en la escala de Intensidad y a 10 en la escala de Problemas. También puede aportar un perfil de los padres respecto a las conductas problemáticas de su hijo, como poco o excesivamente tolerantes.

El único ítem que superó el valor central de la escala de frecuencia fue “Se enfada cuando no se sale con la suya”, que el 28% de los padres lo consideró un problema. En un estudio con 518 niños, con un rango de edad más amplio (2-12 años), García-Tornel, Calzada, Eyberg, Mas, Vilamala, Baraza, Villena, González, Calvo y Trinxant (1998) encontraron también que este ítem superaba el valor central de la escala de frecuencia y constituía un problema para el 17,5% de los padres.

En nuestra investigación utilizamos la versión española realizada con 527 niños de 3 a 5 años, por Fernández de Pinedo, Gorostiza, Mesanza, Ojembarrena y Olaskoaga

(1997) (véase anexo 2). La consistencia interna fue excelente, alfa de Cronbach 0,87, y la estabilidad temporal, realizado el retest 20 días después, también fue excelente, coeficiente de correlación intraclase 0,89.

En la tabla 41 se representa la escala completa. Se eliminó diez ítems (1, 9, 13, 18, 20, 21, 22, 29, 35, 36) por lo que la versión española es más breve que la original americana y se reduce a 26 ítems. Además de la puntuación de cada factor el inventario permite obtener dos puntuaciones totales: a) intensidad de las conducta infantil problemática (rango 26-182) y b) número de conductas infantiles problemáticas (rango 0-26).

El análisis factorial identificó seis factores, que explicaron más del 84% de la varianza:

I. Enfado: se compone de siete ítems (4, 8, 12, 14, 27, 30, 33), referidos a conductas de ira, rabia y frustración, por ejemplo “Tiene rabietas”. El rango de puntuación del factor es 7-49.

II. Agresión: consta de cinco ítems (10, 11, 17, 24, 26), sobre conductas agresivas, por ejemplo “Se pega con niños de su edad”. El rango de puntuación del factor es 5-35.

III. Desobediencia: incluye cuatro ítems (2, 5, 19, 28) de conductas oposicionistas y destructivas, por ejemplo “En casa es muy desobediente”. El rango del factor es 4-28.

IV. Inatención: está integrado por cinco ítems (7, 16, 25, 32, 34) de conductas que revelan déficit de atención, por ejemplo “Se distrae con facilidad”. El rango del factor es 5-35.

V. Dormir: formado por dos ítems (6, 31) sobre problemas a la hora de acostarse, por ejemplo “Tarda o pierde el tiempo cuando es la hora de ir a la cama”. El rango del factor es 2-14.

VI. Comer: constituido por tres ítems (3, 15, 23) de problemas a la hora de comer, por ejemplo “Se niega a comer la comida que se le ofrece”. El rango del factor es 3-21.

Tabla 41. ítems del ECBI. (Fernández de Pinedo et al.) Versión española del ECBI (Eyberg Child Behavior Inventory): medida de validez. Aten Primaria 1998;21: 65-74.

TABLA 2. Análisis ítems. Puntuación ítems (media, desviación típica y endorse)

Ítem	Media Intensidad Ítem	Desviación típica ítem	% niños que endosan ítem como problema
1. Tarda mucho en vestirse	1,9	0,7	10,1
2. En casa es muy desobediente	2,0	0,5	31,7
3. Tiene malos modales en la mesa (se mancha mucho, juega o tira la comida, se levanta, ...)	1,8	0,7	28,7
4. Lloriquea o gimotea	1,7	0,6	18,4
5. Se niega a hacer las tareas que se le solicitan	1,7	0,6	19
6. Tarda o pierde el tiempo cuando es la hora de ir a la cama	1,8	0,8	19,9
7. Tiene poca capacidad de atención	1,4	0,6	9,9
8. Se comporta de forma desafiante cuando se le dice que haga algo	1,8	0,6	17,6
9. Se niega a obedecer hasta que no se le amenaza con castigos	1,8	0,6	17,6
10. Chincha a otros niños	1,5	0,6	10,1
11. Insulta y discute con sus hermanos y hermanas o con niños de su entorno familiar	1,6	0,6	18,2
12. Se enfada cuando no se suele con la suya	2,2	0,6	28,1
13. Redama constantemente la atención	2,0	0,7	18,8
14. Es un contestador	1,6	0,7	15,9
15. Se niega a comer la comida que se le ofrece	1,7	0,7	27,9
16. Se distrae con facilidad	1,7	0,6	11,2
17. Se pega con sus hermanos y hermanas o con niños de su entorno familiar	1,6	0,6	21,1
18. Pega a los padres	1,2	0,5	10,6
19. Maltrata sus juguetes y/u otros objetos	1,5	0,6	11,8
20. Miente	1,3	0,5	10,1
21. Coge cosas que no le pertenecen	1,4	0,6	6,8
22. Discute con los padres sobre las normas de la casa	1,3	0,5	8,3
23. Tarda mucho en comer	2,0	0,8	32,3
24. Insulta y discute con niños de su edad	1,5	0,6	10,8
25. Tiene dificultad para entretenerse solo	1,4	0,6	10,2
26. Se pega con niños de su edad	1,5	0,5	11
27. Es muy gestón o chulón	1,9	0,7	22
28. Es descaudado con los juguetes y las cosas	1,7	0,7	20,3
29. Interrumpe a los adultos	2,0	0,6	27,7
30. Llorra con facilidad	1,8	0,7	19,2
31. Se niega ir a la cama a la hora	1,7	0,7	22,2
32. Tiene dificultad para acabar lo que empieza	1,6	0,6	10,8
33. Tiene rabietas	1,8	0,6	32,1
34. Tiene dificultad para concentrarse en las cosas	1,4	0,6	9,1
35. Le cuesta estar quieto un momento	2,1	0,7	26,6
36. Se hace pis en la cama	1,5	0,8	15
Total	1,7	0,24	

3.4.2.1.2. Inventario del Comportamiento de niños de año y medio-5 años para padres. (Achenbach & Rescorla, 2000)

"Child Behavior Checklist" (CBCL).

El Child Behavior Checklist (CBCL 1½-5) para niños de entre un año y medio y cinco años (Achenbach & Rescorla, 2000) es un instrumento que surge como revisión del CBCL/2-3 (Achenbach, 1992) y es uno de los cuestionarios del sistema ASEBA (anexo 2). Provee un lenguaje común para describir el funcionamiento de los niños pequeños en diversas condiciones. Dentro del ámbito de investigación su uso es sumamente reconocido, ha sido adaptado y evaluado en al menos 24 sociedades distintas (n=19,850) demostrando ser un instrumento válido y confiable para medir problemas comportamentales y emocionales en esta edad, permitiendo realizar comparaciones transculturales (Rescorla, Achenbach, Ivanova, Harder, Otten, Bilenberg, et al., 2011).

Dentro de sus posibles múltiples aplicaciones puede mencionarse su uso en la práctica clínica, en ámbitos de educación, en contextos médicos, en procesos de adopción, en el ámbito forense y en trámites de custodia (Achenbach & Rescorla, 2000).

También pueden señalarse como ventajas que su administración resulta económica, es autoadministrable y con un tiempo de respuesta breve, teniendo gran aceptación por parte de los adultos. Esto es importante dado que los niños no tienen la posibilidad de discriminar un problema y demandar atención por él, sino que son sus padres o adultos responsables quienes deben ser capaces de percibir los problemas e identificarlos como tales (Samaniego, 2004), lo más tempranamente posible, pudiendo así actuar para prevenir futuros problemas en el desarrollo (Pihlakoski et al., 2006).

El CBCL/1½-5 (Achenbach & Rescorla, 2000) es un instrumento estandarizado para evaluar psicopatología en niños y adolescentes más comúnmente utilizado en

estudios clínicos y en numerosos estudios epidemiológicos. Consta de 99 ítems, con respuesta múltiple, a partir del cual se obtienen dos escalas amplias y siete estrechas, que reflejan distintos problemas comportamentales y emocionales. Estos síndromes, que componen las diferentes escalas, fueron determinados por los autores mediante un criterio estadístico identificando cuáles son los problemas que tienden a ocurrir juntos. Las siete escalas estrechas, con base empírica para niños y niñas son: emocionalmente reactivo, ansioso/depresivo, quejas somáticas, retraimiento, problemas de sueño, problemas de atención y comportamiento agresivo. Contiene subescalas orientadas al DSM, como son: afectividad, ansiedad, desarrollo, hiperactividad y otros problemas de conducta. Las puntuaciones totales se representan en una gráfica.

Una de las dos escalas amplias es la de problemas Internalizantes, comprende problemas que principalmente ocurren dentro del self y agrupa a las escalas estrechas: emocionalmente reactivo, ansioso/depresivo, quejas somáticas y retraimiento. La otra escala amplia, de problemas Externalizantes, principalmente se refiere a conflictos que se dan con otras personas y a las expectativas que existen sobre el niño; agrupa a las escalas estrechas problemas de atención y comportamiento agresivo. La escala de problemas de sueño no se incluye dentro de ninguna escala amplia (Achenbach & Rescorla, 2000).

En algunos ítems se le pide que describa ese problema, por ejemplo en el ítem 31 “Come o bebe cosas que no son comida”. Además, al final de la lista de problemas se provee el ítem 100 en el que puede incluir cualquier otro problema que el niño tenga y que no se haya mencionado previamente en la lista. Y por último el cuestionario tiene tres preguntas abiertas ¿Sufre el/ la niño(a) de alguna enfermedad, o discapacidad física o mental?; ¿Qué es lo que más le preocupa con respecto del niño(a)?; ¿Qué es lo mejor que ve en el/la niño(a)?

Quien responde el cuestionario para reportar sobre el niño puede ser su padre, madre, tutor, o algún otro adulto que vea al niño en su entorno familiar.

La consigna del cuestionario indica a la persona que lea una lista de 99 problemas indicando en cada uno de ellos: 0 si la frase no es cierta para el niño, según lo que la persona sabe; 1 si es cierto algunas veces o de alguna manera; 2 si es muy cierto u ocurre muy a menudo. La puntuación presenta rangos diferentes, según escala. Los rangos se ofrecen dentro de cada factor, desarrollados a continuación.

El análisis factorial identificó 5 factores de criterios DSM y ocho factores con base empírica.

*** Escala de orientación de criterios DSM se componen de:**

1. Depresión: se compone de 10 ítems (13,24, 38, 43, 49, 50, 71, 74, 89,90), referidos a conductas de tristeza, inapetencia, dificultad para dormirse, fatiga, desinterés, por ejemplo “llora mucho”. El rango de puntuación del factor es 0-20.

2. Ansiedad: se componen de 10 ítems (10, 22, 28, 32, 37, 47, 48, 51, 87, 99), referidos a conductas de dependencia, miedos, nervioso, preocupación, por ejemplo “es demasiado apegado a los adultos”. El rango de puntuación del factor es 0-20.

3. Desarrollo: se componen de 13 ítems (3, 4, 7, 21, 23, 25, 63, 67, 70, 76, 80, 92, 98), referido a conductas de evitación ocular, poco afecto, probar cosas nuevas, por ejemplo “se altera ante cambio en las rutinas”. El rango de puntuación del factor es 0-26.

4. Hiperactividad: se componen de 6 ítems (5, 6, 8, 16, 36, 59), referido a conductas de actividad, falta de concentración, impaciencia, por ejemplo “pasa rápidamente de una actividad a otra”. El rango de puntuación del factor es 0-12.

5. Desobediencia: se componen de 6 ítems (15, 20, 44, 81, 85, 88), referido a conductas de rabietas, poca colaboración, malhumorado, por ejemplo “desafiante”. El rango de puntuación del factor es 0-12.

* **Escala con base empírica para niños y niñas:**

I. Reacción emocional: se componen de 9 ítems (21, 46, 51, 79, 82, 83, 92, 97, 99), referido a conductas de tics, pánico, cambios de humor por ejemplo “se queja mucho”.

El rango de puntuación del factor es 0-18.

II. Ansiedad/depresión: se componen de 8 ítems (10, 33, 37, 43, 47, 68, 87, 90), referido a conductas de tristeza, dependencia, nervios, por ejemplo “se ofende fácilmente”. El rango de puntuación del factor es 0-16.

III. Somatizaciones: se componen de 11 ítems (1, 7, 12, 19, 24, 39, 45, 52, 78, 86, 93), referido a conductas de dolores, estreñimiento, vómitos, preocupaciones, por ejemplo “no soporta que las cosas estén fuera de sus sitio”. El rango de puntuación del factor es 0-22.

IV. Desarrollo: se componen de 8 ítems (2, 4, 23, 62, 67, 70, 71, 98), referido a conductas de falta de afecto, evitación ocular, aislamiento, por ejemplo “no contesta cuando otras personas le hablan”. El rango de puntuación del factor es 0-16.

V. Problemas de sueño se componen de 7 ítems (22, 38, 48, 64, 74, 84, 94), referido a conductas de conciliar o mantener el sueño, menos sueño, resistencia para ir a dormir, por ejemplo “se despierta con frecuencia durante la noche”. El rango de puntuación del factor es 0-14.

VI. Problemas de atención se componen de 5 ítems (5, 6, 56, 59, 95), referido a conductas de falta de atención, inquietud, torpeza, por ejemplo “pasa rápidamente de una actividad a otra”. El rango de puntuación del factor es 0-10.

VII. Conducta agresiva se componen de 19 ítems (8, 15, 16, 18, 20, 27, 29, 35, 40, 42, 44, 53, 58, 66, 69, 81, 85, 88, 96), referido a conductas de impulsividad, peleas, egoísmo, falta de empatía, por ejemplo “rompe cosas de sus familiares o de otros niños”. El rango de puntuación del factor es 0-38.

VIII. Otros problemas se componen de 33 ítems (3, 9, 11, 13, 14, 17, 25, 26, 28, 30, 31, 32, 34, 36, 41, 49, 50, 54, 55, 57, 60, 61, 63, 65, 72, 73, 75, 76, 77, 80, 89, 91, 100), referido a conductas de pica, celos, fatiga, crueldad, timidez, preocupación, ejemplo “más ruidoso de los común”. El rango de puntuación del factor es 0-66.

Los autores del Instrumento sostienen que la confiabilidad ha sido estimada a través de correlaciones test-retest obteniendo las escalas valores entre .80 y .90; mientras que para el puntaje total de problemas el r fue de .90. En cuanto a su validez, el instrumento es capaz de diferenciar grupos de población normal y grupos de niños derivados a servicios de salud mental ($p \leq .01$) (Rescorla, 2005). Se han estudiado sus propiedades psicométricas para la población de México (Oliva, Castro, & García, 2009), en población Danesa (Kristensen, Henriksen & Bilenberg, 2010) y China (Liu, Cheng & Leung, 2011) y recientemente se ha realizado un estudio epidemiológico en 24 sociedades (Rescorla et al., 2011).

En cuanto a la validez del instrumento, el CBCL/1½-5 es capaz de discriminar entre grupos de población general y de población clínica en población argentina, salvo en el caso de las escalas estrechas de quejas somáticas y problemas de sueño en niñas. Se requerirán nuevos estudios para evaluar esta cuestión. Los valores de confiabilidad encontrados en este estudio son semejantes a los informados por los autores del instrumento respecto del nivel de consistencia interna (Argentina $\alpha = .948$ vs. Estados Unidos $\alpha = .950$); y el grado de acuerdo entre padres para el puntaje total de problemas (Argentina = .63 vs. Estados Unidos = .65). Según los resultados preliminares el CBCL/1½-5 resulta ser un instrumento de medición confiable y válido para ser aplicado en nuestro medio. Restan realizar otros análisis para obtener resultados concluyentes.

3.4.2.1.3. Cuestionario de Perfiles Estilos Educativos (PEE). (Ángela Magaz Lago y E. Manuel García Pérez, 1998)

La prueba fue elaborada por Ángela Magaz Lago y E. Manuel García Pérez, 1998 (anexo 2). Su aplicación puede ser colectiva o individual con una duración aproximada de 10 a 15 minutos, dirigida a padres de familia y profesores; para efectos de esta investigación sólo se consideró a la primera población. La finalidad del cuestionario es valorar de manera cuantitativa y cualitativa las actitudes y valores en la educación de hijos.

El Perfil de Estilos Educativos, PEE, es un cuestionario en forma de escala dicotómica, en el cual se ofrecen al sujeto una serie de 48 frases que expresan de manera afirmativa unas ideas, creencias, actitudes y emociones -asociadas a valores- sobre la educación de hijos o alumnos, según la versión de padres o profesores. El sujeto en evaluación debe responder a todas las frases, indicando si, de manera general, está o no, de acuerdo con el contenido de cada una de ellas. Debe contestar a todas las frases para poder realizar un análisis comprensivo de los resultados del instrumento y poder actuar en consecuencia. El cuestionario tiene 12 frases correspondientes a ideas, creencias, actitudes y valores de tipo sobreprotector, inhibicionista, punitivo y asertivo, respectivamente. Las frases no están ordenadas y se presentan de manera aleatoria.

La prueba evalúa las siguientes variables: actitudes y valores de sobreprotección educativa, inhibicionista, punitiva y aserción educativa.

Para obtener la confiabilidad del instrumento, se sometió a la evaluación por medio de juicio de expertos, el cuestionario fue evaluado por 5 jueces. Esta técnica permitió obtener la opinión de sujetos expertos en el tema de estudio, lo cual posibilitó la validación del instrumento.

La variable estilos educativos es medida por la prueba Perfil de Estilos Educativos, esta prueba proporciona 4 perfiles de estilos educativos sobreprotector, punitivo, asertivo, inhibitorio, y la combinación de dos de ellos: inhibicionista-punitivo y sobreprotector-punitivo.

Cada perfil refleja lo que piensa, siente y hace cada padre de familia con respecto a la crianza de sus hijos. Para hallar el estilo educativo al que pertenece el padre es necesario contar la cantidad de respuestas afirmativas en los ítems que corresponden a cada estilo, la puntuación presenta un rango de 0 a 12 (un punto por respuesta afirmativa).

El análisis factorial identificó 4 factores:

1. Sobreprotector: se componen de 12 ítems (1, 5, 7, 10, 12, 16, 18, 20, 24, 26, 29, 36), referido a conductas de mucha supervisión, ansiedad si el hijo rechaza su ayuda, temor del padre de hacerlo mal, por ejemplo “para que los hijos progresen, los padres tenemos que ayudarles casi constantemente”. El rango de puntuación del factor es 0-12. Presenta una alta puntuación en sobreprotección (entre 10 y 12 respuestas afirmativas), moderada en punitivo (entre 7 y 9 respuestas afirmativas) y baja puntuación en inhibición (1 a 3 respuestas afirmativas).

2. Punitivo se componen de 12 ítems (3, 9, 14, 19, 23, 31, 35, 38, 40, 44, 46, 48), referido a conductas de castigos, irritación, recriminaciones , por ejemplo “los padres tienen la obligación de poner normas severas de comportamientos para sus hijos”. El rango de puntuación del factor es 0-12.

3. Inhibicionista se componen de 12 ítems (4, 6, 11, 15, 21, 27, 34, 37, 39, 41, 43, 45), referido a conductas de autocuidado, despreocupación, desinterés , por ejemplo “los padres deben dejar que sus hijos se desarrollen, sin limitarlos con normas o prohibiciones”. El rango de puntuación del factor es 0-12.

4. Asertivo se componen de 12 ítems (2, 8, 13, 17, 22, 25, 28, 30, 32, 33, 42, 47), referido a conductas de enseñanza, iniciativa, atención, ayuda, por ejemplo “ me agrada enseñarles a mis hijos cosas nuevas”. El rango de puntuación del factor es 0-12. Presenta baja puntuación en sobreprotección e inhibición y moderada en punición.

Los padres con **perfil educativo inhibicionista-punitivo** presentan baja puntuación en sobreprotección y alta en inhibición, punición y aserción. Los padres con **perfil educativo sobreprotector-punitivo** combinan la sobreprotección con el castigo, intentando asegurar así la protección de su hijo. Castigando al hijo intentan evitar que éste se comporte de manera potencialmente peligrosa para él.

3.4.2.1.4. Inventario de Depresión. (Aaron T. Beck, 1979)

"Beck Depression Inventory" (BDI)

El Inventario para la Depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), al que a partir de ahora denominaremos por su reconocido acrónimo BDI (Beck Depression Inventory), es el instrumento de autoinforme más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigadora (anexo 2).

En el ámbito profesional, baste señalar que los estudios llevados a cabo en los últimos diez años sobre el uso de los tests entre los profesionales clínicos de los Estados Unidos de América indican de forma consistente que el BDI se encuentra entre los doce test más usados (véase Piotrowski, 1996). Asimismo, diversos estudios han llegado a la conclusión de que el BDI es sin duda el instrumento más popular a nivel internacional para identificar sujetos depresivos subclínicos en los estudios de validación de los

modelos de depresión (Ruiz y Bermúdez, 1989; Tennen, Hall y Affleck, 1995; Vázquez, 1986, 1995; Vredenburg et al., 1993).

También en España el BDI ha sido el instrumento más empleado para seleccionar sujetos deprimidos y no deprimidos en los estudios realizados para validar distintas teorías e hipótesis psicológicas sobre la depresión (p. ej. ver en Sanz, J., & Vázquez, C. (1998): Buceta, Polaino-Lorente y Padrón, 1982; Camanes y Mas, 1984; Merino, Fernández-Rey, Rivadulla y Raindo, 1989; Ruiz, 1989; Ruiz y Bermúdez, 1988, 1992a,b, 1993a,b; Ruiz y González, 1994; Ruiz y Maldonado, 1983a,b; Ruiz y Vielva, 1991; Sanz, 1992, 1994, 1996; Sanz y Avia, 1994; Vázquez, 1987).

Fue creado por el psicólogo conductista Aaron T. Beck. Es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual). El resultado del BDI no es suficiente para realizar un diagnóstico de depresión, se necesitan evaluaciones complementarias. Su corrección es muy sencilla.

El BDI consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión. En cada uno de los ítems el sujeto tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, que mejor se aproxima a su estado medio durante la última semana incluyendo el día en que completa el inventario. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida. La puntuación total de los 21 ítems, cuyo rango es de 0 a 63. En el caso de que el sujeto elija más de una

alternativa en un ítem dado, se considera sólo la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad. Finalmente, la Pérdida de Peso (ítem 19) sólo se valora si el sujeto indica no estar bajo dieta para adelgazar. En el caso de que lo esté, se otorga una puntuación de 0 en el ítem.

El análisis factorial identificó 2 factores:

1. **Factor cognitivo-afectivo:** se componen de 16 ítems (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17), referido a cansancio, fracaso, irritabilidad, insatisfacción, aislamiento, por ejemplo “ me autocrítico por mis debilidades o errores”. El rango de puntuación del factor es 0-48.

2. **Factor somático:** se componen de 5 ítems (16, 18, 19, 20, 21), referido a pérdida de sueño, pérdida de apetito, falta de líbido, por ejemplo “no duermo tan bien como antes”. El rango de puntuación del factor es 0-15.

Las cifras de fiabilidad del BDI fueron altas tanto en términos de consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach = 0,83), como de estabilidad temporal (las correlaciones test-retest oscilaron entre 0,60 y 0,72 para tres subgrupos diferentes de la muestra total).

La validez discriminante del BDI respecto a diversos rasgos específicos de ansiedad medidos con autoinformes (ansiedad social, evaluativa, interpersonal y a los exámenes) fue aceptable, con correlaciones relativamente bajas que oscilaban entre 0,11 y 0,45. No se encontraron diferencias entre sexos ni entre grupos de edad en la puntuación total del inventario, por lo que se ofrecen puntuaciones normativas para la muestra total.

3.4.2.1.5. Escala de Ajuste Diádico (EAD). Spanier, Graham B. (1976).

Adaptación española Cáceres, J(1996)

Dyadic Adjustment Scale (DAS)

Desde la década de los años 80, la relación de pareja se ha convertido en una importante área de investigación para los científicos sociales. Desde entonces, se han abordado una amplia diversidad de cuestiones relativas a las variables que predicen la estabilidad y el divorcio (Nan y Gottman, 1999). Además de estos aspectos, el análisis de las variables individuales y mediadoras implicadas en la satisfacción, calidad y ajuste marital, se ha convertido en un creciente foco de interés para los investigadores que exploran determinados patrones diádicos de interacción en las relaciones de pareja (APIM: ActorPartner Interdependence Model; Kenny y Ledermann, 2012).

Spanier (1976) definió el ajuste diádico o marital como una evaluación cualitativa de un estado y como un proceso cuyo resultado se determina por el grado de: 1) las diferencias problemáticas en la pareja; 2) las tensiones interpersonales y la ansiedad personal; 3) la satisfacción diádica; 4) la cohesión diádica, y 5) el consenso sobre asuntos de importancia para el funcionamiento diádico". Además, la Escala de Ajuste Diádico ("Dyadic Adjustment Scale": DAS; Spanier, 1976), incluye una puntuación compuesta total denominada ajuste diádico total que es un indicador del ajuste en la relación y con este término se alude también a la gran diversidad de tipos de relaciones que son objeto de estudio en la investigación actual (Graham, Diebels y Barnow, 2011; Meil, 2011). Su importancia radica en que probablemente sea la escala más utilizada para evaluar la calidad y el ajuste en las relaciones de pareja (Graham, Liu y Jeziorski, 2006; Graham, Diebels y Barnow, 2011). (anexo 2).

Es un cuestionario que mide el grado de armonía o ajuste de una pareja. El número de ítems son 32. Su formato es de escala liker, con puntuación de 0 a 4 ó 5, a

excepción de dos ítems que puntúan 0 ó 1 y un ítem de 0 a 6. El tiempo de administración oscila entre 5 y 10 minutos. Además de dar una puntuación de ajuste global, evalúa cuatro dimensiones de la relación: consenso, cohesión, satisfacción y afectividad.

- **Factor Consenso** (grado de acuerdo entre la pareja, en aspectos importantes en la relación). Se compone de 13 ítems (1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15). ”. El rango de puntuación del factor es (0-65).

- **Factor Cohesión** (grado en que la pareja se implica en actividades conjuntas). Se compone de 5 ítems (24, 25,26, 27, 28) El rango de puntuación del factor es (0-24).

- **Factor Satisfacción** (grado de satisfacción de la pareja en relación a su momento presente y su grado de compromiso a continuar con dicha relación). Se compone de 10 ítems (16, 17, 18, 19 20, 21, 22, 23, 31, 32). El rango de puntuación del factor es (0-50).

- **Factor Afectividad** (grado en que la pareja está satisfecha con la expresión de afecto dentro de la relación y con la satisfacción que deriva de la relación sexual). Se compone de 4 ítems (4, 6, 29, 30). El rango de puntuación del factor es (0-12).

Criterios de calidad

*Fiabilidad: como medida de consistencia interna se usó el Alpha de Cronbach's, obteniendo como fiabilidad de la escala total 0,96. Los datos indican que tanto la escala total como sus componentes tienen suficientemente alta fiabilidad para justificar su uso (consenso:0,90; satisfacción:0,94; cohesión:0,86; afectividad:0,96).

*Validez: validez de criterio: los 32 ítems correlacionan significativamente con el criterio externo de status marital, es decir, por cada ítem la muestra de divorciados difirieron significativamente de la muestra de casados. Validez de constructo: el test se comparó con la Escala de Ajuste Marital de Locke-Wallace, la correlación entre ambas

fue de 0,86 en muestra de divorciados, siendo la del grupo total (N=132) 0,93, lo que sugiere la posibilidad de que ambas escalas sean redundantes.

3.4.2.1.6. Inventario de conductas de alumnos, revisado. (Eyberg, Sheila, Ph.D., & Pincus, Donna, M.A , 1999).

***Sutter- Eyberg Student Behavior Inventory- Revised (SESBI-R)**

SESBI-R es una escala de evaluación integral, sobre comportamientos específicos que evalúan la frecuencia actual y la gravedad de las conductas disruptivas en el entorno escolar, así como el grado en que los maestros van a encontrar el comportamiento problemático. El instrumento se compone de elementos que representan los comportamientos comunes en todos los niños. La variedad la frecuencia de estas conductas distingue problemas de comportamientos normales de disciplina y conducta desordenada en niños y adolescentes (anexo 2).

Consta de 38 ítems, el maestro indica con qué frecuencia se producen los problemas infantiles que más quejas suscitan en los profesores y de dos escalas de evaluación: a) una escala tipo Likert de siete puntos que evalúa la frecuencia de la conducta problema, de 1 = nunca a 7 = siempre y b) una escala dicotómica que valora si la conducta representa un problema para los profesores (SÍ = 1 o NO = 0). Ver anexo X.

SESBI-R tienen múltiples aplicaciones, incluyendo la identificación y el tratamiento de comportamiento disruptivo en niños y adolescentes de 2 a 16 años, la identificación de los niños de alto riesgo " para los programas de prevención de la delincuencia, y la evaluación de resultados de los programas de tratamiento para los niños con trastornos de conducta.

Consta de 38 ítems, a los que se responde a través de dos escalas: la de Intensidad y la de Problemas. Se establece como puntos de corte orientativos

puntuaciones superiores a 150 en la escala de Intensidad y a 18 en la escala de Problemas.

El ECBI y SESBI-R son escalas complementarias de calificación de comportamiento para niños de 2 a 16 años. Ambas medidas identifican los problemas de conducta tales como la falta de cumplimiento, desafío, agresividad e impulsividad. Evalúa la frecuencia y la gravedad de conductas disruptivas en el hogar y la escuela y distingue entre la normalidad y problemas de comportamiento.

Cuando se utilizan conjuntamente, las medidas proporcionan al clínico información que es útil en la identificación y el tratamiento de comportamientos, incluyendo atención- déficit / hiperactividad (TDAH), negativista desafiante, trastorno (ODD), y el trastorno de conducta (TC). Contiene elementos que son comunes en todos los niños.

El análisis factorial identificó dos factores:

I. Conducta opositorista: se compone de 30 ítems (1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 35, 36, 38), referidos a conductas de interrupción, molestar, enfadarse, desobediencia, por ejemplo “hace ruidos en clase”. El rango de puntuación del factor es 30-210.

II. Dificultades de atención: consta de ocho ítems (5, 8, 14, 17, 19, 32, 34, 37), referidos a conductas de frustración, distracción, inatención, por ejemplo “Se frustra con tareas difíciles”. El rango de puntuación del factor es 8-48.

Fiabilidad, validez y Normas

- La muestra normativa ($N = 798$) incluyó a niños a partir de una serie de étnica y niveles socioeconómicos, incluidos los entornos urbanos, rurales y suburbanas.

Ambas pruebas demuestran una alta consistencia interna, alta fiabilidad test-retest y alta fiabilidad entre, así como validez convergente y discriminante.

La intensidad y el problema de las escalas SESBI-R demostraron una alta consistencia interna (Escala de Intensidad, 0,98; escala del problema, .96) y una alta fiabilidad test-retest, así como convergente, discriminante y validez predictiva.

3.4.2.1.7. Cuestionario de Satisfacción con el Programa (adaptado de McMahon y Forehand, 2003)

El cuestionario de satisfacción está adaptado del que ha sido utilizado en el programa Non Compliant Child de McMahon y Forehand (2003). Consta de 37 ítems y la información recogida en este cuestionario, una vez completada la etapa de intervención del programa PEPA, del grupo experimental, te permite valorar el grado de utilidad del programa por parte de las familias participantes en el estudio. Este cuestionario sólo se pasa en la medida posttest, al finalizar la sesión 9 del programa.

El objetivo de este cuestionario es valorar la satisfacción de las familias con el desarrollo del programa, al margen de los cambios comportamentales producidos en el niño.

Está dividido en varios bloques que hacen referencia a distintas áreas de la intervención; programa en general; formato de enseñanza; dificultad y utilidad de las técnicas aprendidas; evaluación del terapeuta; y evaluación global del programa.

Explora cuestiones tales como la adecuación de la duración de las sesiones, duración del programa, la puntualidad y el trato recibido y la calificación total sobre el programa familiar; la utilidad y dificultad del programa del tipo de enseñanza y de cada habilidad formada; recomendación del programa a algún conocido, entre otros.

Todos los bloques tienen un formato de respuesta variable, del uno al siete, del uno al cinco o adecuado o inadecuado, siendo respuestas diferente según el contenido de cada apartado (anexo 2).

3.4.2.1.8. Cuestionario de seguimiento

El cuestionario de seguimiento se ha llevado a cabo en la fase de seguimiento del programa PEPA. Se ha realizado a los 6 meses y a los 12 meses de finalización de la etapa de intervención.

Ha sido completado sólo por el grupo experimental, ya que las preguntas hacen referencia al desarrollo del programa educativo. Hace cuestiones sobre la evolución de la conducta infantil que la familia intentó cambiar a través del programa educativo; sobre la continuidad del empleo de las técnicas aprendidas durante la intervención del programa; explora las técnicas que la familia ha dejado de emplear después del entrenamiento y el motivo de su no práctica; y averigua la continuidad en el manejo de materiales y registros entregados durante el programa.

Consta de 7 bloques, con 29 ítems, de respuesta variable, del 1 al 5 (desde “ha empeorado mucho” a “ha mejorado mucho”), del 1 al 3 (nunca; a veces, con frecuencia). Otros ítems permiten marcar hasta 9 respuestas, en función de la utilización o no de las técnicas entrenadas y el motivo de su utilización (anexo 2).

En la tabla 42 se presenta un resumen de los cuestionarios de evaluación del estudio, sus factores y las etapas en las que se pasaron.

3.4.2.1.9. Cuestionario de Utilidad Clínica

Los profesionales formados en el programa PEPA en la Universidad de Murcia completaron una evaluación de su utilidad clínica en su ejercicio profesional (anexo 2).

El cuestionario ha sido completado por 33 psicólogos que participaron en la formación de la Universidad de Murcia, tanto propia del estudio como de la Escuela de Práctica Psicológica. Los participantes que faltan se deben a que no lo cumplimentaron o no tienen ejercicio clínico. Los resultados extraídos fueron subdivididos en tres apartados; eficacia del programa; las técnicas del programa y los materiales del programa.

3.5. Análisis estadístico

Análisis de varianza de medidas repetidas

Es una técnica que proporciona un análisis de varianza cuando se toma la misma medida varias veces a cada sujeto o caso, en nuestro estudio se ha utilizado un diseño factorial mixto 2 x 3, con un factor inter, variable intervención con dos valores: grupo experimental versus grupo control, y un factor intra, variable evaluación con tres valores: pretest, posttest, seguimiento a los seis meses. Y un diseño 1 x 4 para el factor intra en el grupo experimental con cuatro valores: pretest, posttest, seguimiento a los 6 y doce meses, debido a la falta de muestra representativa en el grupo control a los doce meses.

Para el análisis de las diferentes condiciones se ajustaron los efectos principales mediante ajustes post-hoc utilizando Bonferroni. Para analizar el tamaño del efecto se incluyó el índice d propuesto por Cohen (1988), interpretación de este índice es: valores menores o iguales a 0,20 indican un tamaño del efecto insignificante, entre 0,20 y 0,49 un tamaño pequeño, entre 0,50 y 0,79 un tamaño moderado y mayores de 0,80 un tamaño del efecto grande.

Pruebas t de Student para muestras relacionadas

Es una técnica que compara las medias de los sujetos en dos condiciones o momentos diferentes, en nuestro caso se ha utilizado para contrastar la diferencia en las variables utilizadas en el seguimiento a los seis y a los doce meses, hallándose además el correspondiente tamaño del efecto.

Estadísticos descriptivos

Para analizar la satisfacción en la aplicación del programa, así como para comprobar la dificultad y utilidad de las técnicas, y metodología empleada se han utilizado medias, desviaciones típicas y rangos en las variables cuantitativas, y distribución de frecuencias y porcentajes en las variables nominales o categóricas.

Los análisis estadísticos fueron implementados con el paquete estadístico SPSS 22.0

Tabla 42. Cuestionarios de evaluación del programa PEPA, factores y etapa

Pruebas	Descripción	Factores	Etapas
Cuestionarios para padres y educadores			
ECBI	36 ítems Respuesta: Intensidad problemas: 1-7 Problema: si/no	Además del sumatorio de los ítems, que es la <u>intensidad</u> (ipd/ ipp) y del sumatorio de la respuesta SI en cada ítems, que son los <u>problemas</u> (ppd/ ppp), está la medida por factores: Factor I. Enfado y oposición (siete ítems): (10, 12, 13, 14, 15, 16, 17). Factor II. Agresión (cinco ítems): (23, 24, 25, 26, 27). Factor III. Destrucción y desobediencia (cuatro ítems): (5, 8, 19, 20). Factor IV. Déficit de atención (cinco ítems): (30, 31, 32, 33,34). Factor V. Problemas al dormir (dos ítems): (6, 7). Factor VI. Problemas al comer (tres ítems): (2, 3 ,4). Escala de orientación de criterios DSM 1. Problemas afectivos (13,24, 38, 43, 49, 50, 71, 74, 89,90). 2. Problemas de ansiedad (10, 22, 28, 32, 37, 47, 48, 51, 87, 99). 3. Problemas de desarrollo (3, 4, 7, 21, 23, 25, 63, 67, 70, 76, 80, 92, 98). 4. Déficit de atención e hiperactividad (5, 6, 8, 16, 36, 59). 5. Problemas de conducta oposicionista/desafiante (15, 20, 44, 81, 85, 88).	1-2-3-4 1. pretest 2. postest 3. 6 meses 4. 12 meses
CBCL	113 ítems Repuesta: 0, 1, 2	Escala con base empírica para niños y niñas. I. Reacción emocional (21, 46, 51, 79, 82, 83, 92, 97, 99). II. Ansiedad/depresión (10, 33, 37, 43, 47, 68, 87, 90). III. Somatizaciones (1, 7, 12, 19, 24, 39, 45, 52, 78, 86, 93). IV. Desarrollo (2, 4, 23, 62, 67, 70, 71, 98). V. Problemas de sueño (22, 38, 48, 64, 74, 84, 94). VI. Problemas de atención (5, 6, 56, 59, 95). VII. Conducta agresiva (8, 15, 16, 18, 20, 27, 29, 35, 40, 42, 44, 53, 58, 66, 69, 81, 85, 88, 96) VIII. Otros problemas (3, 9, 11, 13, 14, 17, 25, 26, 28, 30, 31, 32, 34, 36, 41, 49, 50, 54, 55, 57, 60, 61, 63, 65, 72, 73, 75, 76, 77, 80, 89, 91, 100).	1-2-3-4
PEE	48 ítems Respuesta: si/no	S. Sobreprotector (1, 5, 7, 10, 12, 16, 18, 20, 24, 26, 29, 36). P. Punitivo (3, 9, 14, 19, 23, 31, 35, 38, 40, 44, 46, 48). I. Inhibicionista (4, 6, 11, 15, 21, 27, 34, 37, 39, 41, 43, 45). A. Asertivo (2, 8, 13, 17, 22, 25, 28, 30, 32, 33, 42, 47).	1-2-3-4
BDI	21 ítems Respuesta múltiple: 0, 1, 2, 3	Factor cognitivo- afectivo (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17). Factor somático (16, 18, 19, 20, 21).	1-2-3-4
DAS	32 ítems Respuesta: variable	I. Consenso (1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15). II. Afectividad (4, 6, 29, 30). III. Satisfacción (16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 31, 32). IV. Cohesión (24, 25, 26, 27, 28).	1-2-3-4
SATIS FACCIÓN	37 ítems Respuesta variable	Programa en general. Formato de enseñanza. Dificultad y utilidad de las técnicas aprendidas. Evaluación del terapeuta. Evaluación global del programa.	2
SEGUIMIENTO	29 ítems Respuesta variable y múltiple.	Evolución de la conducta infantil que la familia intentó cambiar a través del programa educativo. Continuidad del empleo de las técnicas aprendidas durante la fase educativa del programa. Las técnicas que la familia ha dejado de emplear después del entrenamiento y el motivo de su no práctica. Continuidad en el manejo de materiales y registros entregados durante el programa.	3-4
Utilidad Clínica		Valoración del programa en general por profesionales Eficacia del programa. Técnicas del programa Materiales del programa	_____
Cuestionarios profesores-tutores			
SESBI-R	38 ítems Respuesta: Intensidad problemas: 1-7 Problema: si/no	Además del sumatorio de los ítems, que es la <u>intensidad</u> (ipd/ ipp) y del sumatorio de la respuesta SI en cada ítems, que son los <u>problemas</u> (ppd/ ppp), está la medida por factores: Factor 1. conducta oposicionista: 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16,18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 35, 36, 38). Factor 2. Dificultades de atención: (5, 8, 14, 17, 19, 32, 34, 37).	1-2-3-4

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

En este capítulo, se presentan los resultados obtenidos, y serán expuestos según dos tipos de medidas; de resultado y de proceso. Se ofrecen los estadísticos descriptivos en tablas y las gráficas en figuras, tanto en diseño intergrupos, comparación de los grupos experimental y control, en tres medidas de evaluación (pretest, posttest y seguimiento semestral); como en diseño intragrupo, sólo experimental, en las cuatro medidas de evaluación (pretest, posttest, seguimiento semestral y anual).

4. Resultados

4.1. Datos perdidos

Como suele ocurrir en las investigaciones de prevención universal con escolares (Spence y Shortt, 2007), hubo pérdida de participantes. En el grupo experimental dos familias fallaron en el postest por motivos laborales o por enfermedad, dos y ocho familias en los seguimientos por no cumplimentar debidamente la batería de pruebas. Así pues, la tasa acumulada de participantes perdidos fue 1,22, 2,44 y 7,32% al acabar, a los seis y a los doce meses después de la intervención respectivamente.

Como era de esperar el grupo de control que esperó seis meses para recibir la intervención tuvo una pérdida mayor, en concreto, tres y siete familias en el postest y en el seguimiento a los seis, con una tasa acumulada de 5,08 y 11,86% respectivamente.

En la muestra total del estudio se perdió cinco y once familias en el postest y en el seguimiento a los seis meses, con una tasa acumulada de 2,24 y 4,93% respectivamente (véase tabla 43). Conviene recordar, como se indicó en el apartado 3.2. Diseño de investigación, que se ha dado prioridad a la denominación de las evaluaciones del grupo experimental: pretest, postest, seguimiento a los seis meses, seguimiento a los doce meses, que en el grupo de control corresponden en realidad a pretest 1, pretest 2 y pretest 3, porque esperaron seis meses a recibir la intervención con el fin de permitir la comparación con el grupo experimental en el seguimiento.

Tabla 43. Participantes que completaron las cuatro evaluaciones del estudio

	Pretest	Posttest	Seg. 6 meses	Seg. 12 meses
Experimental	164	162	160	152
Control	59	56	52	-----
	Pretest 1	Pretest 2	Pretest 3	-----
Muestra	223	218	212	-----

No obstante, las tasas fueron menores que en otros estudios, dado que se suele producir por término medio pérdidas del 15 y del 30% al terminar la intervención y en el seguimiento respectivamente (Lock y Barret, 2003; Spence, Sheffield y Donovan, 2003).

4.2. Inventario Eyberg de Conducta Infantil (Eyberg y Ross, 1978)

Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI)

Diseño intergrupos

En la tabla 44 se ofrece los resultados de la comparación de los grupos experimental y control con las puntuaciones del ECBI. Se destaca en negrita los estadísticos descriptivos de ambos grupos en el pretest y en el seguimiento a los seis meses, por ser la comparación que ofrece mayor interés. En primer lugar se presenta los resultados de los seis factores y a continuación los de las dos puntuaciones totales.

Diseño intragrupo

En la tabla 45 se ofrece los resultados de la comparación de los cuatro momentos de medida con el ECBI, esto es, pretest, posttest, seguimiento a los seis meses (medio plazo) y seguimiento a los doce meses (largo plazo), del grupo experimental. Se resalta en negrita la comparación entre el pretest y el seguimiento al año, que es la más importante. Como en el apartado anterior se expone primero los resultados de los seis factores y finalmente los de las dos puntuaciones totales.

Si se compara la tabla 45 con la anterior tabla 44 se observará pequeñas variaciones en las medias y desviaciones estándares del grupo experimental en el pretest, en el posttest y en el seguimiento. Esta discrepancia se explica porque los análisis del diseño intergrupos se han realizado con los 160 participantes que completaron las tres evaluaciones (pretest, posttest, seguimiento a los seis meses), mientras que los del presente diseño intragrupo se han llevado a cabo con los 152 participantes que completaron las tres evaluaciones anteriores más la evaluación del seguimiento a los doce meses (véase la tabla 43 con los participantes perdidos).

Tabla 44. Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del ECBI de los grupos experimental y control (diseño intergrupos)

Factor (rango)	Pretest	Postest	Seg. 6 meses	$F_{(1, 210)}$	p	η^2
Experimental Control	Pretest 1	Pretest 2	Pretest 3			
Enfado (7-49)						
Experimental	26,61 (6,84)	27,85 (7,25)	22,90 (6,61)	3.696,72	< 0,001	0,95
Control	25,53 (6,74)	25,47 (7,16)	25,16 (6,87)			
Agresión (5-35)						
Experimental	12,93 (4,89)	12,09 (5,30)	10,95 (4,93)	1.225,61	< 0,001	0,88
Control	12,37 (4,83)	12,17 (6,59)	11,92 (4,42)			
Desobediencia (4-28)						
Experimental	13,33 (4,24)	13,67 (4,59)	11,12 (3,79)	2.353,18	< 0,001	0,93
Control	12,79 (3,31)	13,04 (4,39)	14,18 (3,92)			
Inatención (5-35)						
Experimental	18,31 (5,64)	18,13 (6,67)	15,79 (5,31)	2.385,19	< 0,001	0,92
Control	18,40 (4,39)	18,94 (5,68)	18,36 (4,98)			
Dormir (2-14)						
Experimental	7,80 (3,26)	7,61 (3,14)	6,52 (2,94)	1.543,95	< 0,001	0,89
Control	7,50 (3,03)	7,34 (2,94)	7,47 (2,62)			
Comer (3-21)						
Experimental	10,37(3,69)	11,05(3,83)	9,46(3,68)	6,13	0,002	0,03
Control	10,57(4,12)	10,03(4,30)	9,99(3,87)			
Total (rango)						
Intensidad (26-182)						
Experimental	120,09 (24,83)	119,10 (28,56)	103,69 (24,16)	4.032,16	< 0,001	0,97
Control	122,14 (22,50)	122,25 (19,21)	119,58 (22,97)			
Problema (0-26)						
Experimental	15,58 (7,94)	13,51 (8,43)	8,30 (8,74)	352,09	< 0,001	0,81
Control	12,53 (6,22)	12,82 (5,94)	12,24 (6,82)			

Tabla 45. Media (desviación estándar) y estadísticos de los seis factores y las dos escalas totales del “Inventario Eyberg de Conducta Infantil” (*Eyberg Child Behavior Inventory*, ECBI), de Eyberg y Ross (1978), en los cuatro momentos de medida del grupo experimental

Factor (rango)	Pretest	Postest	Seg. 6 meses	Seg. 12 meses	$F_{(3, 453)}$	p	η^2
Enfado (7-49)	26,87 (6,85)	28,04 (7,42)	22,99 (6,53)	22,40 (6,64)	33,04	<0,001	0,21
Agresión (5-35)	12,97 (4,92)	12,08 (5,30)	10,91 (4,82)	10,66 (4,64)	13,05	<0,001	0,11
Desobediencia (4-28)	13,47 (4,28)	13,85 (4,48)	11,17 (3,81)	11,41 (3,76)	32,72	<0,001	0,22
Inatención (5-35)	18,21 (6,58)	18,08 (6,58)	15,64 (5,15)	15,71 (5,40)	15,55	<0,001	0,12
Dormir (2-14)	7,65 (3,30)	7,54 (3,14)	6,42 (2,97)	5,90 (2,56)	18,68	<0,001	0,13
Comer (3-21)	10,43 (3,57)	11,07 (3,72)	9,54 (3,67)	9,59 (3,53)	13,58	<0,001	0,10
Total (rango)							
Intensidad (26-182)	121,81 (24,80)	119,79 (27,35)	103,53 (23,61)	102,07 (24,48)	23,90	<0,001	0,25
Problema (0-26)	15,76 (7,77)	13,64 (8,17)	8,45 (8,82)	6,87 (6,00)	13,35	<0,001	0,29

4.2.1. Enfado

4.2.1.1. Diseño intergrupos

Se constató un efecto principal de la intervención $F_{(1, 210)} = 3.696,72; p < 0,001; \eta^2 = 0,95.$, es decir, el nivel de enfado disminuyó significativamente en los niños que recibieron el programa familiar PEPA, mientras que no se apreció ninguna reducción en los controles de la lista de espera. Por otro lado, se produjo una interacción grande de la intervención con los tres momentos de medida. En la tabla 44 y en la figura 9 se puede ver como se cruzan las líneas de los grupos durante el seguimiento.

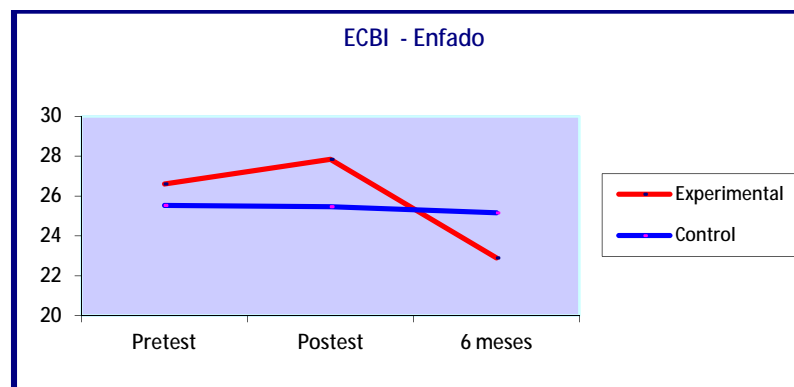


Figura 9. Puntuaciones en *Enfado* de los grupos experimental y control en el pretest, postest y seguimiento a los seis meses.

En resumen, el enfado se mantuvo invariable a los seis meses en los niños de la lista de espera, mientras que se redujo cuatro puntos, 9,5% del rango del factor, en los niños del programa familiar PEPA.

4.2.1.2. Diseño intragrupo

Como se puede comprobar en la tabla 45 y en la figura 10 hubieron diferencias entre los momentos de evaluación, en concreto, entre el pretest y los seguimientos a los seis meses ($t = 5,75$; $p < 0,001$; $d = 0,58$) y doce meses ($t = 7,03$; $p < 0,001$; $d = 0,66$), ambas de tamaño mediano, y entre el posttest y los seguimientos a los seis ($t = 7,32$; $p < 0,001$; $d = 0,72$) y doce meses ($t = 8,50$; $p < 0,001$; $d = 0,80$), la primera de tamaño mediano y la segunda de tamaño grande. Como se aprecia en la figura 10, tras un repunte no significativo en el posttest, el grado de enfado disminuyó seis y doce meses después de la conclusión del programa familiar PEPA.

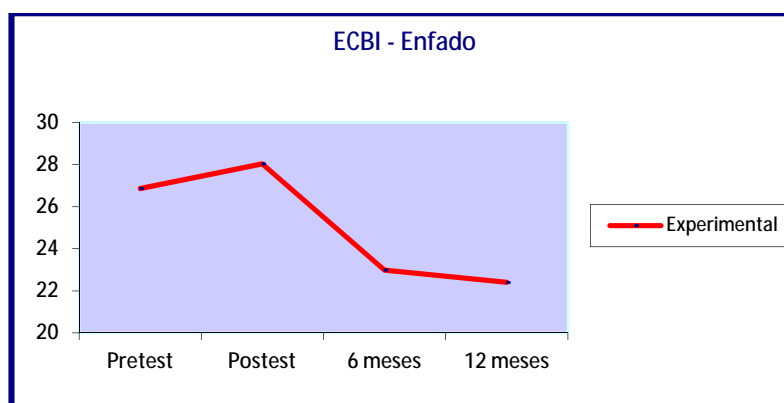


Figura 10. Puntuaciones en *Enfado* del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses

Los niños que participaron en el programa familiar disminuyeron el enfado y la oposición en el seguimiento a los seis y continuó descendiendo a los doce meses. Estos niños responden al finalizar el programa con menos frustración, quejas, chillidos o lloros ante las órdenes de los padres.

4.2.2. Agresión

4.2.2.1. Diseño intergrupos

La agresión verbal y física disminuyó significativamente en el seguimiento en los niños del programa familiar PEPA $F_{(1, 210)} = 1.225,61$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,88$. En la figura 11 y en la tabla 44 se puede ver como las líneas de los grupos se cruzan, manteniéndose la agresión en el grupo control y reduciéndose en el grupo experimental.

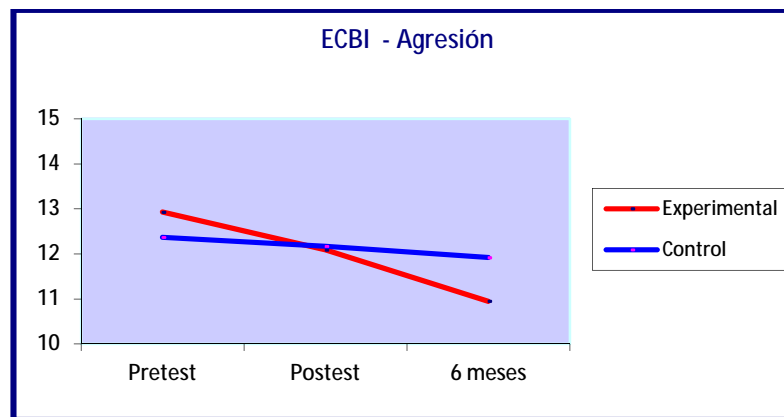


Figura 11. Puntuaciones en *Agresión* de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses.

El método Bonferroni de ajuste para comparaciones múltiples reveló diferencias significativas en el grupo experimental entre las medidas del pretest y del seguimiento y del posttest y el seguimiento. El grupo de control no presenta diferencias significativas en ninguna medida.

En resumen, la agresión disminuyó sólo en el grupo experimental y lo hizo de manera significativa un 6,6%.

4.2.2.2. Diseño intragrupo

De acuerdo con los datos de la tabla 45 y figura 12 se produjo diferencias entre las evaluaciones. Los niños del programa familiar PEPA redujeron significativamente sus conductas agresivas, con una mejora de tamaño mediano en ambas medidas, entre el pretest y el seguimiento a los seis meses ($t = 5,06$; $p < 0,001$; $d = 0,42$) y a los doce meses ($t = 5,97$; $p < 0,001$; $d = 0,48$).

Al realizar las comparaciones del postest a los 6 meses ($t = 2,90$; $p = 0,004$; $d = 0,23$) y a los doce meses ($t = 3,07$; $p = 0,003$; $d = 0,28$), resultó significativa la mejora de pequeño tamaño.

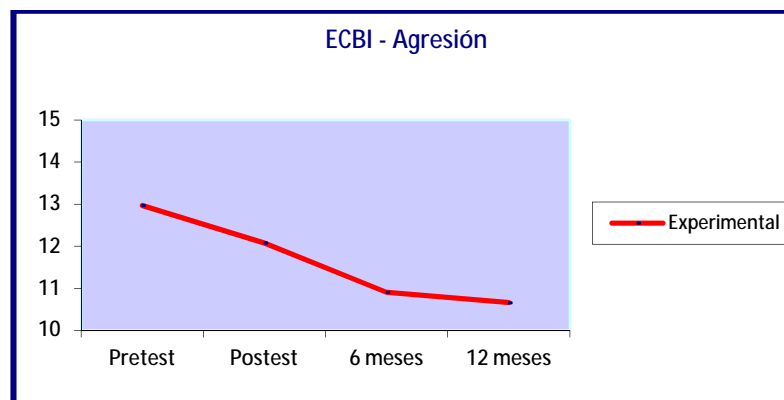


Figura 12. Puntuaciones en *Agresión* de los grupos experimental en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses

Los resultados indican una disminución continua de la agresión en los niños que participaron en el programa familiar, que continúa a los doce meses.

El número de provocaciones, disputas verbales y peleas con otros niños se redujeron tras su participación en el programa y se mantuvo en el tiempo.

4.2.3. Desobediencia

4.2.3.1. Diseño intergrupos

El programa familiar PEPA consiguió reducir significativamente la desobediencia a los seis meses en comparación con el grupo de control que aumentó. También se produjo una interacción grande de la intervención con los momentos de medida $F_{(1, 210)} = 2.353,18; p < 0,001; \eta^2 = 0,93$. En la figura 13 y en la tabla 44 se puede ver como las líneas de los grupos van en paralelo durante la aplicación del programa y se cruzan durante el seguimiento semestral, con una reducción significativa del grupo experimental.

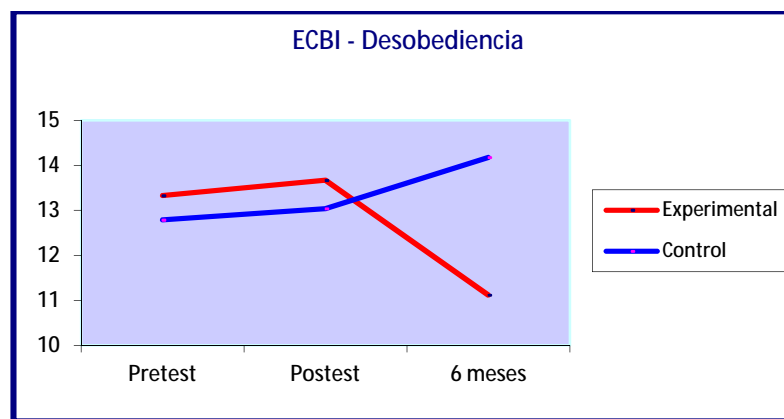


Figura 13. Puntuaciones en *Desobediencia* de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses

El ajuste Bonferroni para comparaciones múltiples halló diferencias de tamaño medio en el grupo experimental entre las medias del pretest y del posttest con el seguimiento, respectivamente.

En definitiva, la desobediencia se mantuvo en el posttest y disminuyó un 9,2% en el seguimiento en el grupo experimental, mientras que en el grupo de control empeoró un 5,79% en el seguimiento.

4.2.3.2. Diseño intragrupo

Al comparar el pretest con los seguimientos se puso de relieve que el programa familiar PEPA es eficaz para disminuir la desobediencia infantil, tanto a los seis meses ($t = 6,60$; $p < 0,001$; $d = 0,57$), como a los doce meses ($t = 6,29$; $p < 0,001$; $d = 0,51$). Las mejoras a medio y largo plazo fueron de tamaño mediano. Se halló un patrón de resultados similar del postest con los seguimientos a los seis ($t = 7,08$; $p < 0,001$; $d = 0,64$) y a los doce meses ($t = 7,67$; $p < 0,001$; $d = 0,59$). En la figura 14 y tabla 45 se observa un aumento estadísticamente insignificante en el postest, seguido de una mejoría a los seis meses que se mantiene al año.

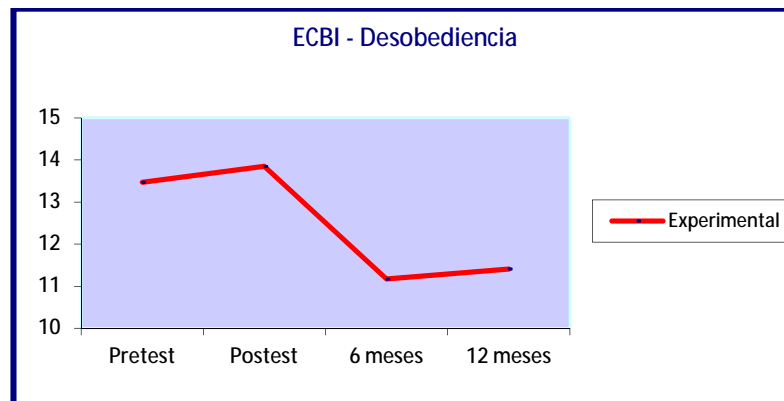


Figura 14. Puntuaciones en *Desobediencia* del grupo experimental en el pretest, postest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses

Los niños que participaron en el programa redujeron significativamente a los seis meses de finalizar la intervención sus respuestas de desobediencia y destrucción, manteniendo dicha reducción a los doce meses.

Ante las peticiones de los padres y el establecimiento de reglas en la casa los niños del grupo experimental disminuyen la tendencia a desobedecer lo que se les pide y a romper y/o descuidar objetos.

4.2.4. Inatención

4.2.4.1. Diseño intergrupos

La falta de atención se redujo en el seguimiento en los niños del programa familiar PEPA. $F_{(1, 210)} = 2.385,19$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,92$. En la figura 15 se puede ver como las líneas de los grupos parten en la medida inicial del mismo punto y el grupo experimental sigue con una pendiente continua a lo largo del resto de medidas.

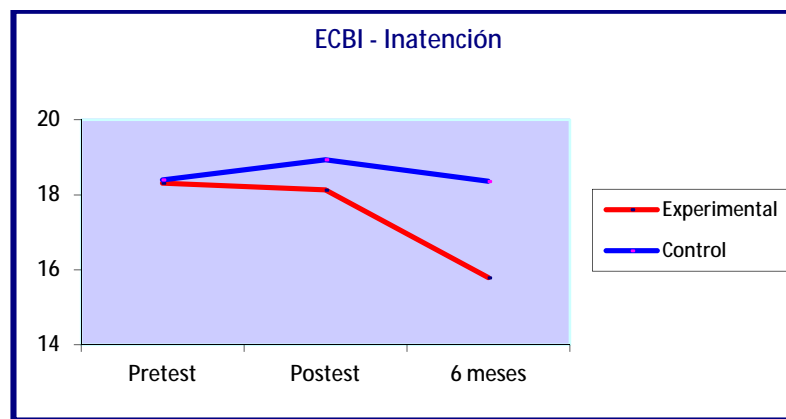


Figura 15. Puntuaciones en *Inatención* de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses.

Las comparaciones de Bonferroni encontraron una disminución media de la inatención del pretest y del posttest al seguimiento. La falta de atención se mantuvo en todas las medidas del grupo de control.

En resumen, la inatención disminuyó en el seguimiento en el grupo experimental un 8,4%.

4.2.4.2. Diseño intragrupo

Se constató diferencias significativas con respecto al pretest en los seguimientos a los seis ($t = 5,61$; $p < 0,001$; $d = 0,43$) y doce meses ($t = 5,33$; $p < 0,001$; $d = 0,41$). La magnitud de estas mejoras a medio y largo plazo fue baja. Las comparaciones del posttest con los seguimientos revelaron también la disminución de la inatención a los seis ($t = 4,36$; $p < 0,001$; $d = 0,41$) y a los doce meses ($t = 4,37$; $p < 0,001$; $d = 0,39$). En la figura 42 y en la tabla 45 se aprecia una disminución no significativa en el posttest y una mejoría estadísticamente significativa a los seis, que se mantiene a los doce meses.

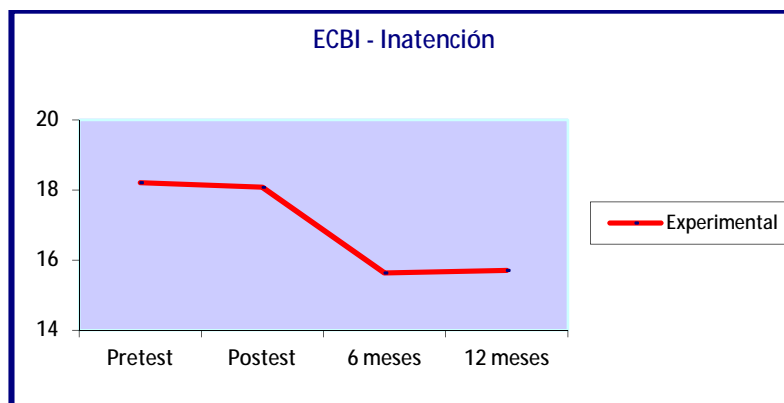


Figura 16. Puntuaciones en *Inatención* del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses

Tras la aplicación del programa familiar, los niños participantes redujeron significativamente a los seis y doce meses de seguimiento la distracción, concentración y abandono de tareas.

4.2.5. Dormir

4.2.5.1. Diseño intergrupos

Se constató un efecto principal de la intervención, esto es, los problemas a la hora de dormir disminuyeron significativamente en los niños del programa familiar PEPA, mientras que permanecieron inalterables en los no que no recibieron la intervención $F_{(1, 210)} = 1.543,95$ $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,89$. Por otra parte, se apreció una interacción grande de la intervención con los momentos de medida. En la figura 17 y en la tabla 44 se puede ver como se cruzan las líneas de los grupos, con pendiente del grupo experimental.

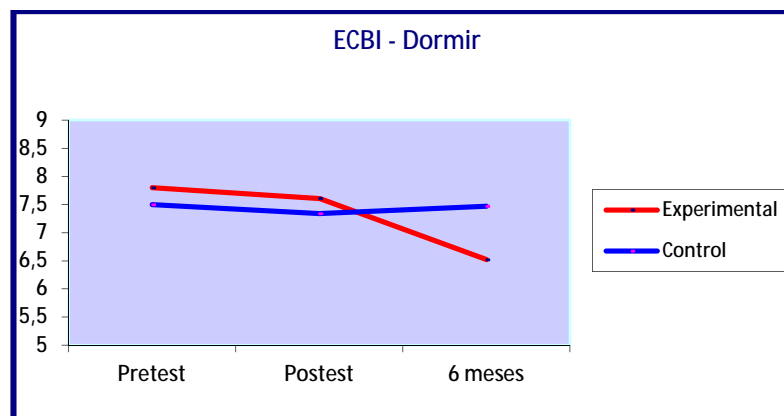


Figura 17. Puntuaciones en *Dormir* de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses

En resumen, los problemas para ir a dormir se mantuvieron invariables en los niños de la lista de espera, mientras que en los niños del programa familiar PEPA se redujeron en el seguimiento un 10,6%

4.2.5.2. Diseño intragrupo

Los problemas para irse a dormir disminuyeron significativamente a los seis

($t = 4,65$; $p < 0,001$; $d = 0,39$) y doce meses ($t = 6,38$; $p < 0,001$; $d = 0,59$).

Las reducciones a medio y largo plazo con respecto al pretest fueron de pequeño y mediano tamaño, respectivamente. De manera similar los problemas al dormir fueron menores al comparar el postest con los seguimientos a los seis ($t = 3,96$; $p < 0,001$; $d = 0,12$) y doce meses ($t = 6,61$; $p < 0,001$; $d = 0,17$), ambos de tamaño pequeño. En la figura 18 se observa el declive constante de los problemas al dormir en el seguimiento a los seis y doce meses, tras finalizar el programa familiar PEPA.

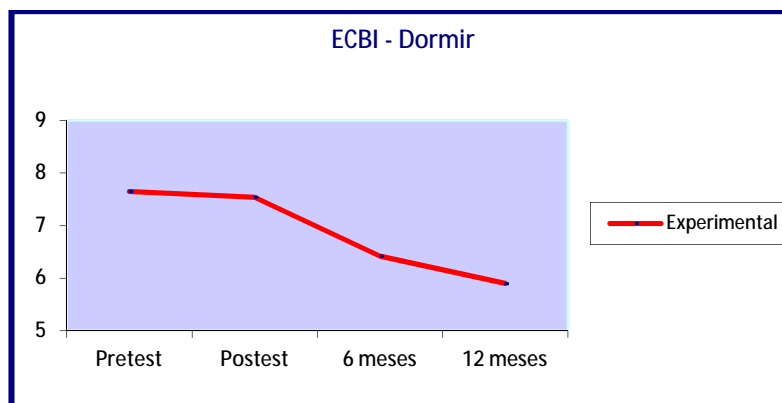


Figura 18. Puntuaciones en *Dormir* del grupo experimental en el pretest, postest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses

Los niños que participaron en el programa familiar redujeron durante los seguimientos tanto las protestas como las negativas para irse a la cama, mejorando la colaboración en dicha rutina.

4.2.6. Comer

4.2.6.1. Diseño intergrupos

La pauta de los problemas con las comidas fue distinta. Tras un ligero empeoramiento en el postest el grupo experimental mejoró a los seis meses $F_{(1, 210)} = 6,13$ $p < 0,002$; $\eta^2 = 0,03$. En cambio, el grupo control mantuvo una suave disminución constante en este ámbito. Se constató una débil interacción de la intervención con los momentos de medida. En la figura 19 y en la tabla 44 se puede ver como el grupo experimental empeora ligeramente en el postest, pero en el seguimiento mejora superando al grupo control.

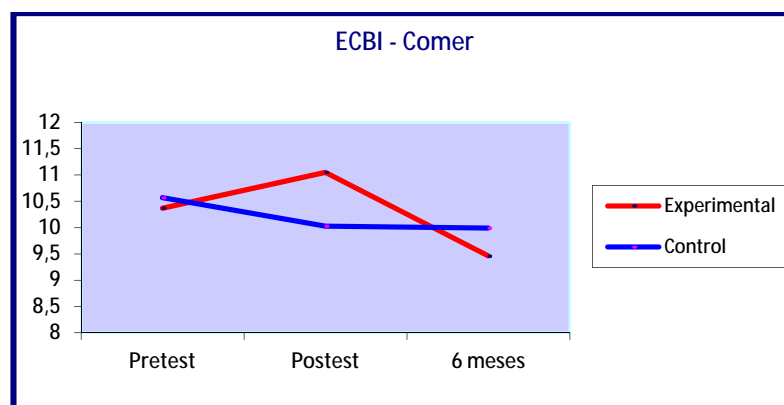


Figura 19. Puntuaciones en *Comer* de los grupos experimental y control en el pretest, postest y seguimiento a los seis meses

Todas las comparaciones por pares del grupo experimental fueron significativas, en cambio, no hubo ningún cambio significativo en el grupo control. En conclusión, los problemas para comer persistieron en los niños de la lista de espera, mientras que en los niños del programa familiar PEPA se redujeron en el seguimiento el 5 y el 9% con respecto al pretest y al postest.

4.2.6.2. Diseño intragrupo

Los problemas al comer experimentaron una pequeña mejora tanto a medio plazo ($t = -3,34$; $p < 0,001$; $d = 0,25$) como a largo plazo ($t = 2,96$; $p = 0,003$; $d = 0,24$). La comparación con el posttest fue significativa, de tamaño casi mediano a los seis ($t = -5,63$; $p < 0,001$; $d = 0,41$) y doce meses ($t = 5,93$; $p < 0,001$; $d = 0,41$). En la figura 20 y en la tabla 45 se observa que la reducción mayor se produjo entre el posttest y el seguimiento a los seis meses.

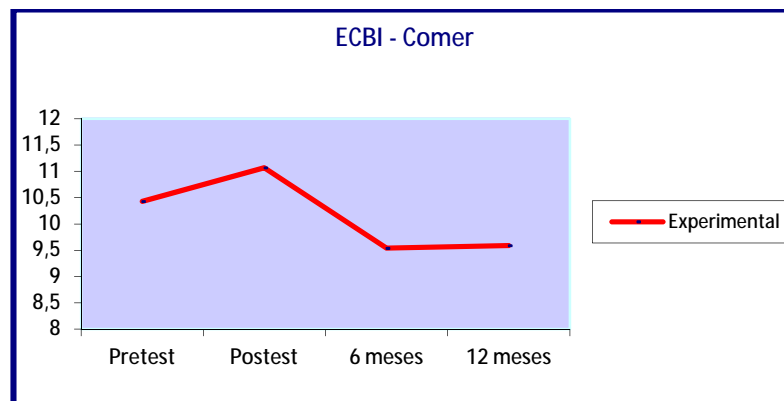


Figura 20. Puntuaciones en *Comer* del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses.

Conducta en la mesa, tales como los malos modos e n la comida, negativa a comer o a perder tiempo durante la comida, se redujeron a los seis meses de seguimiento de la intervención, manteniéndose dicha pauta a los doce meses.

Las familias que participaron en el estudio mejoraron su respuesta en el factor comer, del inventario de conducta de Eyberg (ECBI), con una disminución de la desobediencia en dicha rutina.

4.2.7. Intensidad

4.2.7.1. Diseño intergrupos

Se constata un efecto principal de la intervención grande $F_{(1, 210)} = 4.032,16$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,97$. La intensidad de los problemas de conducta siguió la misma pauta que la de los factores, o sea, un mantenimiento de la medida en el postest y una disminución significativa en el seguimiento en el grupo experimental comparado con el grupo control. Se produjo una interacción grande de la intervención con los tres momentos de medida. En la figura 21 y en la tabla 44 se puede ver como partiendo de una intensidad prácticamente igualada (pretest) la pendiente de reducción es muy pronunciada en el grupo experimental a los seis meses. El grupo control no decae significativamente.

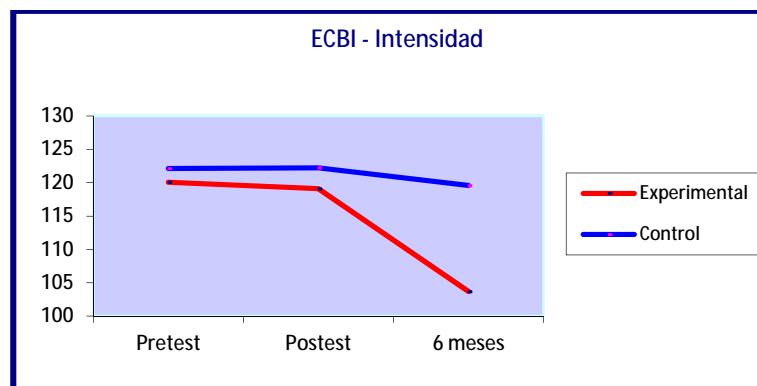


Figura 21. Puntuaciones en *Intensidad* de los problemas de conducta infantiles de los grupos experimental y control en el pretest, postest y seguimiento a los seis meses.

En resumen, desde un punto de vista estadístico la intensidad de los problemas de conducta infantil se redujo a los seis meses en los niños del programa familiar PEPA, con 16,4 puntos. Esto supone un 10,5% del rango de la puntuación total, que les sitúa en el percentil 52 de la escala (iniciaron con un percentil 57).

4.2.7.2. Diseño intragrupo

La intensidad de las conductas problemáticas infantiles disminuyó a los seis meses ($t = 9,65$; $p < 0,001$; $d = 0,75$) y doce meses ($t = 9,83$; $p < 0,001$; $d = 0,80$). Estas mejoras a medio y largo plazo fueron de tamaño grande. Las comparaciones del posttest con los seguimientos fueron de mediano tamaño y corroboraron la reducción a los seis ($t = 8,42$; $p < 0,001$; $d = 0,64$) y a los doce meses ($t = 9,50$; $p < 0,001$; $d = 0,68$). La figura 22 resume el patrón de resultados obtenidos con los factores, es decir, una pequeña disminución en el posttest, carente de significación estadística y una mejoría significativa a los seis meses que se mantiene al año.

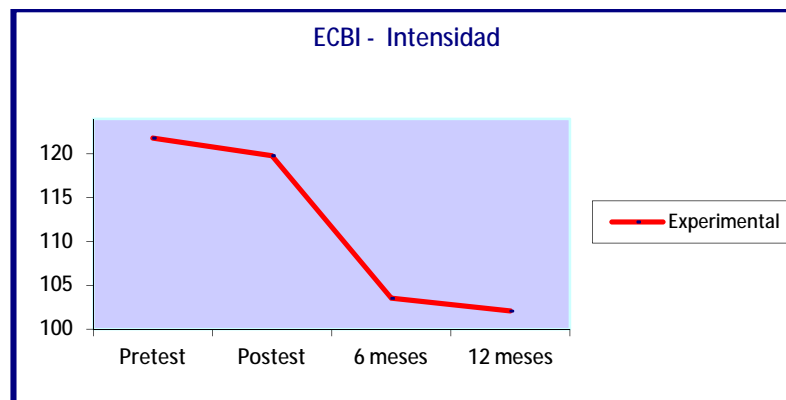


Figura 22. Puntuaciones en *Intensidad* del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses

Los niños que participaron en el grupo experimental, con la intervención del programa familiar, redujeron significativamente conductas de desobediencia en todos los factores del inventario. Las respuestas de colaboración, sin enfados y quejas, para las rutinas diarias de comer y dormir mejoraron significativamente. La capacidad de concentración y de atención ante tareas también aumentó.

4.2.8. Problema

4.2.8.1. Diseño intergrupos

El número de conductas infantiles que los padres reconocieron que representaban un problema para ellos experimentó en el grupo experimental un descenso y una disminución significativa $F_{(1, 210)} = 352,09$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,81$, tanto en el posttest como en el seguimiento. Se produjo un efecto de interacción grande. En la figura 23 y en la tabla 44 puede verse como el grupo experimental se cruza con el grupo control en el seguimiento.

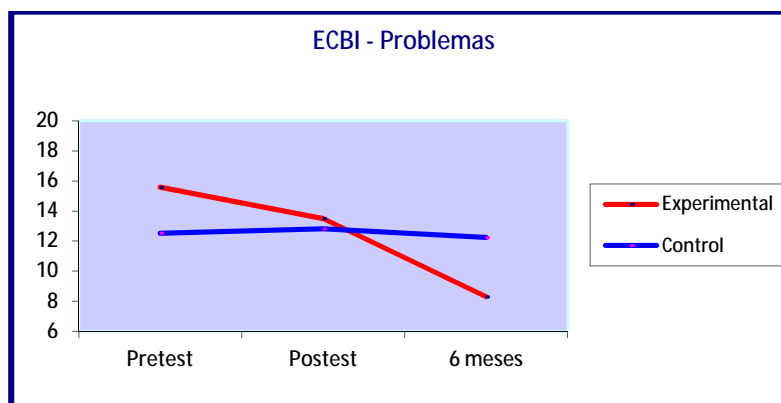


Figura 23. Puntuaciones en *Problema* de los problemas de conducta infantiles de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses.

En conclusión, los padres del grupo experimental percibieron en el seguimiento que sus hijos presentaban menos conductas problemáticas que antes del programa familiar PEPA, lo que en términos porcentuales supone una mejora del 28%. El percentil de los niños del grupo experimental que se situaba por encima del valor central en el pretest (62) cayó por debajo del valor central en el seguimiento (51) superando al control (56).

4.2.8.2. Diseño intragrupo

El número de conductas infantiles problemáticas para los padres se redujo al finalizar la intervención con el programa PEPA con un pequeño tamaño ($t = 1,37$; $p = 0,07$; $d = 0,27$); siendo a los seis ($t = 8,01$; $p < 0,001$; $d = 0,88$) y a los doce meses ($t = 8,71$; $p < 0,001$; $d = 1,16$) las mejoras de tamaño grande. Las comparaciones del posttest con los seguimientos confirmaron la mejoría a los seis, de tamaño mediano ($t = 5,08$; $p < 0,001$; $d = 0,61$) y a los doce meses, de tamaño grande ($t = 5,52$; $p < 0,001$; $d = 0,94$). La figura 24 y tabla 45 muestran que las conductas problemáticas disminuyen de forma significativa en el posttest y siguen disminuyendo significativamente más de la mitad y esta mejoría continúa al año.

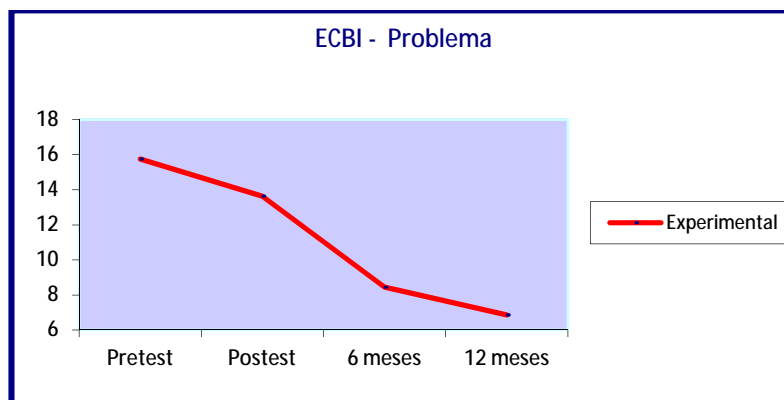


Figura 24. Puntuaciones en *Problema* del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses

La percepción de problema para los padres de las conductas de sus hijos se redujo al finalizar la intervención con el programa PEPA y continúa a los largo de los seguimientos.

4.3. Inventario del Comportamiento de niños de año y medio-5 años para padres

CBCL). Achenbach, T.M.(1978); Achenbach & Edelbrock, (1983).

"Child Behavior Checklist" (CBCL)

Diseño intergrupos

En la tabla 46 se ofrece los resultados de la comparación de los grupos experimental y control con las puntuaciones del CBCL. Se destaca en sombreado azul los estadísticos descriptivos de ambos grupos en el pretest y en el seguimiento a los seis meses, por ser la comparación que ofrece mayor interés. En primer lugar se presenta los resultados de los cinco factores de la escala de orientación de criterios DSM y a continuación los ocho factores de la escala con base empírica para niños y niñas.

Los factores de la escala de orientación de criterios DSM son:

Factor I: depresión, con rango (0-20).

Factor II: ansiedad, con rango (0-20).

Factor III. Desarrollo (0-26).

Factor IV: hiperactividad (0-12).

Factor V: desobediencia (0-12).

Diseño intragrupo

En la tabla 47 se ofrece los resultados de la comparación de los cuatro momentos de medida con el CBCL, esto es, pretest, posttest, seguimiento a los seis meses (medio plazo) y seguimiento a los doce meses (largo plazo), del grupo experimental. Se resalta en sombreado azul la comparación entre el pretest y el seguimiento al año, que es la más importante. Como en el apartado anterior se expone primero los resultados de los cinco factores del a escala DSM.

Si se compara la tabla 47 con la anterior tabla 46 se observará pequeñas variaciones en las medias y desviaciones estándares del grupo experimental en el pretest, en el posttest y en el seguimiento. Esta discrepancia se explica porque los análisis del diseño intergrupos se han realizado con los 160 participantes que completaron las tres evaluaciones (pretest, posttest, seguimiento a los seis meses), mientras que los del presente diseño intragrupo se han llevado a cabo con los 152 participantes que completaron las tres evaluaciones anteriores más la evaluación del seguimiento a los doce meses (véase la tabla 40 con los participantes perdidos.

Tabla 46. Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del CBCL escala DSM de los grupos experimental y control (diseño intergrupos).

Factor (rango)						
Experimental	Pretest	Postest	Seg. 6 meses	$F_{(1, 210)}$	p	ζ^2
Control	Pretest 1	Pretest 2	Pretest 3			
Depresión (0-20)						
Experimental	3,20 (2,23)	3,06 (2,80)	2,39 (2,05)	444,39	< 0,001	0,69
Control	2,94 (2,09)	2,91 (1,77)	2,81 (1,92)			
Ansiedad(0-20)						
Experimental	4,09 (2,60)	4,28 (2,96)	3,15 (2,47)	667,99	< 0,001	0,76
Control	4,07 (2,79)	4,48 (2,64)	4,58(2,64)			
Desarrollo (0-26)						
Experimental	4,48 (2,75)	4,49 (3,31)	3,75 (3,15)	468,05	< 0,001	0,69
Control	4,23 (3,46)	4,44 (3,38)	4,53 (3,46)			
Hiperactividad (0-12)						
Experimental	2,95 (2,60)	2,82 (2,67)	2,24 (2,74)	335,87	< 0,001	0,62
Control	2,82 (2,19)	2,91 (2,34)	2,64 (2,20)			
Desobediencia(0-12)						
Experimental	4,56 (2,47)	4,44 (2,41)	3,46 (2,44)	910,41	< 0,001	0,82
Control	4,49 (2,46)	4,51 (2,35)	4,65 (2,01)			

Tabla 47. Media (desviación estándar) y estadísticos de los cinco factores del “Inventario CBCL “Child Behavior Checklist.” Achenbach, T.M.(1978); Achenbach & Edelbrock, (1983), en los cuatro momentos de medida del grupo experimental. (Escala DSM). (Diseño intragrupo)

Factor (rango)	Pretest	Postest	Seg. 6 meses	Seg. 12 meses	$F_{(3, 453)}$	p	η^2
Depresión (0-20)	3,17 (2,22)	3,01 (2,75)	2,29 (1,94)	2,17 (1,83)	11,76	<0,001	0,08
Ansiedad(0-20)	4,04(2,53)	4,64 (2,97)	3,08 (2,43)	3,11 (2,54)	18,01	<0,001	0,12
Desarrollo (0-26)	4,48 (2,69)	4,52 (3,34)	3,71 (3,15)	3,58 (2,67)	6,53	<0,001	0,05
Hiperactividad (0-12)	2,94 (2,55)	2,82 (2,68)	2,21 (2,73)	2,12 (2,58)	5,75	<0,001	0,04
Desobediencia(0-12)	4,53 (2,38)	4,43 (2,46)	3,42 (2,42)	3,07 (2,13)	22,44	<0,001	0,15

4.3.1. Depresión

4.3.1.1. Diseño intergrupos

Se constató un efecto principal de la intervención grande, es decir, el nivel de problemas afectivos disminuyó significativamente en los niños que recibieron el programa familiar PEPA. Por otro lado, se produjo una interacción grande de la intervención con los tres momentos de medida, $F_{(1, 210)} = 444,39$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,69$. En la figura 25 y en la tabla 46 se puede ver como se cruzan las líneas de los grupos tras la intervención y disminuye significativamente en el grupo experimental durante el seguimiento semestral, manteniéndose invariable el grupo control durante todo el estudio.

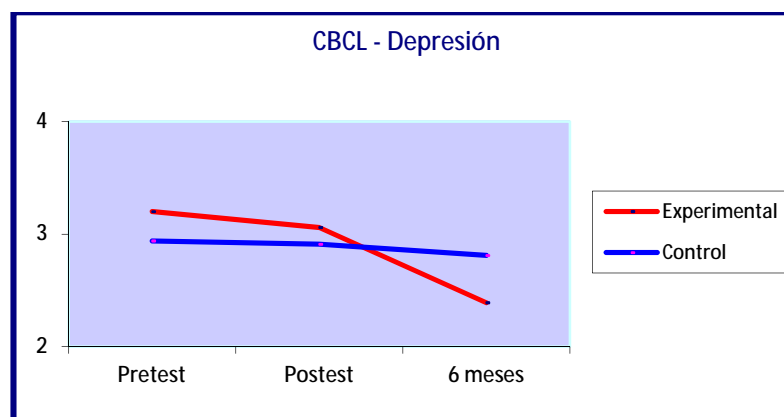


Figura 25. Puntuaciones en *Depresión* de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses (Escala DSM)

En resumen, los problemas afectivos, tales como la tristeza, fatiga o el desinterés se redujo casi un punto, en los niños del programa familiar PEPA, mientras que se mantuvieron invariables a los seis meses en los niños de la lista de espera.

4.3.1.2. Diseño intragrupo

Hubo diferencias entre los momentos de evaluación, en concreto, entre el pretest y seguimiento a los seis meses ($t = 4,62$; $p < 0,001$; $d = 0,38$); y entre el pretest y el seguimiento a los doce meses ($t = 4,92$; $p < 0,001$; $d = 0,27$), todos de mejoría pequeña.

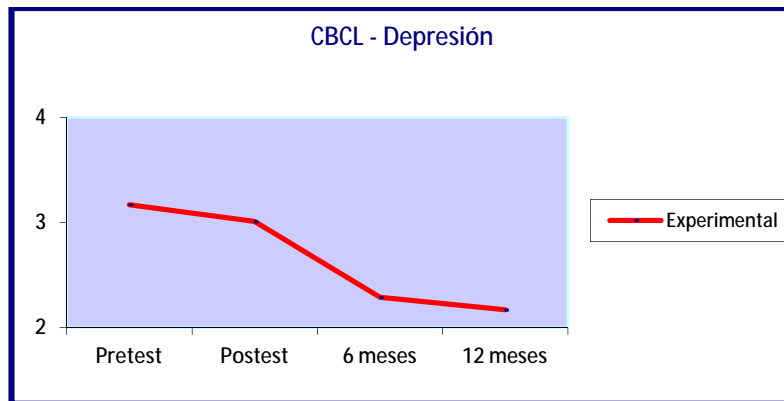


Figura 26. Puntuaciones en *Depresión* del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses (Escala DSM)

Como se aprecia en la figura 26, el grado de problemas afectivos, como los lloros, tristeza, dificultad para comer o dormir, disminuyeron significativamente tras la finalización del programa PEPA y después se mantuvo la mejoría a los seis y doce meses.

4.3.2. Ansiedad

4.3.2.1. Diseño intergrupos

El miedo, preocupaciones y dependencia disminuyó significativamente en el seguimiento en los niños del programa familiar PEPA. La prueba de efecto principal constata una disminución con la intervención.

Se produjo interacción con los tres momentos de medida, $F_{(1, 210)} = 667,99$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,76$. . En la figura 27 y en la tabla 46 se puede ver como las líneas de los grupos se cruzan al inicio del estudio, ambos aumentan la puntuación, con disminución significativa del grupo experimental a los seis meses.

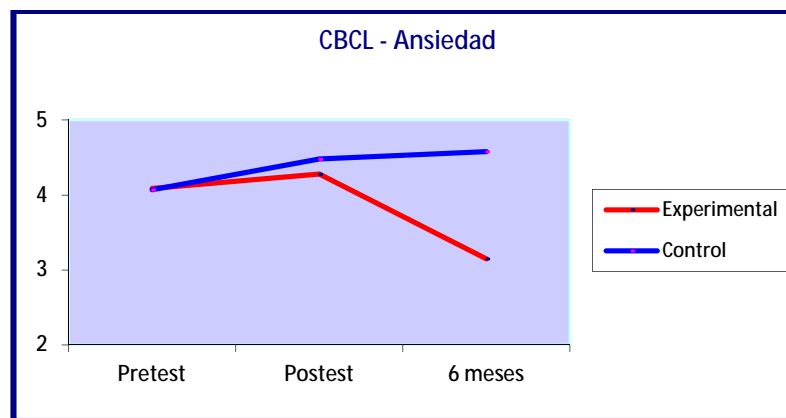


Figura 27. Puntuaciones en *Ansiedad* de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses (Escala DSM)

En resumen, los problemas de ansiedad disminuyeron significativamente casi un 5% en el seguimiento del grupo experimental hacia un menor nivel de ansiedad.

4.3.2.2. Diseño intragrupo

Se produjo diferencias entre las evaluaciones: los niños del programa familiar PEPA redujeron significativamente sus problemas de ansiedad en el postest ($t = -2,55$; $p = 0,01$; $d = 0,37$) y a los seis meses ($t = 3,94$; $p < 0,001$; $d = 0,41$), con un efecto moderado.

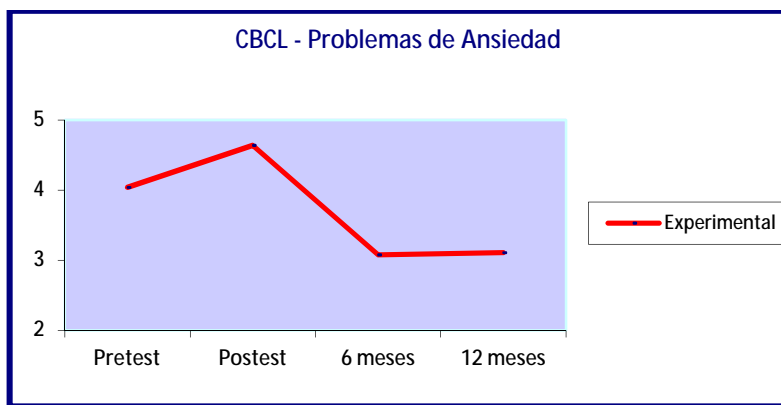


Figura 28. Puntuaciones en *Ansiedad* del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses (Escala DSM)

Como se aprecia en la figura 28, el grado de ansiedad, como dependencia, preocupaciones y miedos se reduce a los seis meses y se mantiene al año.

4.3.3. Desarrollo

4.3.3.1. Diseño intergrupos

El programa familiar PEPA consiguió reducir significativamente los problemas de desarrollo a los seis meses en comparación con el grupo de control que no tuvo ninguna reducción. Se constata un efecto principal de la intervención grande.

Se produjo interacción con los tres momentos de medida $F_{(1, 210)} = 468,05$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,69$. En la figura 29 y en la tabla 46 se puede ver como las líneas de los grupos se cruzan en el postest y disminuye en el grupo experimental a los seis meses.

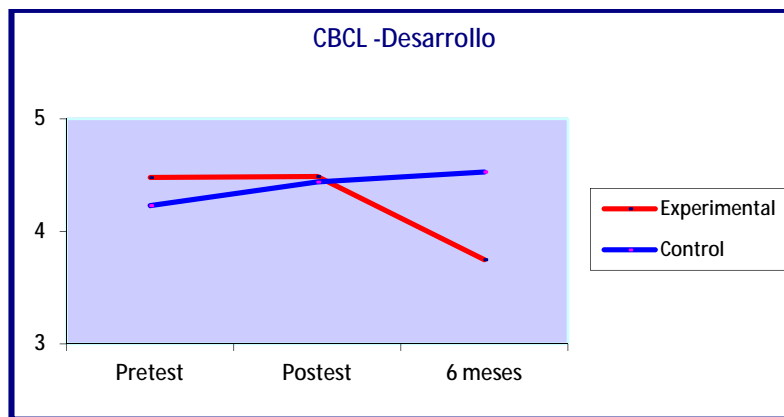


Figura 29. Puntuaciones en *Desarrollo* de los grupos experimental y control en el pretest, postest y seguimiento a los seis meses (Escala DSM).

Como se puede apreciar en los resultados, los problemas de desarrollo disminuyeron en el grupo experimental un 3%, aumentando un 1% en el grupo control.

4.3.3.2. Diseño intragrupo

Se constatan diferencias significativas entre las medidas del pretest y el seguimiento semestral ($t = 2,73$; $p < 0,001$; $d = 0,25$) y posttest con seguimiento semestral. ($t = 2,54$; $p < 0,01$; $d = 0,22$). Al comparar ambas medidas, la magnitud de las mejoras es pequeña.

En la figura 30 y en la tabla 47 se observa una reducción significativa a los seis meses, que continúa al año.

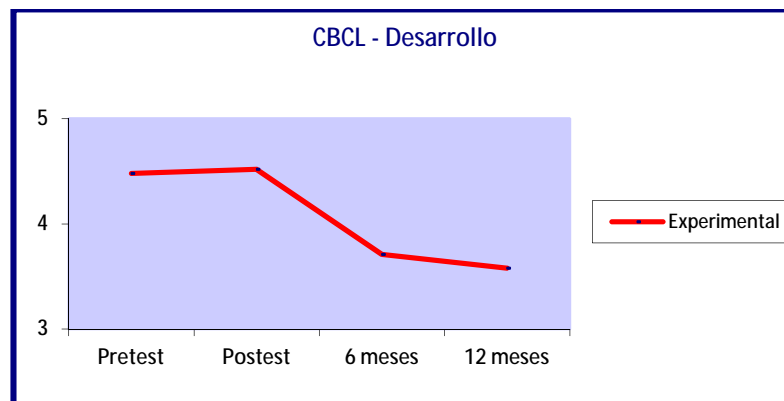


Figura 30. Puntuaciones en *Desarrollo* del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses (Escala DSM).

Se constata que el programa PEPA ha sido eficaz para la mejora de conductas de afectividad y de seguridad del niño que ha participado en el estudio.

4.3.4. Hiperactividad

4.3.4.1. Diseño intergrupo

La inquietud y la falta de concentración se redujo en el seguimiento en los niños del programa familiar PEPA de manera más significativa que en los controles. Se constata un efecto principal de la intervención grande. Se produjo interacción con los momentos de medida $F_{(1, 210)} = 335,87 ; p < 0,001; \eta^2 = 0,62$.

En la figura 31 y en la tabla 46 se puede ver como las líneas de ambos grupos se cruzan durante la intervención, siendo la pendiente del grupo experimental más acusada durante el seguimiento.

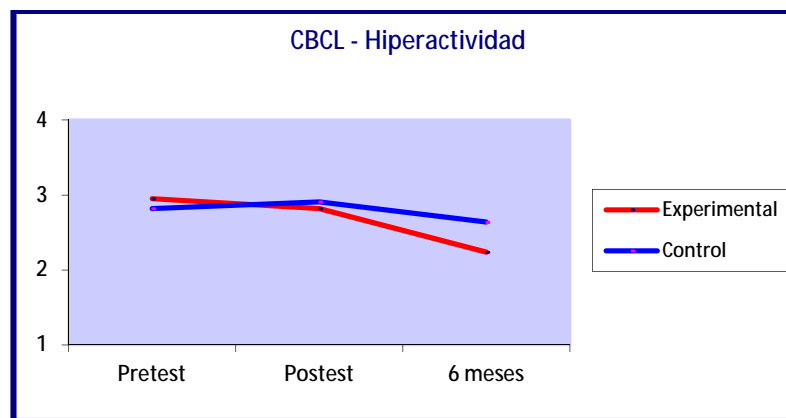


Figura 31. Puntuaciones en *Hiperactividad* grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses (Escala DSM)

En resumen, la inatención y la inquietud disminuyeron un 6% en el grupo experimental durante el seguimiento a los seis meses, frente al 1,5% de mejora del grupo control.

4.3.4.2. Diseño intragrupo

Se constatan diferencias significativas entre las medidas del pretest y el seguimiento semestral ($t = 2,60$; $p = 0,01$; $d = 0,23$) y con el seguimiento anual ($t = 3,51$; $p = 0,001$; $d = 0,32$). Al comparar ambas medidas, la magnitud de las mejoras es pequeña. Igual se constata con el postest y seguimientos.

En la figura 32 y en la tabla 47 se aprecia una reducción paulatina en todas las medida, con una mejoría estadísticamente significativa a los seis y doce meses.

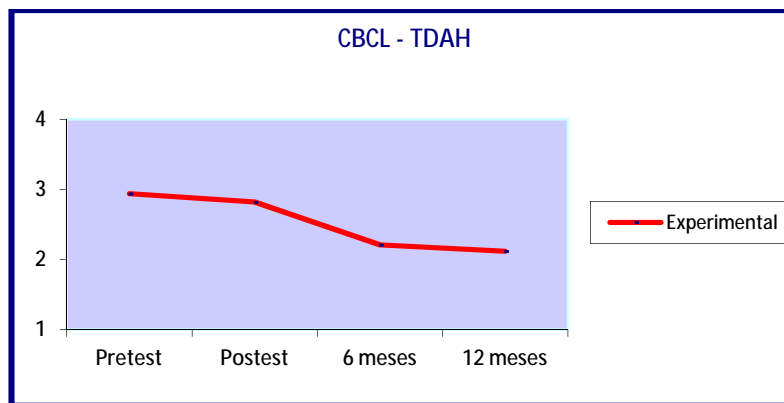


Figura 32. Puntuaciones en *Hiperactividad* del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses (Escala DSM).

Se aprecia al finalizar el programa una reducción de conductas como la inquietud motriz, la inmediatez en la consecución de las demandas y el control de la impulsividad, que disminuye significativamente en el seguimiento a los seis y se mantiene a los doce meses.

4.3.5. Desobediencia

4.3.5.1. Diseño intergrupo

Se constató un efecto principal de la intervención grande $F_{(1, 210)} = 910,41$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,82$. Los problemas desobedientes disminuyeron sólo en los niños que participaron en el programa familiar.

En la figura 33 y en la tabla 46 se puede ver como las líneas de los grupos van en paralelo desde el inicio del programa hasta que finaliza, con una disminución significativa del grupo experimental en el seguimiento semestral y un aumento del factor en el grupo control

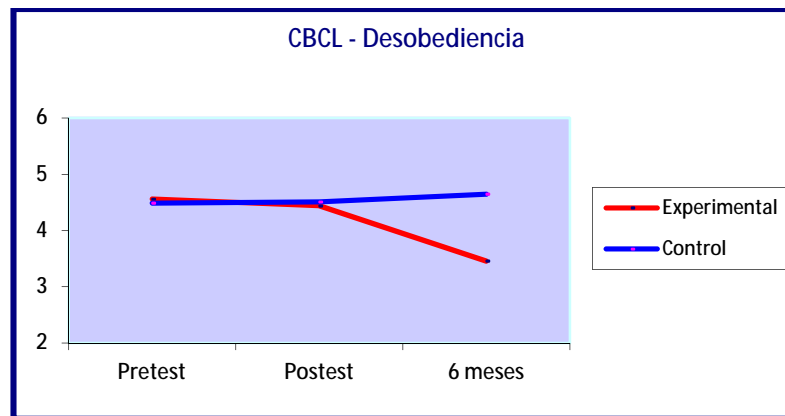


Figura 33. Puntuaciones en *Desobediencia* de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses (Escala DSM)

En resumen, los problemas de oposición, de rabietas y de desobediencia produjeron mejoría sólo en el grupo experimental. En los niños del programa familiar PEPA se redujo la desobediencia en el seguimiento un 9,2% y en el grupo control aumentó un 1,3% , en la misma medida.

4.3.5.2. Diseño intragrupo

La desobediencia disminuyó significativamente a lo largo de las diferentes medidas del estudio. Entre el pretest y seguimiento a los seis meses de tamaño mediano ($t = 5,76$; $p < 0,001$; $d = 0,45$); entre el pretest y el seguimiento a los doce meses ($t = 6,56$; $p < 0,001$; $d = 0,65$) de tamaño grande. También entre el posttest y el seguimiento a los seis meses ($t = 4,10$; $p < 0,001$; $d = 0,40$) y el posttest y el seguimiento anual ($t = 7,87$; $p < 0,001$; $d = 0,49$), ambos de tamaño mediano.

En la figura 34 y en la tabla 47 se observa el declive constante de las conductas desobedientes tras finalizar el programa familiar PEPA, siendo este descenso en los seguimientos estadísticamente significativo

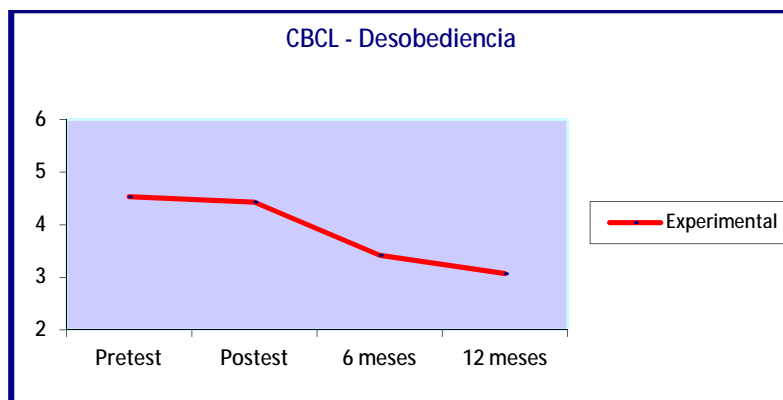


Figura 34. Puntuaciones en Desobediencia del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses

Se observa una disminución progresiva de rabietas, desobediencia e irritabilidad en los niños que han participado en el programa familiar a lo largo de todo el estudio. En el seguimiento semestral y anual sigue la mejora del negativismo con respecto al pretest.

4.4. Inventario del Comportamiento de niños de año y medio-5 años para padres

CBCL). Achenbach, T.M.(1978); Achenbach & Edelbrock, (1983).

"Child Behavior Checklist" (CBCL)

ESCALA CON BASE EMPÍRICA

Diseño intergrupos

En la tabla 48 se ofrece los resultados de los ocho factores de la escala con base empírica para niños y niñas.

Los factores de base empírica son:

- I. Reacción emocional (rango 0-18).
- II. Ansiedad/depresión (rango 0-16).
- III. Somatizaciones (rango 0-22).
- IV. Desarrollo (rango 0-16).
- V. Problemas de sueño (rango 0-14).
- VI. Problemas de atención (rango 0-10).
- VII. Conducta agresiva (rango 0-38).
- VIII. Otros problemas (rango 0-66).

Diseño intragrupo

En la tabla 49 se ofrece los resultados de la comparación de los cuatro momentos de medida con el CBCL, esto es, pretest, postest, seguimiento a los seis meses (medio plazo) y seguimiento a los doce meses (largo plazo), del grupo experimental. Se resalta en sombreado azul la comparación entre el pretest y el seguimiento al año, que es la más importante. Como en el apartado anterior se expone primero los resultados de los ocho factores del a escala Empírica.

Si se compara la tabla 49 con la anterior tabla 48 se observará pequeñas variaciones en las medias y desviaciones estándares del grupo experimental en el pretest, en el postest y en el seguimiento. Esta discrepancia se explica porque los análisis del diseño intergrupos se han realizado con los 160 participantes que completaron las tres evaluaciones (pretest, postest, seguimiento a los seis meses), mientras que los del presente diseño intragrupo se han llevado a cabo con los 152 participantes que completaron las tres evaluaciones anteriores más la evaluación del seguimiento a los doce meses (véase la tabla 43 con los participantes perdidos)

Capítulo 4. Resultados

Tabla 48. Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del CBCL escala empírica, de los grupos experimental y control (diseño intergrupos)

Factor (rango) Experimental Control	Pretest Pretest 1	Postest Pretest 2	Seg. 6 meses Pretest 3	$F_{(1, 210)}$	p	η^2
Reacción Emocional (0-18)						
Experimental	3,23 (2,59)	3,11 (2,96)	2,41 (2,47)	392	< 0,001	0,65
Control	3,24 (2,57)	3,42 (2,60)	3,04 (2,57)			
Ansiedad/ Depresión (0-16)						
Experimental	3,36 (2,31)	3,70 (2,49)	2,67 (2,23)	580,46	< 0,001	0,74
Control	3,44 (2,60)	3,44 (2,20)	3,31(2)			
Somatizaciones (0-22)						
Experimental	2,07 (1,96)	2,14 (1,99)	1,81 (1,77)	269,31	< 0,001	0,57
Control	2,16 (2,42)	2,29 (2,37)	2,22 (2,25)			
Desarrollo (0-16)						
Experimental	2,72 (2,34)	2,84 (2,17)	2,07 (2)	365,18	< 0,001	0,64
Control	2,58 (2,23)	2,62 (2,29)	2,46 (1,78)			
Problemas de Sueño (0-14)						
Experimental	3,29 (2,58)	3,43 (3,03)	2,31 (2,36)	365,64	< 0,001	0,64
Control	3,15 (2,19)	3,68 (2,58)	2,98 (2,06)			
Problemas de Atención (0-10)						
Experimental	2,85 (1,66)	2,64 (1,91)	2,34 (1,73)	680,47	< 0,001	0,77
Control	2,98 (1,51)	2,92 (1,74)	3,32 (1,74)			
Conducta Agresiva (0-38)						
Experimental	12,78 (6,62)	11,39 (6,67)	9,67 (6,65)	947,37	< 0,001	0,82
Control	12,62 (5,27)	11,03 (5,45)	11,70 (5,05)			
Otros Problemas (0-66)						
Experimental	10,74 (5,54)	11,34 (5,80)	8,02 (5,21)	106,49	< 0,001	0,84
Control	10,47 (5,21)	10,62 (4,62)	10,03 (5,19)			

Tabla 49. Media (desviación estándar) y estadísticos de los ocho factores del “Inventario CBCL “Child Behavior Checklist Escala base Empírica.” Achenbach, T.M.(1978); Achenbach & Edelbrock, (1983), en los cuatro momentos de medida del grupo experimental. (diseño intragrupo

Factor (rango)	Pretest	Postest	Seg. 6 meses	Seg. 12 meses	$F_{(3, 453)}$	p	η^2
Reacción Emocional (0-18)	3,20 (2,53)	3,07 (2,99)	2,31 (2,38)	2,14 (2,27)	8,80	<0,001	0,06
Ansiedad/ Depresión(0-16)	3,31(2,22)	3,67 (2,50)	2,61 (2,18)	2,34 (1,95)	15,99	<0,001	0,11
Somatizaciones (0-22)	2,03 (1,96)	2,15 (2,02)	1,78 (1,77)	1,83 (1,93)	1,88	0,13	0,01
Desarrollo (0-16)	2,77 (2,36)	2,82 (2,18)	2,06 (2,02)	1,97 (1,66)	12,17	<0,001	0,09
Problemas de Sueño(0-14)	3,26 (2,59)	3,41 (2,99)	2,24 (2,35)	2,33 (2,35)	16,22	<0,001	0,11
Problemas de atención(0-10)	2,86 (1,63)	2,63 (1,91)	2,32 (1,72)	2,18 (1,77)	8,50	<0,001	0,06
Conducta agresiva(0-38)	12,64 (6,37)	11,37 (6,77)	9,47 (6,51)	9,11 (5,79)	16,58	<0,001	0,11
Otros problemas (0-66)	10,67 (5,44)	11,23 (5,77)	7,80 (5,09)	7,92 (4,97)	23,67	<0,001	0,15

4.4.1. Reacción emocional

4.4.1.1. Diseño intergrupos

Se constató un efecto principal de la intervención, es decir, el nivel de reacción emocional disminuyó significativamente en los niños que recibieron el programa familiar PEPA. Por otro lado, se produjo una interacción de la intervención con los tres momentos de medida, $F_{(1, 210)} = 392; p < 0,001; \eta^2 = 0,65$. En la figura 35 y en la tabla 48 se puede ver como se cruzan las líneas de los grupos al inicio de la interacción y con el tiempo el grupo experimental disminuye con una mayor pendiente.

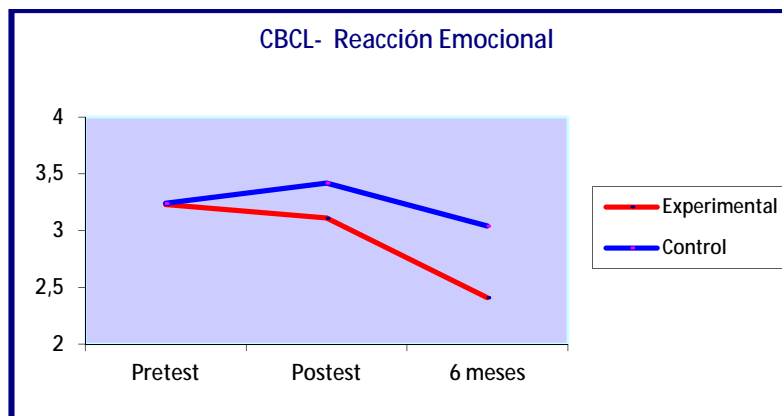


Figura 35. Puntuaciones en *Reacción Emocional* de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses (Escala Empírica).

En resumen, la reacción emocional, tal como quejas, preocupaciones o cambios de humor se redujeron casi un punto, en los niños del programa familiar PEPA, mientras que se mantuvieron invariables a los seis meses en los niños de la lista de espera.

4.4.1.2. Diseño intragrupo

Hubo diferencias entre los momentos de evaluación, en concreto, entre el pretest y seguimiento a los seis meses ($t = 3,53$; $p < 0,001$; $d = 0,36$); y entre el pretest y el seguimiento a los doce meses ($t = 4,49$; $p < 0,001$; $d = 0,44$), ambos de pequeña mejoría. De igual manera, hubo una pequeña mejora al comparar el postest a los seis meses ($t = 2,72$; $p = 0,007$; $d = 0,28$), y a los doce meses ($t = 3,85$; $p < 0,001$; $d = 0,35$),

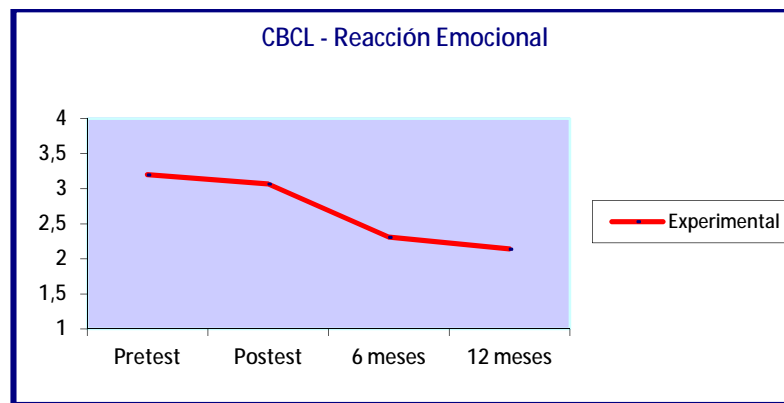


Figura 36. Puntuaciones en *Reacción Emocional* del grupo experimental en el pretest, postest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses (Escala Empírica).

Como se aprecia en la figura 36, el grado de problemas afectivos, como los lloros, tristeza, dificultad para comer o dormir, disminuyeron significativamente a los seis y doce meses de finalizar el programa familiar.

4.4.2. Ansiedad/ Depresión

4.4.2.1. Diseño intergrupos

El miedo, vergüenza, tristeza y la dependencia disminuyó significativamente en el seguimiento en los niños del programa familiar PEPA. Se constata un efecto principal grande, $F_{(1, 210)} = 580,46; p < 0,001; \eta^2 = 0,74$.

Se produjo interacción con los tres momentos de medida, En la figura 37 y en la tabla 48 se puede ver como las líneas de los grupos se cruzan al inicio, aumenta en el grupo experimental y se vuelven a cruzar durante el seguimiento, con una pendiente muy acusada en el mismo grupo.

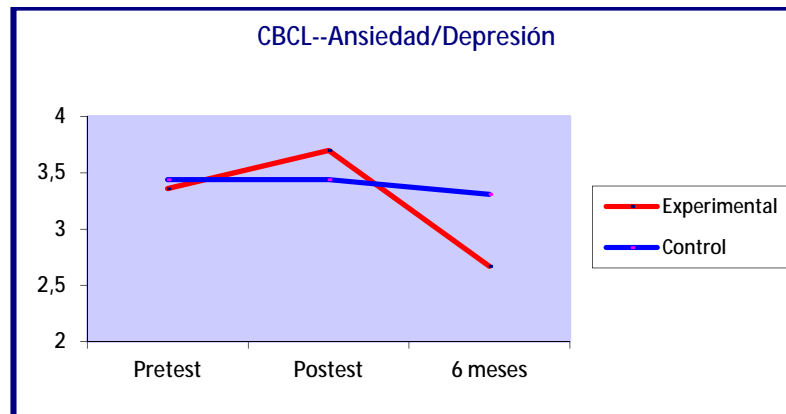


Figura 37. Puntuaciones en *Ansiedad/Depresión* de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses (Escala Empírica).

En resumen, los problemas de ansiedad y depresión disminuyeron significativamente un 6,25% en el seguimiento del grupo experimental.

4.4.2.2. Diseño intragrupo

Se produjo diferencias entre todas las evaluaciones: los niños del programa familiar PEPA redujeron significativamente sus problemas de ansiedad/depresión desde su participación en el estudio hasta los doce meses de seguimiento ($t = 4,77$; $p < 0,001$; $d = 0,46$), con un efecto moderado. Los datos de esa mejoría moderada se refleja también entre el postest y los seis meses ($t = 4,23$; $p < 0,001$; $d = 0,59$) y los doce meses ($t = 6,38$; $p < 0,001$; $d = 0,45$).

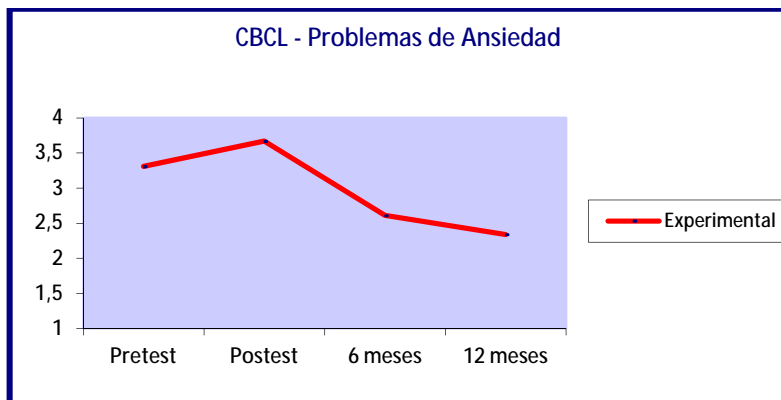


Figura 38. Puntuaciones en *Ansiedad/Depresión* del grupo experimental en el pretest, postest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses (Escala Empírica).

Como se aprecia en la figura 38 y en la tabla 49, el grado de ansiedad y de depresión, como dependencia, preocupaciones y miedos se reducen tras la aplicación del programa PEPA.

4.4.3. Somatizacion

4.4.3.1. Diseño intergrupos

Las medidas tanto el grupo control como experimental se mantuvieron invariables a lo largo del estudio, sin diferencias estadísticamente significativas.

En la figura 39 y en la tabla 48 se puede observar una leve tendencia a la reducción en el grupo experimental.

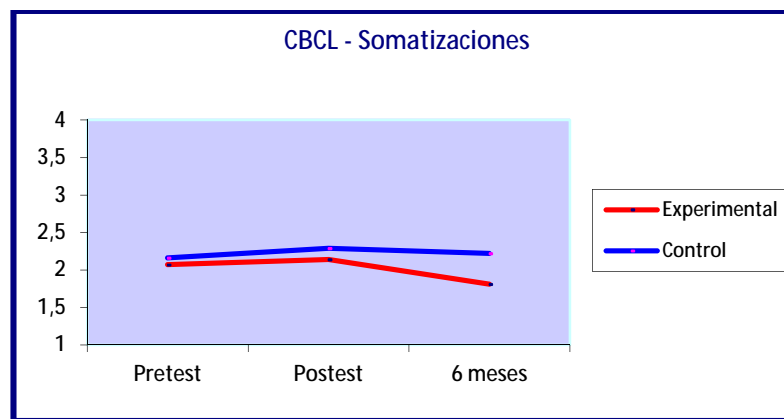


Figura 39. Puntuaciones en *Somatizaciones* de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses (Escala Empírica).

En resumen, el programa familiar PEPA ni mejoró ni empeoró en los niños su nivel de quejas somáticas.

4.4.3.2. Diseño intragrupo

Se constatan diferencias significativas. Al comparar todas las medidas, la magnitud de las mejoras es pequeña, destacando la medida posttest y doce meses ($t = 2,08$; $p < 0,05$; $d = 0,16$).

En la figura 40 y en la tabla 49 se observa una pequeña reducción significativa en el seguimiento anual.

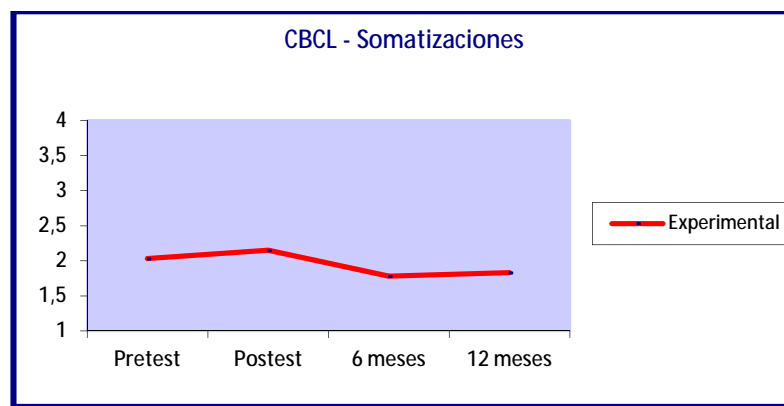


Figura 40. Puntuaciones en *Somatizaciones* del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses (Escala Empírica).

Se puede concluir que los niños que participaron en el programa no presentaban somatizaciones al inicio del estudio, manteniendo dicho factor invariable en el seguimiento anual.

4.4.4. Desarrollo

4.4.4.1. Diseño intergrupos

El asilamiento social, la evitación de contacto y afecto se redujo en el seguimiento en los niños del programa familiar PEPA de manera más significativa que en los controles en lista de espera. Se produjo interacción, de tamaño mediano, con los momentos de medida, $F_{(1, 210)} = 365,18$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,64$. En la figura 41 y en la tabla 48 se puede ver el cruce entre ambos grupos. El grupo experimental tiende a reducirse en el seguimiento a los seis meses.

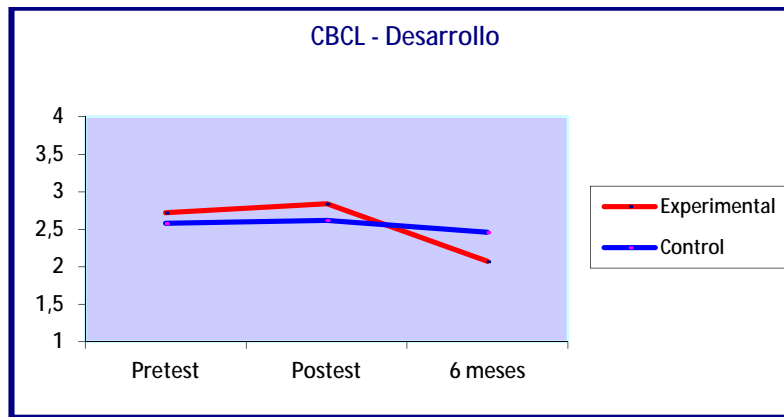


Figura 41. Puntuaciones en *Desarrollo* grupos experimental y control en el pretest, postest y seguimiento a los seis meses (Escala Empírica).

En resumen, los problemas de desarrollo disminuyeron un 6,25% en el grupo experimental durante el seguimiento a los seis meses.

4.04.4.2. Diseño intragrupo

Se constató diferencias significativas con respecto del pretest con el seguimiento a los seis meses ($t = 3,48$; $p \leq 0,001$; $d = 0,32$); y doce meses ($t = 4,33$; $p < 0,001$; $d = 0,39$), ambos de mejoría pequeña; y del posttest con seguimiento a los seis meses ($t = 4,34$; $p < 0,001$; $d = 0,36$), y a los doce meses ($t = 5,25$; $p < 0,001$; $d = 0,44$), la primera de pequeña mejoría y la segunda de mejoría moderada.

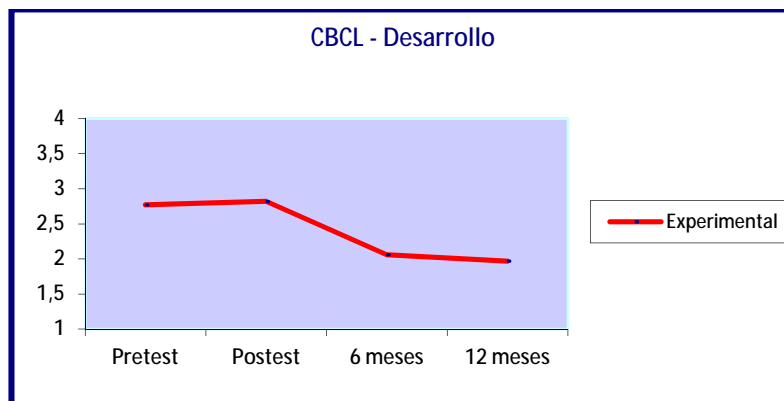


Figura 42. Puntuaciones en *Desarrollo* del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses (Escala Empírica).

En la figura 42 y en la tabla 49 se aprecia una estabilidad durante la intervención del programa familiar, con una mejoría, de pequeña a moderada, a los doce meses de su finalización.

Se aprecia una disminución muy significativa en el seguimiento a los seis meses y a los doce meses del programa PEPA. Los niños aumentan tras la intervención su interés y participación por lo que le rodea.

4.4.5. Problemas de Sueño

4.4.5.1. Diseño intergrupos

Se constató un efecto principal de la intervención de tamaño mediano $F_{(1, 210)} = 365,64$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,64$, con la disminución de los problemas de sueño en los niños del programa familiar PEPA y en el grupo control.

En la figura 43 y en la tabla 48 se puede ver como las líneas de los grupos se cruzan al inicio del estudio. Durante el seguimiento a los 6 meses ambos grupos mejoran, con mayor pendiente del grupo experimental. Mientras que el grupo control sube en la medida postest se mantiene al finalizar el estudio con igual medida que al inicio. El grupo experimental mejora la medida al finalizar el estudio, constatando diferencias significativas en las comparaciones por pares.

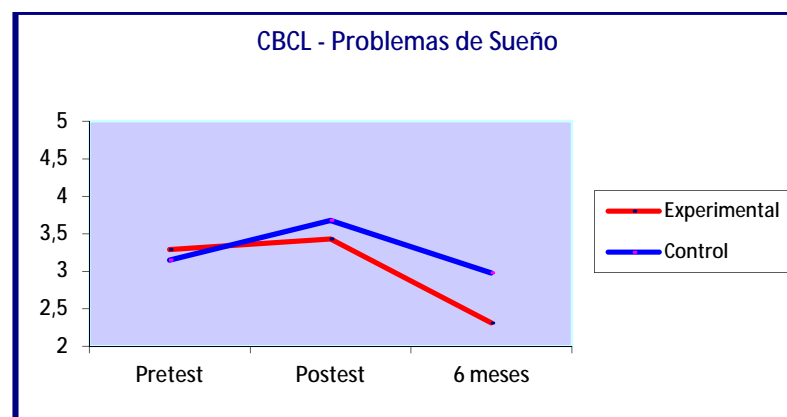


Figura 43. Puntuaciones en *Problemas de Sueño* de los grupos experimental y control en el pretest, postest y seguimiento a los seis meses (Escala Empírica).

En resumen, los problemas de sueño mejoraron en el grupo experimental. Los niños del programa familiar PEPA redujeron en el seguimiento un 7,14% la negativa para ir a la cama, dificultades para conciliar el sueño o pesadillas.

4.4.5.2. Diseño intragrupo

Los problemas de sueño disminuyeron significativamente a lo largo de las diferentes medidas del estudio. Entre el pretest y seguimiento a los seis meses ($t = 5,003$; $p < 0,001$; $d = 0,41$) y entre el pretest y el seguimiento a los doce meses ($t = 3,89$ $p < 0,001$; $d = 0,38$) la mejoría fue pequeña; entre el posttest y el seguimiento a los seis meses ($t = 5,20$; $p < 0,001$; $d = 0,43$); y el posttest y seguimiento a los doce meses ($t = 4,61$; $p < 0,001$; $d = 0,40$) el tamaño de la mejoría fue casi moderada.

En la figura 44 y en la tabla 49 se observa una mejora en el sueño en el seguimiento del programa familiar PEPA, siendo esta mejora a los seis meses estadísticamente significativo.

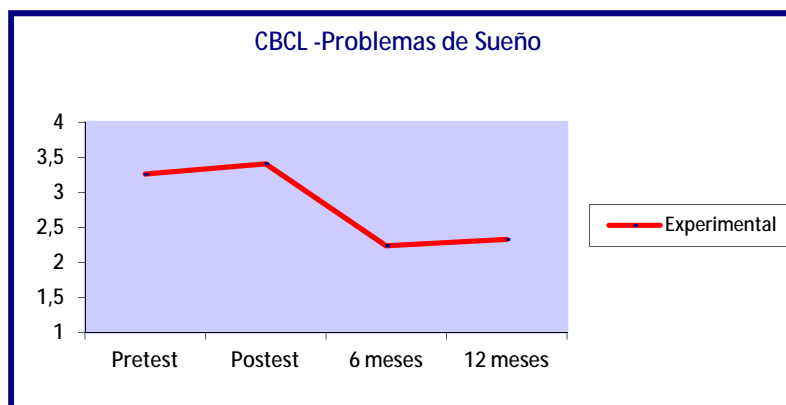


Figura 44. Puntuaciones en Problemas de Sueño del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses (Escala Empírica).

Se observa una disminución de la resistencia para ir a la cama, para conciliar o mantener el sueño a los seis meses de la finalización del programa, manteniéndose dicho cambio a los 12 meses.

4.4.6. Problemas de Atención

4.4.6.1. Diseño intergrupos

Se constató un efecto principal de la intervención alto $F_{(1, 210)} = 680,47$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,77$, con una disminución de los problemas de atención en los niños del programa familiar PEPA y un aumento en el grupo control

En la figura 45 y en la tabla 48 se puede ver como ambas líneas parten de medidas similares y se produce una evolución diferente en el grupo experimental durante el seguimiento.

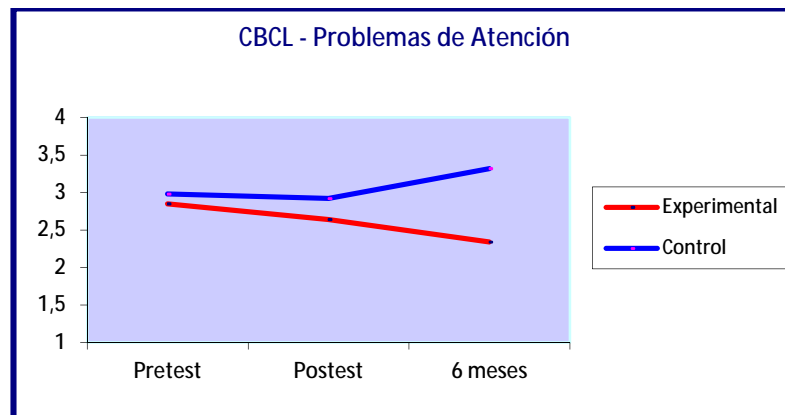


Figura 45. Puntuaciones en *Problemas de Atención* de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses (Escala Empírica).

En resumen, los problemas de atención, tales como mantener la concentración o mantenerse en una actividad mejoraron en los niños del programa familiar PEPA, con una reducción del 5,1% en el seguimiento. En el grupo control hubo un empeoramiento del 3,4% en dicho factor.

4.4.6.2. Diseño intragrupo

La atención aumentó significativamente a lo largo de las diferentes medidas del estudio. Entre el pretest y seguimiento a los seis meses ($t = 3,64$; $p < 0,001$; $d = 0,32$); entre el pretest y el seguimiento a los doce meses ($t = 4,84$; $p < 0,001$; $d = 0,40$); y el posttest y seguimiento a los doce meses ($t = 3,23$; $p = 0,002$; $d = 0,24$); todas de tamaño de mejoría pequeña.

En la figura 46 y en la tabla 49 se observa la disminución gradual de los problemas de atención durante el estudio, siendo este descenso en el seguimiento semestral y anual estadísticamente significativo.

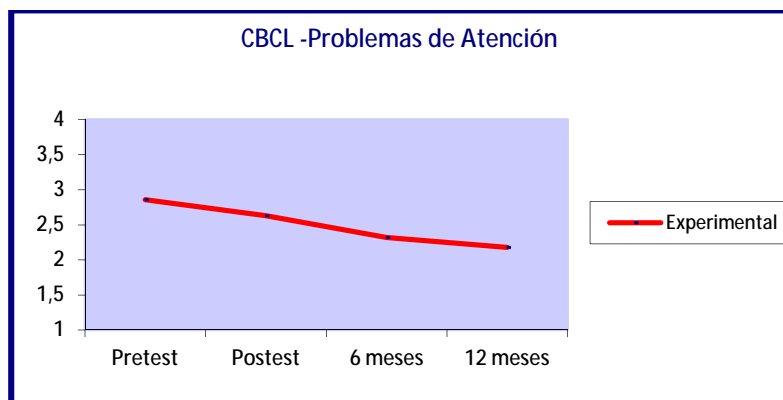


Figura 46. Puntuaciones en Problemas de Atención del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses (Escala Empírica).

Se puede decir que la capacidad para atender y estar quieto aumenta tras la aplicación del programa familiar y se mantiene en el tiempo.

4.4.7. Conducta Agresiva

4.4.7.1. Diseño intergrupos

Las conductas agresivas del grupo experimental disminuyeron en todas las medidas, no constatándose diferencias significativas en el grupo control. Se constató un efecto principal de la intervención grande $F_{(1, 210)} = 947,37; p < 0,001; \eta^2 = 0,82$.

En la figura 47 y en la tabla 48 se puede ver como las líneas de los grupos disminuyen en paralelo y se cruzan en el posttest, con un aumento en el grupo control y una disminución en el grupo experimental.

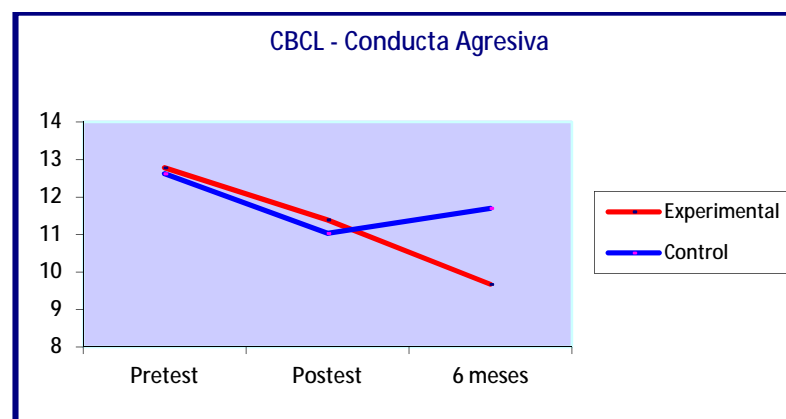


Figura 47. Puntuaciones en *Conducta Agresiva* de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses (Escala Empírica).

En resumen, en los niños del programa familiar PEPA se redujo la conducta agresiva en el seguimiento un 8,2% y en el grupo control se redujo un 2,4% en la misma medida.

4.4.7.2. Diseño intragrupo

Las conductas agresivas disminuyeron significativamente en todas las medidas del estudio. Destacamos entre el pretest y seguimiento a los seis meses ($t = 5,63$; $p < 0,001$; $d = 0,49$); entre el pretest y el seguimiento a los doce meses ($t = 6,52$; $p < 0,001$; $d = 0,58$); ambas de mejoría moderada. También se constata mejoría, de pequeño tamaño, entre el posttest y el seguimiento a los seis meses ($t = 2,73$; $p = 0,007$; $d = 0,29$); y el posttest y seguimiento a los doce meses ($t = 4,75$; $p < 0,001$; $d = 0,36$).

En la figura 48 y en la tabla 49 se observa el declive constante de las conductas agresivas tras finalizar el programa familiar PEPA, siendo este descenso en el posttest y seguimientos estadísticamente significativo.

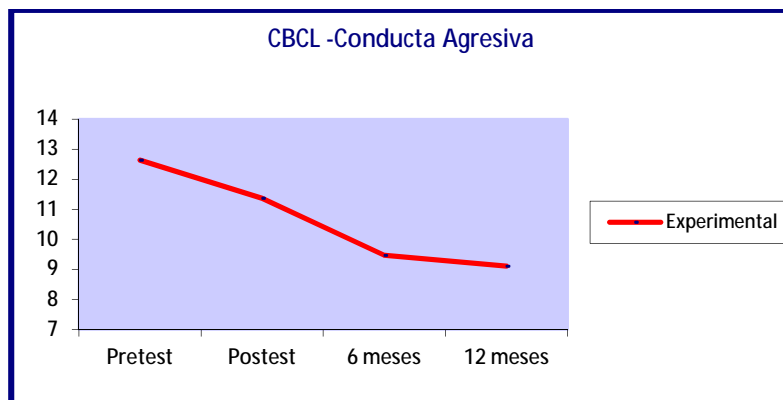


Figura 48. Puntuaciones en Conducta Agresiva del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses (Escala Empírica).

Se observa una disminución constante de las conductas agresivas en los niños del programa PEPA. Los problemas de impulsividad, desafío, desobediencia o de frustración produjeron mejoría en el grupo experimental a lo largo del estudio.

4.4.8. Otros Problemas

4.4.8.1. Diseño intergrupos

Se constató un efecto principal de la intervención grande $F_{(1, 210)} = 106,49$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,84$, esto es, otros problemas de conducta infantil disminuyeron en los niños del programa familiar PEPA y prácticamente se mantuvieron estables en el grupo control.

En la figura 49 y en la tabla 48 se puede ver como las líneas de los grupos se cruzan durante el seguimiento de los seis meses.

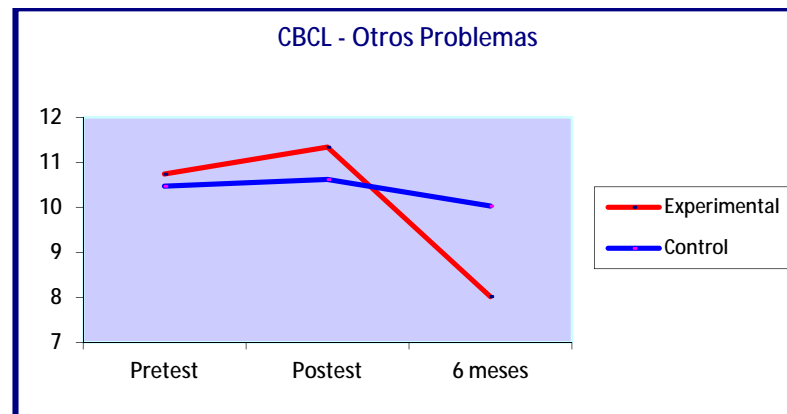


Figura 49. Puntuaciones en Otros Problemas de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses (Escala Empírica).

Hubo una reducción del 4,12% de dichas conductas de los niños del programa familiar PEPA en el seguimiento de los seis meses.

4.4.8.2. Diseño intragrupo

Se produjo diferencias entre las evaluaciones: los niños del programa familiar PEPA redujeron significativamente problemas infantiles desde su participación en el estudio hasta los seis meses ($t = 5,73$; $p < 0,001$; $d = 0,54$) y doce meses de seguimiento ($t = 5,27$; $p < 0,001$; $d = 0,53$), con un efecto moderado. Los datos de esa mejoría moderada se refleja también entre el postest y los seis meses ($t = 5,96$; $p < 0,001$; $d = 0,63$) y los doce meses ($t = 6,49$; $p < 0,001$; $d = 0,61$).

En la figura 50 y en la tabla 49 se observa la disminución de los problemas tras finalizar el programa familiar PEPA, siendo este descenso estadísticamente significativo.

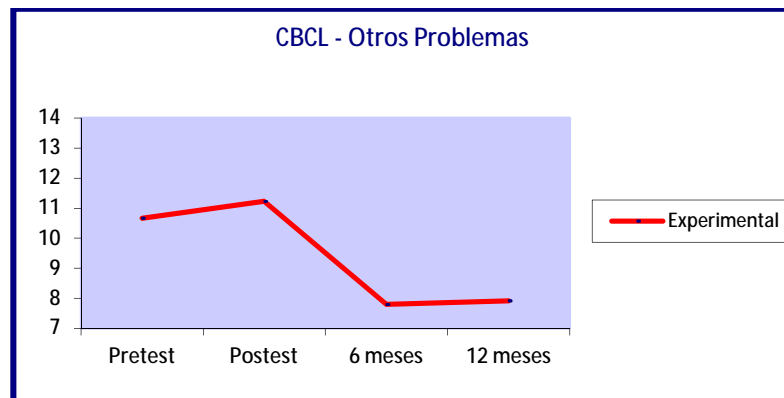


Figura 50. Puntuaciones en Otros Problemas del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses (Escala Empírica).

En resumen, otro tipo de problemas de la conducta infantil, como miedos, inseguridad, tics y/o rarezas, produjeron mejoría en el grupo experimental.

4.5. Perfil de Estilos Educativos (PEE-pd). Angela Magaz Lago y E.

Manuel García Pérez (1988).

Perfil de Estilos Educativos(PEE-pd)

Diseño intergrupos

En la tabla 50 se ofrece los resultados de la comparación de los grupos experimental y control con las puntuaciones del PEE-pd. Se destaca en sombreado azul los estadísticos descriptivos de ambos grupos en el pretest y en el seguimiento a los seis meses, por ser la comparación que ofrece mayor interés. Se presentan los resultados de los cuatro factores.

Diseño intragrupo

En la tabla 51 se ofrece los resultados de la comparación de los cuatro momentos de medida con el PEE-pd, esto es, pretest, posttest, seguimiento a los seis meses (medio plazo) y seguimiento a los doce meses (largo plazo), del grupo experimental. Se resalta en sombreado azul la comparación entre el pretest y el seguimiento al año, que es la más importante. Como en el apartado anterior se exponen los resultados de los cuatro factores.

Si se compara la tabla 51 con la anterior tabla 50 se observará pequeñas variaciones en las medias y desviaciones estándares del grupo experimental en el pretest, en el posttest y en el seguimiento. Esta discrepancia se explica porque los análisis del diseño intergrupos se han realizado con los 160 participantes que

completaron las tres evaluaciones (pretest, posttest, seguimiento a los seis meses), mientras que los del presente diseño intragrupo se han llevado a cabo con los 152 participantes que completaron las tres evaluaciones anteriores más la evaluación del seguimiento a los doce meses (véase la tabla 43 con los participantes perdidos).

Capítulo 4. Resultados

Tabla 50. Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del PEE-pd de los grupos experimental y control (diseño intergrupos)

Factor (rango)						
Experimental	Pretest	Postest	Seg. 6 meses	$F_{(1, 210)}$	p	η^2
Control	Pretest 1	Pretest 2	Pretest 3			
Sobreprotector(0-12)						
Experimental	3,96 (2,58)	4,04 (2,45)	3,83 (3,01)	685,25	< 0,001	0,80
Control	4,53 (2,71)	4,72 (2,46)	4,06 (3)			
Punitivo (0-12)						
Experimental	4,19 (1,72)	3,94 (1,94)	2,96 (2,16)	1.214,94	< 0,001	0,88
Control	5,04 (1,93)	5,12 (2,51)	4,42 (2,49)			
Inhibicionista (0-12)						
Experimental	3,53 (1,88)	3,09 (1,65)	2,83 (1,90)	1113,84	< 0,001	0,86
Control	2,90 (1,48)	3,13 (1,19)	3,23 (1,72)			
Asertivo(0-12)						
Experimental	9,39 (1,63)	10,71 (1,30)	11,36 (1,26)	21.028,75	< 0,001	0,99
Control	10,66 (0,76)	11,07 (0,88)	10,66 (0,93)			

Tabla 51. Media (desviación estándar) y estadísticos de los seis factores y las dos escalas totales del “Perfil de Estilos Educativos” (PEE-pd), **Angela Magaz Lago y E. Manuel García Pérez (1988)**, en los cuatro momentos de medida del grupo experimental

Factor (rango)	Pretest	Postest	Seg. 6 meses	Seg. 12 meses	$F_{(3, 453)}$	p	η^2
Sobreprotector(0-12)	3,99(2,68)	3,96(2,31)	3,82 (3,13)	3,18 (2,37)	2,98	< 0,05	0,03
Punitivo (0-12)	4,19 (1,72)	3,94(1,94)	2,96 (2,16)	3,26 (2,16)	15,27	< 0,001	0,12
Inhibicionista (0-12)	3,56 (1,85)	3,15 (1,68)	2,84 (1,94)	2,86 (1,53)	4,79	< 0,001	0,05
Asertivo(0-12)	9.50 (1,45)	10,81 (1,01)	11,36 (1,28)	11,48 (1,19)	94,96	< 0,001	0,46

4.5.1. Estilo Sobreprotector

4.5.1.1. Diseño intergrupos

Se constató un efecto principal de la intervención grande. El nivel de sobreprotección se mantuvo estable en los padres que recibieron el programa familiar PEPA a medio plazo, mientras que en el grupo control disminuyó levemente.

Se produjo una interacción grande de la intervención con los tres momentos de medida, $F_{(1, 210)} = 685,25$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,80$. En la figura 51 y en la tabla 50 se puede ver como las dos líneas van en paralelo durante el postest y durante el seguimiento semestral se mantiene estable en el grupo experimental y se reduce en el grupo control.

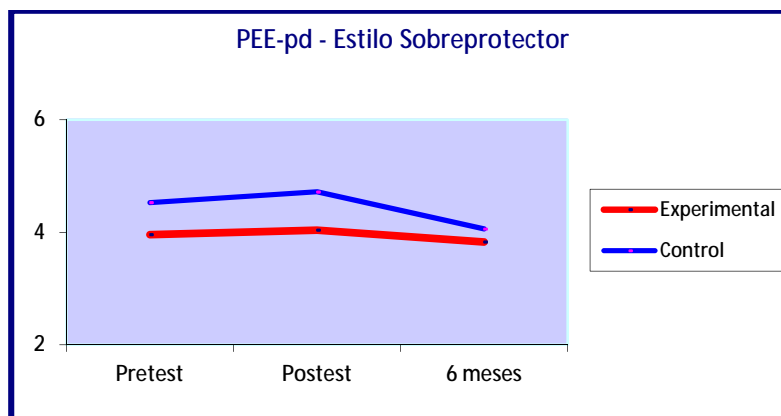


Figura 51. Puntuaciones en *Sobreprotector* de los grupos experimental y control en el pretest, postest y seguimiento a los seis meses.

En resumen, comparando ambos grupos, no se aprecian diferencias tras la aplicación del programa, aunque hay una tendencia durante el seguimiento, por parte del grupo control, a la mejora de la sobreprotección paterna.

4.5.1.2. Diseño intragrupo

Como se puede comprobar en la tabla 51 hubo diferencias entre los momentos de evaluación, en concreto, entre el pretest y el seguimiento a los doce meses ($t = 3,76$; $p < 0,001$; $d = 0,31$), de pequeño tamaño, y entre el posttest y el seguimiento a los doce meses ($t = 4,34$; $p < 0,001$; $d = 0,33$), y el seguimiento de los seis meses a los doce meses ($t = 2,32$; $p < 0,02$; $d = 0,23$), ambos de tamaño pequeño.

Como se aprecia en la figura 52, tras una medida estable a lo largo del estudio, el grado de sobreprotección de los padres disminuyó entre los seis y doce meses después de la conclusión del programa familiar PEPA.

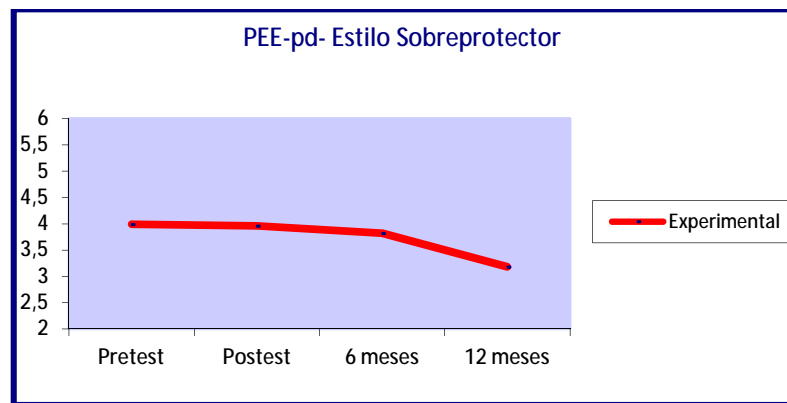


Figura 52. Puntuaciones en *Sobreprotección* del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses

Por tanto, el estilo sobreprotector de los padres no varía tras la aplicación del programa familiar, aunque hay una pequeña disminución significativa al año.

4.5.2. Estilo Punitivo

4.5.2.1. Diseño intergrupos

Hay un efecto principal de la intervención grande, $F_{(1, 210)} = 1.214,94$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,88$, donde se constata una disminución mayor del estilo punitivo entre los padres que participaron que los que no participaron en el programa.

En la figura 53 y en la tabla 50 se puede ver como las líneas de los grupos van casi en paralelo durante el estudio, con mayor pendiente en el grupo experimental.

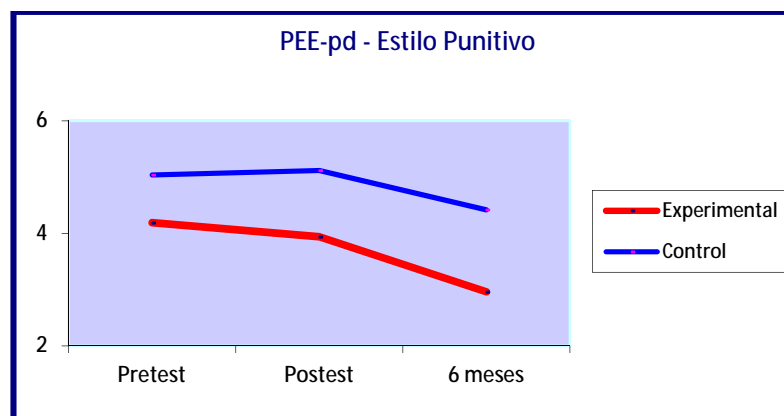


Figura 53. Puntuaciones en *Punitivo* de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses.

Se puede afirmar que el grupo experimental redujo un 10,25% la educación crítica de los padres durante el estudio, mientras que el grupo control sólo se redujo un 5,17%.

4.5.2.2. Diseño intragrupo

De acuerdo con los datos de la tabla 51 se produjo diferencias entre las evaluaciones: tras una ligera reducción en el posttest, se produce una disminución significativa, de tamaño mediano, entre el pretest y el seguimiento semestral ($t = 5,41$; $p < 0,001$; $d = 0,63$) y entre el pretest y doce meses, también de tamaño mediano ($t = 4,01$; $p < 0,001$; $d = 0,48$). Se mantiene el mismo tamaño de mejora del post a los doce meses ($t = 2,67$; $p = 0,01$; $d = 0,48$).

En la figura 54 y en la tabla 51 se observa una ligera disminución en el posttest, seguido de una mejoría a los seis meses, que no se mantiene al año.

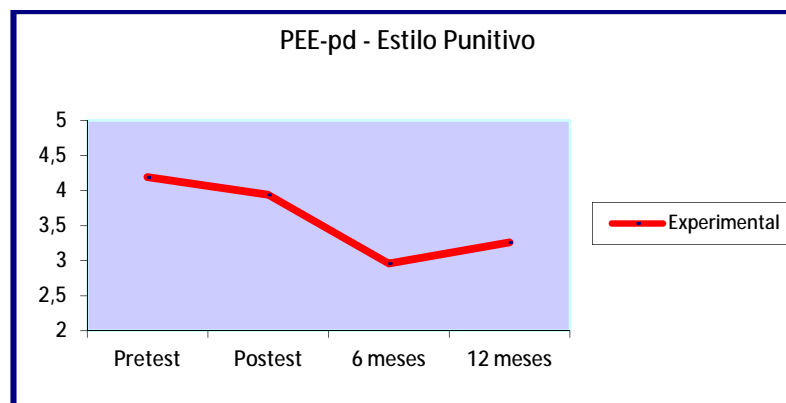


Figura 54. Puntuaciones en *Punitivo* del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses

En resumen, las críticas, castigos y exigencias presentan variaciones a lo largo del estudio en el grupo experimental, disminuyendo en los padres la tendencia punitiva a solucionar problemas de conducta hasta los seis meses, con repunte en el seguimiento anual.

4.5.3. Estilo Inhibicionista

4.5.3.1. Diseño intergrupos

Se produjo una interacción de la intervención de tamaño grande con los momentos de medida, $F_{(1, 210)} = 1113,84$; $p < 0,01$; $\eta^2 = 0,86$. En la figura 55 y en la tabla 50 se puede ver como las líneas de los grupos se cruzan durante el posttest, con una pauta de descenso del grupo experimental desde el inicio hasta el seguimiento semestral. El grupo control lleva la pauta contraria, con un ascenso gradual desde el inicio hasta el seguimiento semestral.

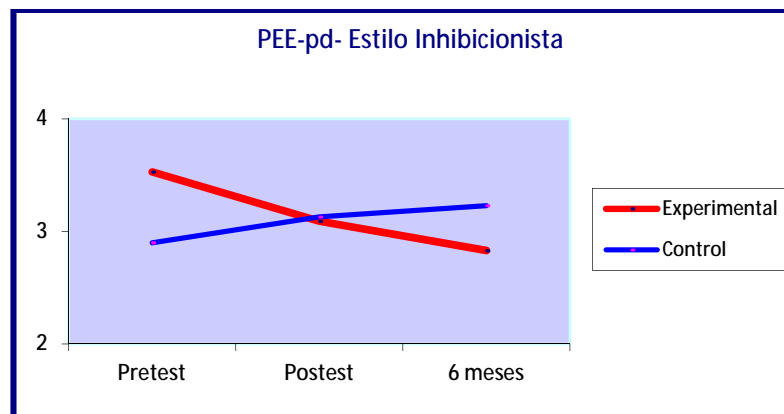


Figura 55. Puntuaciones en Inhibicionismo de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses

En definitiva, el estilo inhibicionista de los padres disminuyó un 5,83% en el grupo experimental, mientras que en el grupo control aumentó un 2,5%.

4.5.3.2. Diseño intragrupo

Al comparar el pretest con el seguimiento semestral se constata un descenso, de tamaño pequeño ($t = 3,40$; $p < 0,001$; $d = 0,38$) y de igual tamaño a los doce meses ($t = 3,61$; $p < 0,001$; $d = 0,41$). El mismo efecto de tamaño ocurre entre posttest y seguimientos.

En la figura 56 se observa una disminución estadísticamente significativa en el posttest, seguido de otro descenso similar a los seis meses que se mantiene al año.

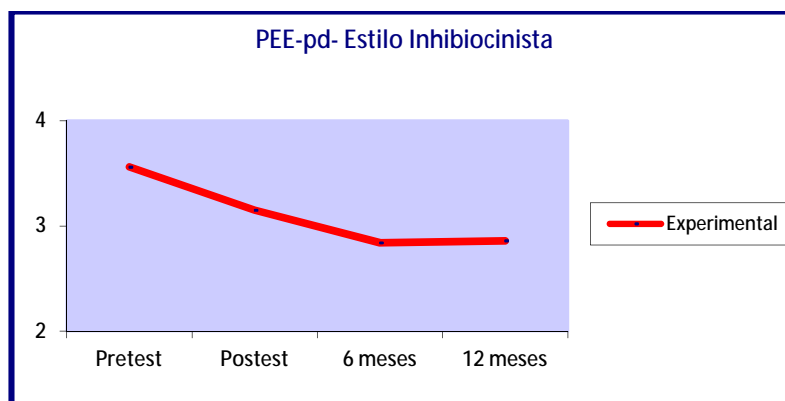


Figura 56. Puntuaciones en *Inhibicionista* del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses.

Por tanto, la falta de apoyo, de límites y de afecto disminuye a lo largo del estudio, con una mejora de dichos apoyos en la educación de los hijos por parte de los padres que participaron en el programa.

4.5.4. Estilo Asertivo

4.5.4.1. Diseño intergrupos

Aumenta el estilo asertivo a lo largo del estudio en el grupo experimental y se mantiene en los controles. Se produjo interacción de tamaño *grande* con los momentos de *medida* $F_{(1, 210)} = 21.028,75 ; p < 0,01; \eta^2 = 0,99$. En la figura 57 y en la tabla 50 se puede ver como las líneas de los grupos se cruzan al finalizar el programa y mantienen direcciones opuestas durante el seguimiento.

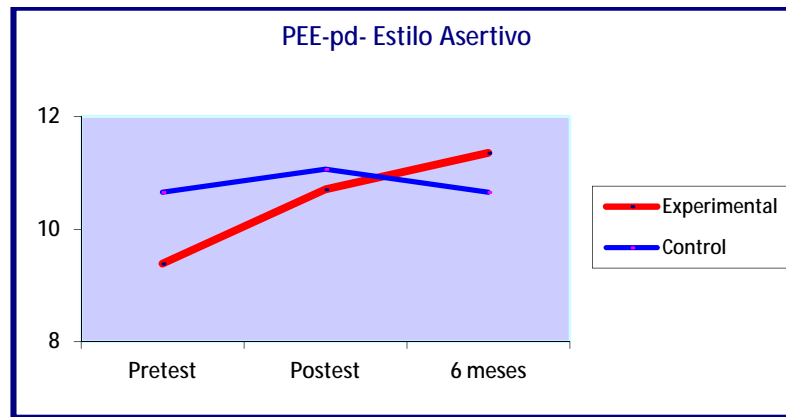


Figura 57. Puntuaciones en *Asertivo* de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses.

En resumen, el estilo educativo de los padres a la hora de educar, equilibrando afecto y normas aumenta de manera considerable en todas las medidas del grupo experimental, con una mejora al finalizar el estudio del 16,42%. No se constata ninguna mejoría en el grupo control.

4.5.4.2. Diseño intragrupo

Se constató diferencias significativas con respecto a las medidas. Las comparaciones de Bonferroni encontraron diferencias, todas de tamaño grande, a excepción entre pretest-posttest; entre pretest y seguimiento semestral ($t = -13,05$; $p < 0,001$; $d = 1,36$); y entre el pretest y seguimiento anual ($t = -15,01$; $p < 0,001$; $d = 1,49$). En el posttest, las diferencias son de tamaño mediano

En la figura 58 y en la tabla 51 se aprecia un aumento significativo en las medidas del estilo Asertivo a lo largo del estudio.

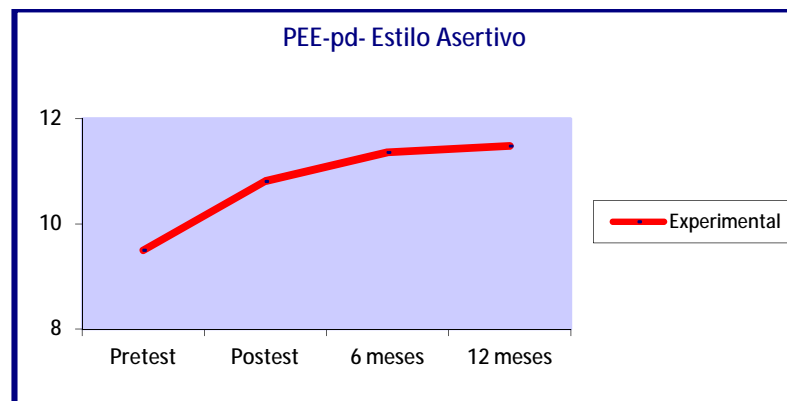


Figura 58. Puntuaciones en *Asertivo* del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses.

Se puede concluir que los padres que participaron en el programa familiar aprendieron formas más adecuadas de actuar ante situaciones cotidianas del hijo, resolviendo los problemas de manera más equilibrada, con afectos y normas claras.

4.6. Inventario de Depresión. (Aaron T. Beck, 1979)

"Beck Depression Inventory" (BDI)

Diseño intergrupos

En la tabla 52 se ofrece los resultados de la comparación de los grupos experimental y control con las puntuaciones del BDI. Se destaca en sombreado azul los estadísticos descriptivos de ambos grupos en el pretest y en el seguimiento a los seis meses, por ser la comparación que ofrece mayor interés. Se presentan los resultados de los dos factores, cognitivo-afectivo y somático; y una puntuación total.

Diseño intragrupo

En la tabla 53 se ofrece los resultados de la comparación de los cuatro momentos de medida con el BDI, esto es, pretest, posttest, seguimiento a los seis meses (medio plazo) y seguimiento a los doce meses (largo plazo), del grupo experimental. Se resalta en sombreado azul la comparación entre el pretest y el seguimiento al año, que es la más importante.

Si se compara la tabla 53 con la anterior tabla 52 se observará pequeñas variaciones en las medias y desviaciones estándares del grupo experimental en el pretest, en el posttest y en el seguimiento. Esta discrepancia se explica porque los análisis del diseño intergrupos se han realizado con los 160 participantes que completaron las tres evaluaciones (pretest, posttest, seguimiento a los seis meses), mientras que los del presente diseño intragrupo se han llevado a cabo con los 152 participantes que completaron las tres evaluaciones anteriores más la evaluación del seguimiento a los doce meses (véase la tabla 43 con los participantes perdidos).

Capítulo 4. Resultados

Tabla 52. Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del BDI “ Beck Depression Inventory” Aaron T Beck (1979) de los grupos experimental y control (diseño intergrupos)

Factor (rango)	Pretest	Postest	Seg. 6 meses	$F_{(1, 210)}$	p	η^2
Experimental	Pretest 1	Pretest 2	Pretest 3			
Control						
Cognitivo –Afectivo (0- 48)						
Experimental	3,77 (4)	3,65 (4,95)	2,44 (5,19)	220,75	< 0,001	0,52
Control	3,75 (4,47)	3,87 (2,96)	3,92 (3,16)			
Somático(0- 15)						
Experimental	1,32 (1,17)	1,07 (1,35)	1,09 (1,39)	319,79	< 0,001	0,61
Control	1,30 (1,23)	1,38 (1,38)	1,28(1,35)			
Total (rango)						
Total Depresión (0- 63)						
Experimental	5,09 (4,63)	4,72 (5,73)	3,53 (6,12)	284,81	< 0,001	0,59
Control	5,06 (5,42)	5,25 (3,26)	5,19 (4,11)			

Tabla 53. Media (desviación estándar) y estadísticos de los cinco factores del “Inventario BDI “Beck Depression Inventory.” Aaron T. Beck (1979), en los cuatro momentos de medida del grupo experimental (diseño intragrupo)

Factor (rango)	Pretest	Postest	Seg. 6 meses	Seg. 12 meses	$F_{(3, 453)}$	p	η^2
Cognitivo-Afectivo (0-48)	3,73 (4,10)	3,56(5,07)	2,27 (5,11)	2,46 (4,21)	2,14	0,01	0,02
Somático (0-15))	1,29(1,15)	1,02 (1,30)	1,11 (1,43)	0,94 (1,40)	0,34	0,80	0,001
Total factores (rango)							
Total Depresión (0-63)	5,02 (4,78)	4,57 (5,81)	3,38(6,09)	3,39 (5,24)	4,33	0,04	0,03

4.6.1. Cognitivo- Afectivo

4.6.1.1. Diseño intergrupos

Se constató un efecto principal de la intervención, es decir, el estado afectivo negativo disminuyó significativamente sólo en los padres que recibieron el programa familiar PEPA. Por otro lado, se produjo una interacción, de efecto mediano, de la intervención con los tres momentos de medida $F_{(1, 210)} = 220,75$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,52$. En la figura 59 y en la tabla 52 se puede ver como se cruzan las líneas de los grupos al inicio del estudio y disminuye durante el seguimiento en el grupo experimental.

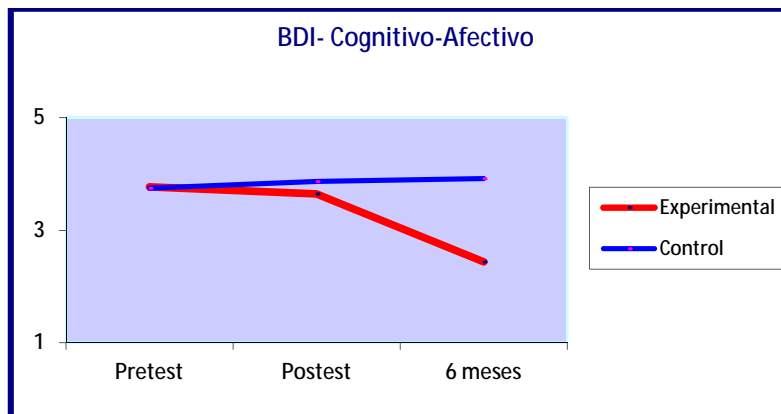


Figura 59. Puntuaciones en *Cognitivo- Afectivo* de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses.

El estado afectivo de los padres que participaron en el programa familiar, sin sintomatología depresiva previa, mejoró con respecto al grupo control, que se mantuvo invariable.

4.6.1.2. Diseño intragrupo

El método Bonferroni de ajuste para comparaciones múltiples pone de relieve diferencias significativas en el grupo experimental entre las medias diferencias entre los momentos de evaluación, en concreto, entre el pretest y los seguimientos a los seis y doce (medio y largo plazo), ($t = 3,12$; $p = 0,002$; $d = 0,29$) y ($t = 3,07$; $p = 0,003$; $d = 0,24$), ambos de tamaño pequeño. No hubo diferencias significativas entre el pretest y el posttest.

Como se aprecia en la figura 60 y en la tabla 53, el estado afectivo de los padres no varió sustancialmente tras el programa PEPA, aunque hubo mejoría a medio y largo plazo, en el seguimiento a los seis y doce meses.

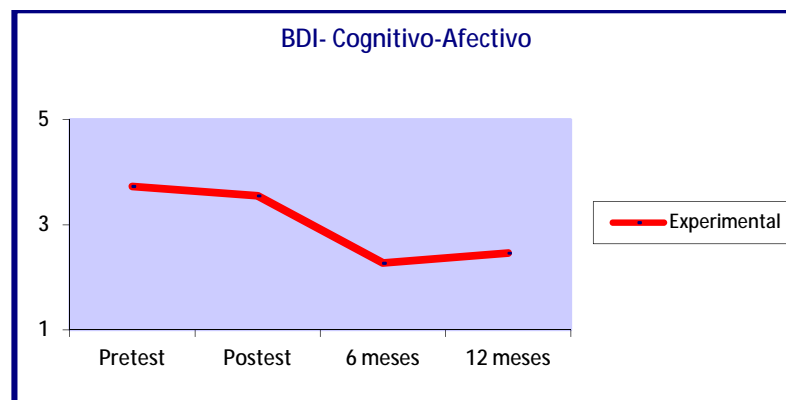


Figura 60. Puntuaciones en *Cognitivo-Afectivo* del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses.

Se constata que los padres del grupo experimental mejoran con un tamaño pequeño por la inexistencia de problemas afectivos previo al estudio. Se reduce a medio y largo plazo el pesimismo, el sentimiento de culpa, de insatisfacción o de fracaso.

4.6.2. Somático

4.6.2.1. Diseño intergrupos

La prueba de efecto principal constata una disminución mediana en la intervención $F_{(1, 210)} = 319,79$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,61$. La estabilidad en quejas somáticas, pérdida de apetito, disminución de la libido o trastornos del sueño, se mantiene en todos los momentos medidos en ambos grupos, experimental y control, aunque la puntuación en la prueba no es sintomática.

Se produjo interacción con los tres momentos de medida. En la figura 61 y en la tabla 52 se puede ver como las líneas de los grupos se cruzan al inicio, con tendencia a cruzarse en el tiempo.

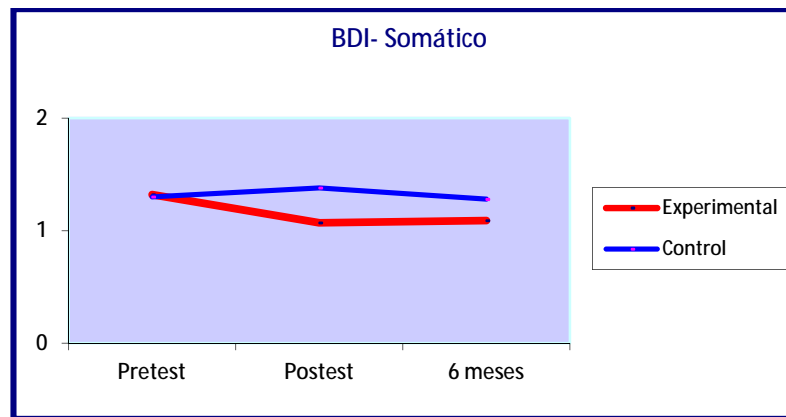


Figura 61. Puntuaciones en *Somático* de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses.

En resumen, los problemas somáticos, sin sintomatología depresiva, produjeron cambios pequeños en los padres del grupo experimental.

4.6.2.2. Diseño intragrupo

El método Bonferroni de ajuste para comparaciones múltiples revela diferencias significativas en el grupo experimental, todas de tamaño pequeño, entre las medias del pretest y posttest ($t = 1,87$; $p = 0,06$; $d = 0,20$); del pretest y seguimiento a los doce meses ($t = 2,70$; $p = 0,009$; $d = 0,27$).

De acuerdo con los datos de la tabla 53 se produjo diferencias entre las evaluaciones, constatando en la figura 62 una leve disminución en las puntuaciones de las medidas.

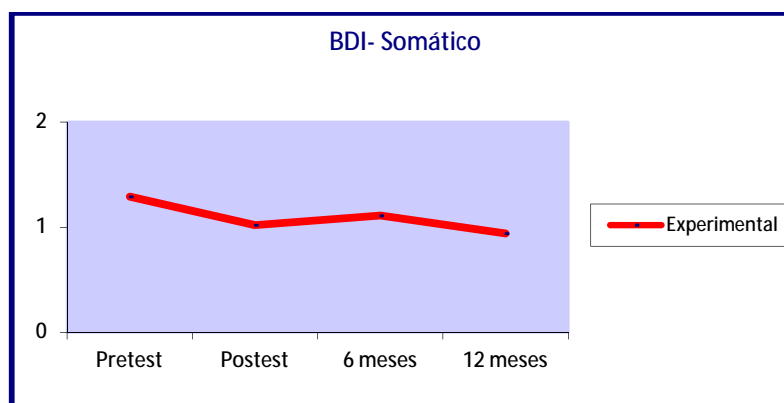


Figura 62. Puntuaciones en *Somático* del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses.

Como se aprecia en la figura 62 los padres mejoran a lo largo del estudio. Sin sintomatología previa al estudio, se aprecia durante el seguimiento una disminución de problemas de sueño, de apetito, de la libido o de hipocondría por parte de los padres.

4.6.3. Total Depresión

4.6.3.1. Diseño intergrupos

Se constata un efecto de la interacción de tamaño mediano $F_{(1, 210)} = 284,81$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,59$ Los padres que participaron en el programa familiar PEPA redujeron significativamente durante el seguimiento su puntuación total en el inventario de depresión.

Ninguno de los dos grupos, experimental y control, presenta, por parte de los padres, en ninguna medida sintomatología depresiva. Durante el estudio se produce una disminución del estado depresivo en el grupo experimental y un ligero aumento del mismo en el grupo control.

En la figura 63 y en la tabla 52 se puede ver como las líneas de los grupos tienden a cruzarse al inicio del estudio y con el tiempo se establece una interacción, de tamaño mediano, entre ambos grupos.

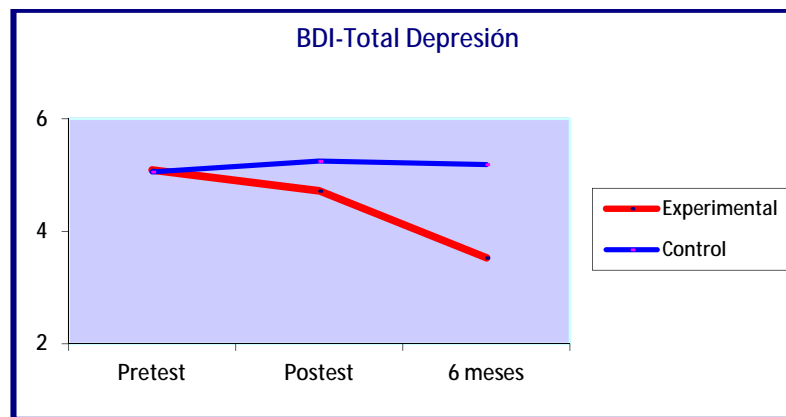


Figura 63. Puntuaciones en Total Depresión de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses.

En definitiva, el estado depresivo se redujo tras la intervención y seguimiento en el grupo experimental, mientras que en el grupo control se mantuvo en el tiempo.

4.6.3.2. Diseño intragrupo

El ajuste Bonferroni para comparaciones múltiples halló diferencias en el grupo experimental entre las medidas del pretest y los seguimientos a los seis y doce meses. Al comparar ambas medidas, la magnitud de las mejoras es de tamaño pequeño, ($t = 3,11$; $p = 0,002$; $d = 0,30$); ($t = 3,27$; $p = 0,001$; $d = 0,33$). Del mismo modo, se aprecia una pequeña mejoría al comparar el posttest con los seguimientos semestral y anual, ($t = 1,97$; $p = 0,05$; $d = 0,20$); ($t = 2,57$; $p = 0,01$; $d = 0,21$).

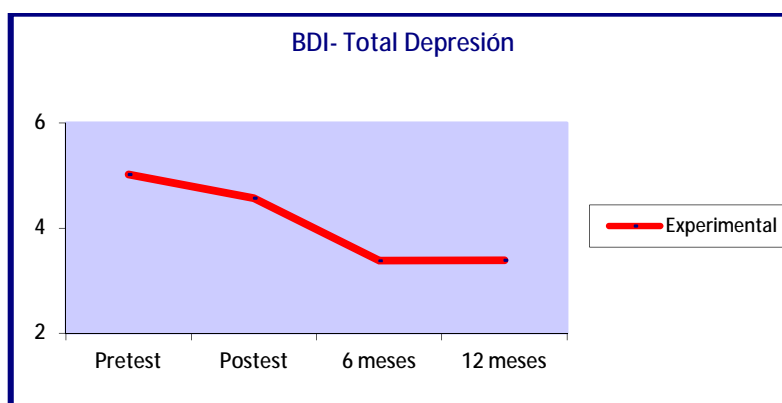


Figura 64. Puntuaciones en *Total Depresión* del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses.

En la figura 64 y en la tabla 53 se observa un descenso gradual tras el estudio y a lo largo de los seguimientos. Se puede constatar que tras la intervención del programa familiar PEPA, el bienestar afectivo de los padres aumenta y sigue mejorando a largo plazo.

4.7. Resultados Escala de Ajuste Diádico (EAD). Spanier, Graham B. (1976). Adaptación española Cáceres, J(1996) . Dyadic Adjustment Scale (DAS)

Diseño intergrupos

En la tabla 54 se ofrece los resultados de la comparación de los grupos experimental y control con las puntuaciones del DAS. Se destaca en sombreado azul los estadísticos descriptivos de ambos grupos en el pretest y en el seguimiento a los seis meses, por ser la comparación que ofrece mayor interés. En primer lugar se presenta los resultados de los cuatro factores y a continuación la puntuación total.

Diseño intragrupo

En la tabla 55 se ofrece los resultados de la comparación de los cuatro momentos de medida con el DAS, esto es, pretest, posttest, seguimiento a los seis meses (medio plazo) y seguimiento a los doce meses (largo plazo), del grupo experimental. Se resalta en sombreado azul la comparación entre el pretest y el seguimiento al año, que es la más importante. Como en el apartado anterior se expone primero los resultados de los cuatro factores y finalmente la puntuación total.

Si se compara la tabla 55 con la anterior tabla 54 se observará pequeñas variaciones en las medias y desviaciones estándares del grupo experimental en el pretest, en el posttest y en el seguimiento. Esta discrepancia se explica porque los análisis del diseño intergrupos se han realizado con los 160 participantes que completaron las tres evaluaciones (pretest, posttest, seguimiento a los seis meses), mientras que los del presente diseño intragrupo se han llevado a cabo con los 152 participantes que completaron las tres evaluaciones anteriores más la evaluación del seguimiento a los doce meses (véase la tabla 43 con los participantes perdidos).

Capítulo 4. Resultados

Tabla 54. Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del DAS de los grupos experimental y control (diseño interg

Factor (rango) Experimental Control	Pretest Pretest 1	Postest Pretest 2	Seg. 6 meses Pretest 3	$F_{(1, 210)}$	p	η^2
Consenso (0-65)						
Experimental	51,05 (7,05)	49,98 (8,27)	56,77 (8,31)	9.093,24	< 0,001	0,98
Control	50,57 (8,46)	52,23 (7,65)	52,37 (8,50)			
Afectividad (0-12)						
Experimental	8,42 (2,30)	8,42 (2,56)	9,10 (2,43)	3.492,90	< 0,001	0,95
Control	9,20 (1,97)	8,87 (1,84)	9,03 (1,83)			
Satisfacción (0-50)						
Experimental	31,39 (6,38)	32,50 (5,33)	35,79 (6,87)	7.227,03	< 0,001	0,98
Control	34,20 (4)	33,73 (3,54)	34,10 (4,53)			
Cohesión (0-24)						
Experimental	13,64 (4,87)	12,91 (4,62)	13,85 (4,68)	2.079,04	< 0,001	0,92
Control	14,57 (4,85)	15,23 (3,66)	14,70 (5,24)			
Total Ajuste Diádico (0-151)						
Experimental	104,45 (15,72)	103,83 (16,50)	115,38 (17,08)	9.013,25	< 0,001	0,98
Control	108,53 (16,61)	110,07 (13,13)	110,20 (16,17)			

Tabla 55. Media (desviación estándar) y estadísticos de los cuatro factores y la escala total del “Escala de Ajuste Diádico. (Spanier, 1985, 1976), en los cuatro momentos de medida del grupo experimental (diseño intragrupo)

Factor (rango)	Pretest	Postest	Seg. 6 meses	Seg. 12 meses	$F_{(3, 453)}$	p	η^2
Consenso (0-65)	51,21 (6,97)	50,34 (7,89)	57,25 (7,90)	58,10 (7,59)	76,96	<0,001	0,42
Afectividad (0-12)	8,49 (2,28)	8,55 (2,46)	9,28 (2,34)	9,24 (2,17)	8,51	<0,001	0,08
Satisfacción(0-50)	31,55 (6,32)	32,69 (5,02)	35,89 (7,04)	36,65 (6,40)	53,80	<0,001	0,34
Cohesión (0-24)	13,74 (4,89)	13,09 (4,45)	14,14 (4,64)	13,79 (5,10)	1,82	0,14	0,02
Total (rango)							
Total (0-151)	104,95(15,43)	104,70(15,22)	116,43(16,65)	117,66(16,63)	69,91	<0,001	0,40

4.7.1. Consenso

4.7.1.1. Diseño intergrupos

Se constató un efecto principal de la intervención grande, es decir, el nivel de consenso diádico aumentó significativamente en los padres que recibieron el programa familiar PEPA, mientras que se mantuvo casi estable en los controles de la lista de espera. Por otro lado, se produjo un efecto de la interacción con los tres momentos de medida, $F_{(1, 210)} = 9.093,24$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,98$.

En la figura 65 y en la tabla 54 se puede ver como se cruzan las líneas de los grupos. Inician en el mismo punto, pero el grupo experimental disminuye un poco en el postest y sigue con un aumento significativo a los seis meses, mientras que el grupo control aumenta ligeramente en el postest y se mantiene invariable durante el seguimiento.

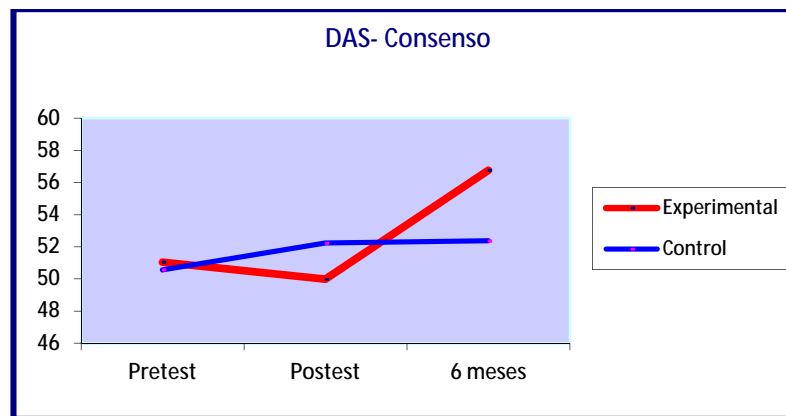


Figura 65. Puntuaciones en *Consenso* de los grupos experimental y control en el pretest, postest y seguimiento a los seis meses.

En resumen, los padres que participaron en el programa familiar PEPA aumentó en un 9% el grado de acuerdo entre la pareja durante el seguimiento.

4.7.1.2. Diseño intragrupo

Como se puede comprobar en la tabla 55 y en la figura 66 hubo diferencias entre los momentos de evaluación, en concreto, entre el pretest y los seguimientos a los seis ($t = 2,25$; $p < 0,03$; $d = 0,81$) y doce meses ($t = 0,70$; $p < 0,5$; $d = 0,95$), ambos de tamaño grande, y entre el posttest y los seguimientos a los seis ($t = 0,13$; $p = 0,9$; $d = 0,88$) y doce meses ($t = 0,80$; $p < 0,5$; $d = 1$), ambas también de tamaño grande.

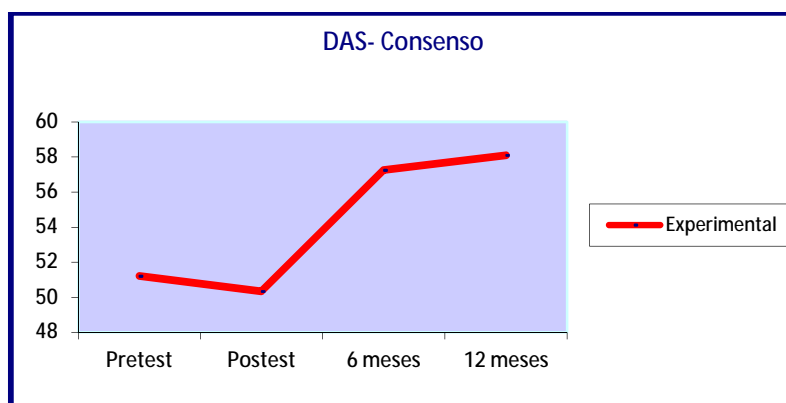


Figura 66. Puntuaciones en DAS *Consenso* del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses

Los resultados indican que en aspectos importantes en la relación, tales como tareas domésticas, actividades de ocio, objetivos y toma de decisiones importantes, el grado de consenso aumentó considerablemente a los seis y doce meses después de la conclusión del programa familiar PEPA.

4.7.2. Afectividad

4.7.2.1. Diseño intergrupos

Se constata un efecto principal de la intervención grande. La afectividad conyugal aumentó significativamente en el seguimiento en todos los padres del programa familiar PEPA, con un ligero descenso en los que no recibieron el programa. Se produjo interacción con los tres momentos de medida $F_{(1, 210)} = 3.492,90$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,95$. En la figura 67 y en la tabla 54 se puede ver como las líneas de los grupos se cruzan en el seguimiento a los 6 meses, con un aumento de la afectividad en el grupo experimental.

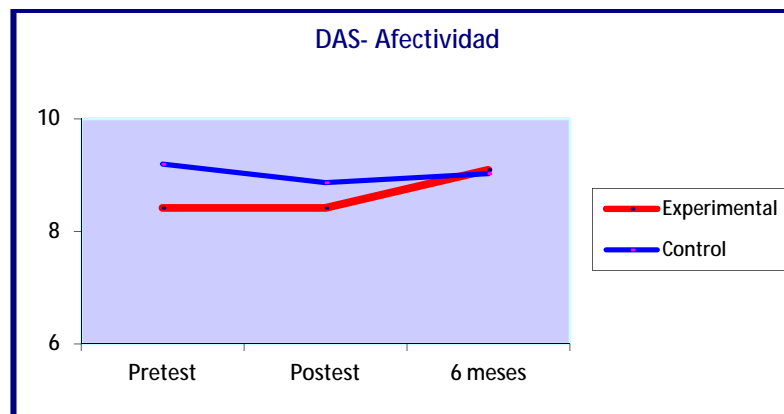


Figura 67. Puntuaciones en *Afectividad* de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses.

En resumen, el grado en que la pareja está satisfecha con la expresión de afecto dentro de la relación y con la satisfacción que deriva de la relación sexual aumentó significativamente en el grupo experimental un 6% en el seguimiento a los seis meses,

4.7.2.2. Diseño intragrupo

De acuerdo con los datos de la tabla 55 se produjo diferencias entre las evaluaciones: los padres del programa familiar PEPA aumentaron significativamente su afectividad, con un tamaño pequeño, en los seguimientos a los seis ($t = 3,51$; $p < 0,001$; $d = 0,34$) y doce meses ($t = 3,59$; $p < 0,001$; $d = 0,35$). Resultados similares entre el postest y los dos seguimientos. En la figura 68 se observa una pequeña mejoría a los seis meses que se mantiene al año.

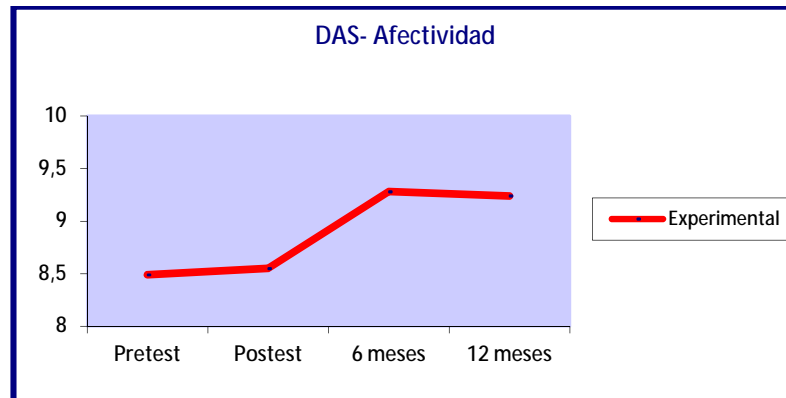


Figura 68. Puntuaciones en *DAS Afectividad* del grupo experimental en el pretest, postest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses

Se puede decir que la expresión de afecto entre la pareja aumentó en los padres que participaron en el estudio a los 6 meses, manteniendo dicha satisfacción a los 12 meses.

4.7.3. Satisfacción

4.7.3.1. Diseño intergrupos

Se constata un efecto principal de la intervención grande. El programa familiar PEPA consiguió aumentar significativamente la satisfacción marital a los seis meses en comparación con el grupo de control que permaneció igual. También se produjo un efecto de la interacción con los momentos de medida $F_{(1, 210)} = 7.227,03$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,98$.

En la figura 69 y en la tabla 54 se puede ver como las líneas de los grupos tienden a encontrarse a lo largo del seguimiento, con un aumento progresivo del grupo experimental.

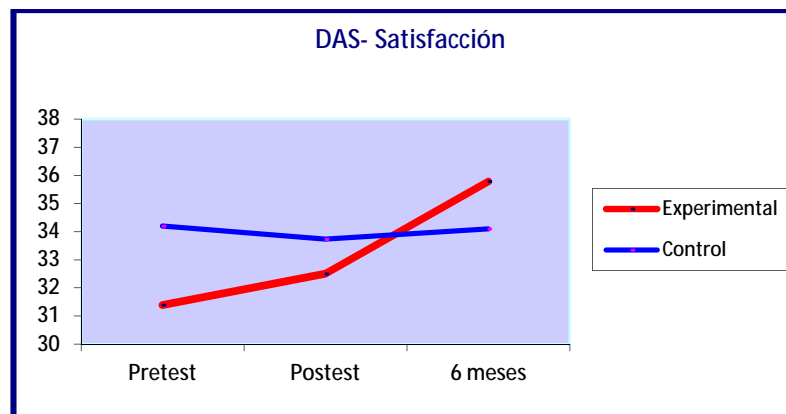


Figura 69. Puntuaciones en *Satisfacción* de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses

En definitiva, el grado de satisfacción de la pareja en relación a su momento presente y su grado de compromiso a continuar con dicha relación aumentó un 9% a los seis meses de participar en el programa familiar para reducir la desobediencia.

4.7.3.2. Diseño intragrupo

Al comparar el pretest con los seguimientos se puso de relieve que el programa familiar PEPA es eficaz para aumentar la satisfacción marital, tanto a los seis ($t = 11,57$ $p < 0,001$; $d = 0,65$), como a los doce meses ($t = 9,48$; $p < 0,001$; $d = 0,80$). Las mejoras a medio y largo plazo fueron de tamaño grande. Se constata una mejora moderada ente las medidas del posttest con los seguimientos a los seis ($t = -7,24$; $p < 0,001$; $d = 0,52$) y una gran mejoría a los doce meses ($t = 7,89$; $p < 0,001$; $d = 0,69$). En la figura 70 y en la tabla 55 se observa un aumento estadísticamente insignificante en el posttest, seguido de una mejoría a los seis meses que continúa al año.

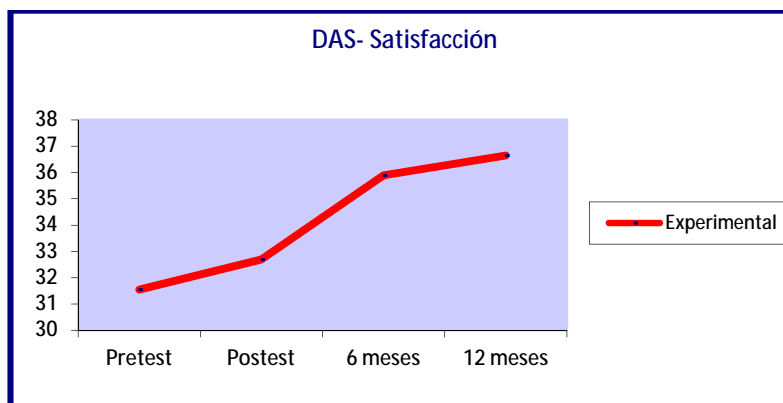


Figura 70. Puntuaciones en *DAS Satisfacción* del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses

Por tanto, los resultados del factor de satisfacción de la escala de ajuste diádico reflejan un aumento gradual del compromiso de la relación de pareja tras la intervención y en sus dos seguimientos, semestral y anual.

4.7.4. Cohesión

4.7.4.1. Diseño intergrupos

Se constata un efecto principal de la intervención grande. Los padres del grupo experimental aumentaron la cohesión de la pareja a los seis meses, con disminución del grupo control, llegando ambos grupos durante el seguimiento a la misma medida de inicio. Se produjo interacción con los momentos de medida $F_{(1, 210)} = 2.079,04$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,92$. En la figura 71 y en la tabla 54 se puede ver como las líneas de los grupos mantienen una pauta diferente a lo largo del estudio.

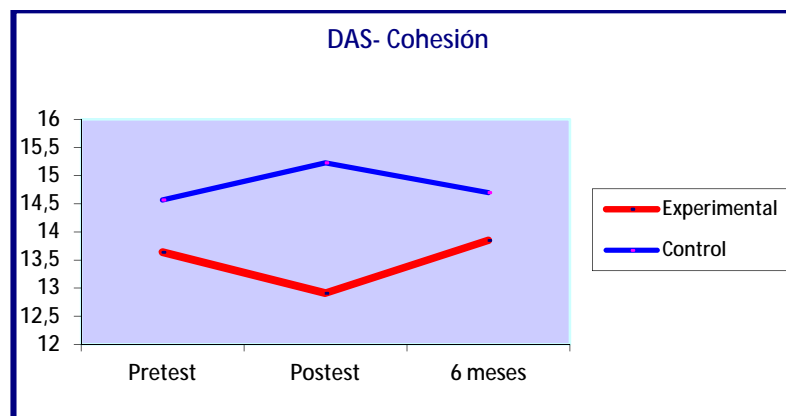


Figura 71. Puntuaciones en *Cohesión* de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses.

En resumen, el grado en que la pareja se implica en actividades conjuntas varió muy poco, con mejora del 1% a los seis meses en los padres que participaron en el programa.

4.7.4.2. Diseño intragrupo

Se constató diferencias significativas con respecto al posttest en el seguimiento a los seis meses ($t = 2,13$; $p < 0,05$; $d = 0,23$). La magnitud de esta mejora a medio plazo fue baja.

En la figura 72 y en la tabla 55 se aprecia una disminución de la cohesión marital en el posttest y una mejoría estadísticamente significativa a los seis y doce meses.

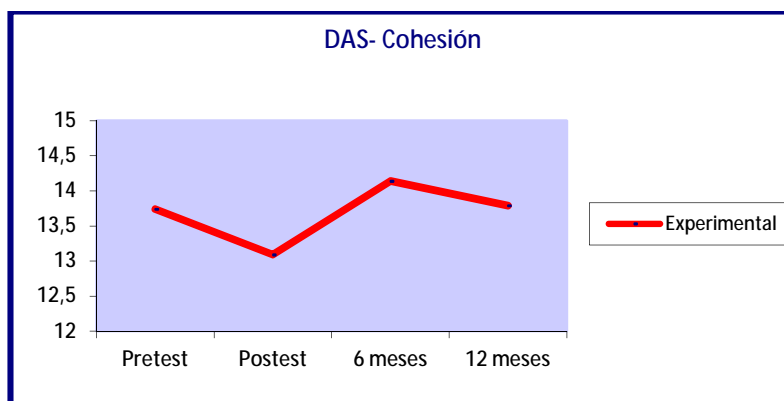


Figura 72. Puntuaciones en *DAS Cohesión* del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses

Por tanto, se puede constatar que el grado de cohesión entre los padres mejoró durante el seguimiento a los seis meses.

4.7.5. Total Ajuste Diádico

4.7.5.1. Diseño intergrupos

Se constató un efecto principal de la intervención grande esto es, el ajuste de la pareja mejoró significativamente en los niños del programa familiar PEPA, mientras que permanecieron casi inalterables en los no que no recibieron la intervención. Por otra parte, se apreció una interacción de la intervención con los momentos de medida, $F_{(1, 210)} = 9.013,25$; $p < 0,01$; $\eta^2 = 0,98$.

En la figura 73 y en la tabla 54 se puede ver como las dos líneas van en paralelo durante la aplicación del programa y se cruzan durante el seguimiento, con aumento en el grupo experimental.

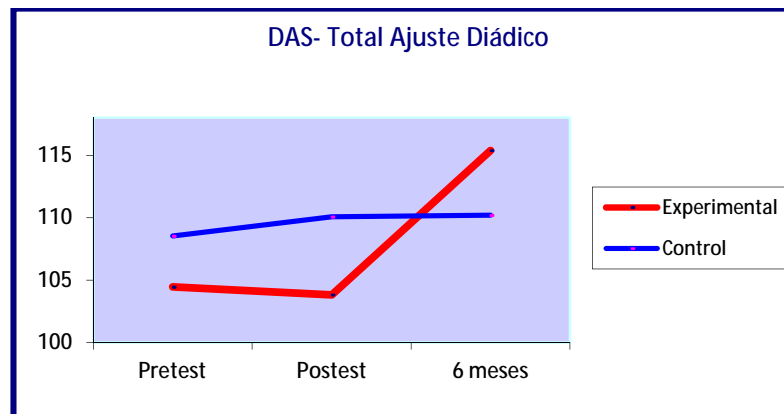


Figura 73. Puntuaciones en *Total Ajuste Diádico* de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses

En resumen, el grado de armonía de la pareja tras recibir el programa familiar aumentó un 7,2%, indicador de la mejora en el ajuste en la relación.

4.7.5.2. Diseño intragrupo

Se aprecia una mejora muy significativa, de tamaño grande, en todas las medidas del estudio, a excepción del pretest - posttest. Mejoró el ajuste diádico entre la medida de pretest y seguimientos a los seis meses ($t = 11,02$; $p < 0,001$; $d = 0,72$) y a los doce meses ($t = 10,21$; $p < 0,001$; $d = 0,79$). De manera similar, el ajuste diádico mejoró al comparar el posttest con los seguimientos a los seis ($t = 8,83$ $p < 0,001$; $d = 0,74$) y doce meses ($t = 11,16$; $p < 0,001$; $d = 0,81$). En la figura 74 y en la tabla 55 se observa el aumento constante del ajuste marital tras finalizar el programa familiar PEPA.

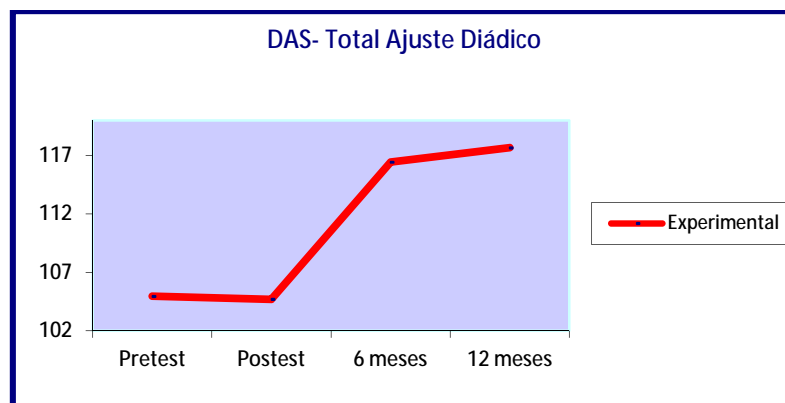


Figura 74. Puntuaciones en *DAS Total* del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses

Los resultados indican una mejora de la relación de pareja a lo largo del estudio, con cambios significativos en los seguimientos.

4.8. Inventario de conductas de alumnos, revisado. (Eyberg, Sheila, Ph.D., & Pincus, Donna, M.A , 1999).

“Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory” - Revised (SESBI-R)

Diseño intergrupos

En la tabla 56 se ofrece los resultados de la comparación de los grupos experimental y control con las puntuaciones del SESBI-R. Se destaca en sombreado azul los estadísticos descriptivos de ambos grupos en el pretest y en el seguimiento a los seis meses, por ser la comparación que ofrece mayor interés. En primer lugar se presenta los resultados de los dos factores y a continuación en las dos puntuaciones totales.

Diseño intragrupo

En la tabla 57 se ofrece los resultados de la comparación de los cuatro momentos de medida con el SESBI-R, esto es, pretest, posttest, seguimiento a los seis meses (medio plazo) y seguimiento a los doce meses (largo plazo), del grupo experimental. Se resalta en sombreado azul la comparación entre el pretest y el seguimiento al año, que es la más importante. Como en el apartado anterior se expone primero los resultados de los dos factores y a continuación las puntuaciones totales.

Si se compara la tabla 57 con la anterior tabla 54 se observará pequeñas variaciones en las medias y desviaciones estándares del grupo experimental en el pretest, en el posttest y en el seguimiento. Esta discrepancia se explica porque los análisis del diseño intergrupos se han realizado con los 160 participantes que completaron las tres evaluaciones (pretest, posttest, seguimiento a los seis meses), mientras que los del presente diseño intragrupo se han llevado a cabo con los 152 participantes que completaron las tres evaluaciones anteriores más la evaluación del seguimiento a los doce meses (véase la tabla 43 con los participantes perdidos).

Capítulo 4. Resultados

Tabla 56. Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del **SESBI-R** de los grupos experimental y control (diseño intergrupos)

Factor (rango)						
Experimental	Pretest	Postest	Seg. 6 meses	$F_{(1, 210)}$	p	η^2
Control	Pretest 1	Pretest 2	Pretest 3			
Oposicionismo (30-210)						
Experimental	76,42 (36,52)	63,97 (33,87)	60,43 (33,87)	728,43	< 0,001	0,85
Control	73,04 (19,44)	70 (21,73)	69,57 (20,99)			
Dificultades de Atención (8-48)						
Experimental	22,33 (10,69)	17,42 (10,36)	18,45 (9,62)	596,77	< 0,001	0,81
Control	20,65 (8,70)	20,26 (10,36)	20,09 (11,09)			
Total (rango)						
Intensidad (38-266)						
Experimental	98,74 (45,91)	81,39 (42,43)	78,89 (41,39)	723,74	< 0,001	0,85
Control	93,70 (25,97)	85,26 (28,76)	82,65 (29,55)			
Problema (0-38)						
Experimental	6,12 (9,02)	4,28 (8,14)	2,69 (8,79)	18,61	< 0,001	0,14
Control	2,83 (3,38)	0,22 (2,16)	0,67 (4)			

Tabla 57. Media (desviación estándar) y estadísticos de los dos factores y dos puntuaciones totales del “Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory” - Revised (SESBI-R), en los cuatro momentos de medida del grupo experimental (diseño intragrupo)

Factor (rango)	Pretest	Posttest	Seg. 6 meses	Seg. 12 meses	$F_{(3, 453)}$	P	η^2
Oposicionismo (30-210)	74,42 (36,52)	63,97(33,87)	60,43 (33,87)	56,14(30,90)	21,47	0,00	0,20
Dificultades de Atención(8-48)	21,98(10,29)	17,42 (10,35)	17,85(10,21)	18,17 (10,50)	8,20	0,00	0,15
Total (rango)							
Intensidad (38-266)	99,08 (46,70)	82,97 (43,72)	80,21 (43,17)	74,39 (37,43)	11,26	<0,001	0,19
Problema (0-38)	6,12 (9,02)	4,28 (8,14)	2,69 (8,79)	3,06 (7,08)	7,86	<0,001	0,09

4.8.1. Problemas oposicionista

4.8.1.1. Diseño intergrupos

Se constató un efecto principal de la intervención grande, con una disminución de problemas oposicionistas en los niños del grupo experimental, y sin grandes variaciones en las conductas de los alumnos que no participaron en el programa familiar, a lo largo de todas las medidas $F_{(1, 210)} = 728,43; p < 0,001; \eta^2 = 0,85$.

Por otro lado, se produjo una interacción, significativa, de la intervención con los tres momentos de medida. Las líneas se cruzan al inicio del estudio, produciéndose a lo largo de la intervención y en el seguimiento semestral un mayor cambio en las conductas de oposición de los alumnos participantes en el programa familiar.

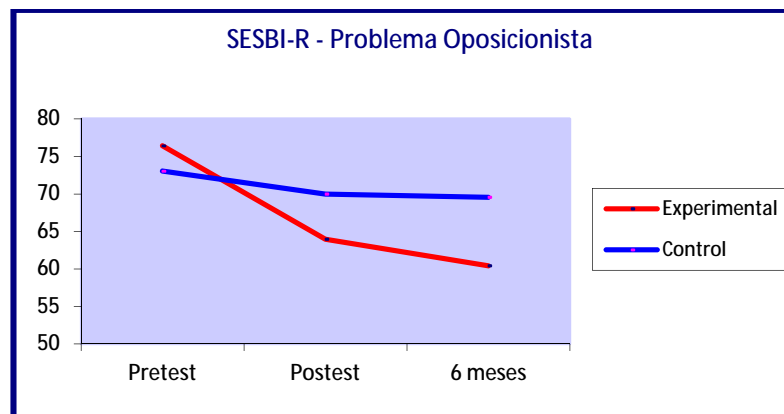


Figura 75. Puntuaciones en *Problemas Oposicionista* de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses.

En resumen, las conductas de oposición en el aula, tales como interrupciones, molestar a compañeros, enfadarse, no hacer caso a indicaciones, se redujo casi un 9% en los niños del programa familiar al finalizar el estudio, mientras que se mantuvieron casi invariables en el grupo control.

4.8.1.2. Diseño intragrupo

Como se puede comprobar en la tabla 57 y en la figura 76 hubo diferencias entre los momentos de evaluación entre las medidas. El método Bonferroni de ajuste para comparaciones múltiples puso de relieve diferencias significativas entre las medidas. Los participantes del programa familiar disminuyeron las conductas oposicionista, con tamaño pequeño, al finalizar la intervención ($t = 7,86$; $p < 0,001$; $d = 0,30$). Las diferencias entre el pretest con el seguimiento a los seis meses ($t = 5,65$; $p < 0,001$; $d = 0,40$) y a los doce meses ($t = -6,94$; $p < 0,001$; $d = 0,54$) arrojaron una mejora de tamaño pequeño y mediano, respectivamente.

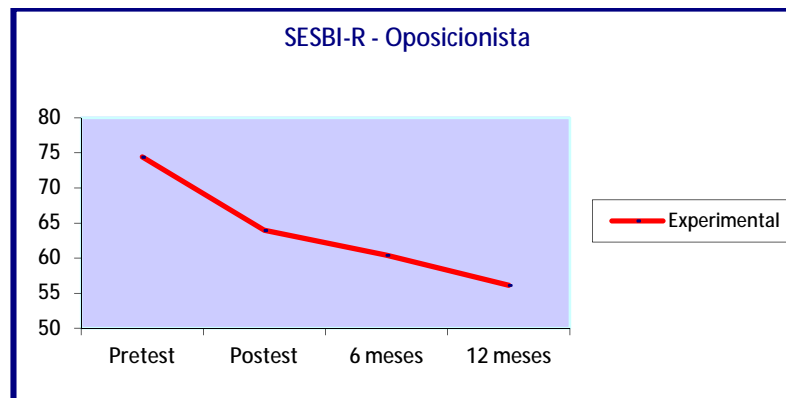


Figura 76. Puntuaciones en Problemas Oposicionista del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses.

Como se aprecia en la figura 76, el grado de problemas oposicionistas en los escolares que participaron en el programa PEPA se reduce a lo largo del estudio, con diferencias significativas hasta los doce meses.

4.8.2. Dificultades de Atención

4.8.2.1. Diseño intergrupos

La pruebas de efectos inter-sujetos señala un efecto principal de gran significación $F_{(1, 210)} = 596,77; p < 0,001; \eta^2 = 0,81$.

Se produjo interacción con los tres momentos de medida. En la figura 77 y en la tabla 56 se puede ver como las líneas de los grupos se cruzan durante la intervención, con una reducción progresiva al finalizar el programa, que aumenta ligeramente durante el seguimiento a los seis meses. El grupo control se mantiene invariable durante todo el estudio.

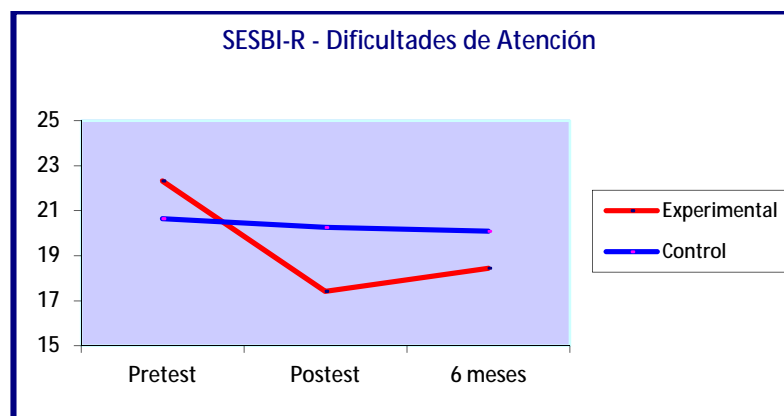


Figura 77. Puntuaciones en Dificultades de Atención de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses .

En resumen, las conductas de desobediencia ante indicaciones, la dificultad para prestar atención, la frustración ante tareas difíciles, permanecer en la tarea, se redujo casi un 10% en los niños del programa familiar, mientras que se mantuvieron invariables en el grupo control.

4.8.2.2. Diseño intragrupo

De acuerdo con los datos de la tabla 57 se produjo diferencias entre las evaluaciones. Se constata una reducción significativa de tamaño casi mediano entre el pretest y posttest ($t = 9,61$; $p < 0,001$; $d = 0,44$). El efecto del tamaño fue pequeño a los seis meses ($t = -12,39$; $p < 0,001$; $d = 0,40$). y doce meses ($t = 6,94$; $p < 0,001$; $d = 0,37$).

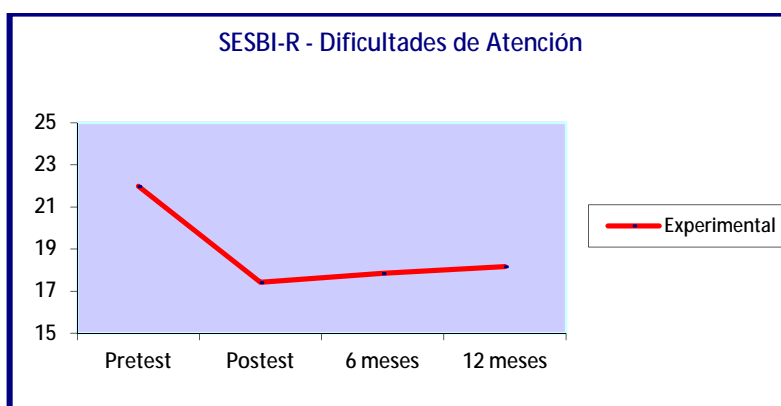


Figura 78. Puntuaciones en Dificultades de Atención del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses

Como se aprecia en la figura 78, el grado de dificultades de atención, tales como distracción, lentitud, permanencia en la tarea o frustración ante tareas difíciles entre los escolares que participaron en el PEPA, produjo una mejoría significativa una vez finalizado la intervención del programa familiar, manteniéndose dicha mejoría a lo largo del resto de medidas del estudio.

4.8.3. Intensidad

4.8.3.1. Diseño intergrupos

Se constató un efecto principal de la intervención grande, $F_{(1, 210)} = 723,74$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,85$, con una disminución en la intensidad de problemas de conducta de alumnos, tanto en el grupo experimental como en el grupo control, mayor en los que participaron en el programa. Por otro lado, se produjo una interacción significativa de la intervención con los tres momentos de medida. Las líneas se cruzan a lo largo de la intervención, manteniéndose paralelas en el seguimiento semestral. El grupo experimental refleja una mejor evolución en la disminución de conductas problemáticas con respecto al grupo control.

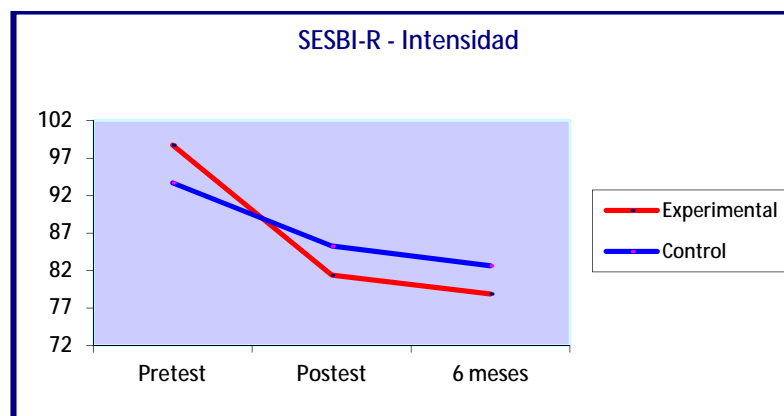


Figura 79. Puntuaciones en Intensidad de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses.

En resumen, las conductas de desobediencia dentro del aula se redujeron casi el doble en el grupo experimental, con un 9% en los niños del programa familiar y un 5% en el grupo control.

4.8.3.2. Diseño intragrupo

La intensidad de las conductas problemáticas infantiles en el contexto escolar disminuyó con tamaño pequeño al finalizar la intervención con las familias en el postest ($t = 8,84$; $p < 0,001$; $d = 0,36$). A los seis meses ($t = 5,72$; $p < 0,001$; $d = 0,42$) ya los doce meses ($t = 5,71$; $p < 0,001$; $d = 0,58$) las mejoras a medio y largo plazo fueron de tamaño mediano. Las comparaciones del postest con los seguimientos fueron de tamaño pequeño y corroboraron la reducción a los doce meses ($t = 1,60$; $p < 0,12$; $d = 0,21$). La figura 80 y la tabla 57 resume el patrón de resultados obtenidos con los factores, es decir, una disminución en el postest con significación estadística, que continúa a los seis meses y que se mantiene al año.

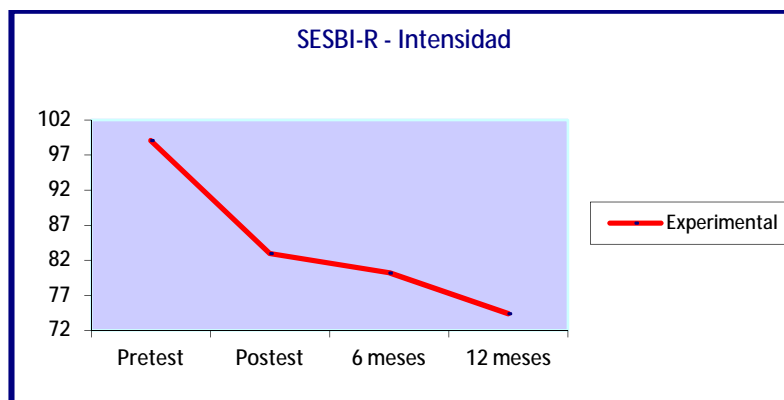


Figura 80. Puntuaciones en Intensidad del grupo experimental en el pretest, postest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses.

Los resultados indican una disminución significativa y gradual a lo largo de todo el estudio de la intensidad de los problemas de conducta infantil dentro del aula, factor del inventario de conductas del alumnado SESBI-R.

4.8.4. Problema

4.8.4.1. Diseño intergrupos

Se constató un efecto principal de la intervención pequeño, con una disminución de problemas oposicionistas en los niños del grupo experimental, y en el grupo control, a lo largo de todas las medidas $F_{(1, 210)} = 18,61; p < 0,001; \eta^2 = 0,14$.

Ambos grupos disminuyen durante el posttest, manteniendo el grupo experimental dicha pauta durante el seguimiento semestral.

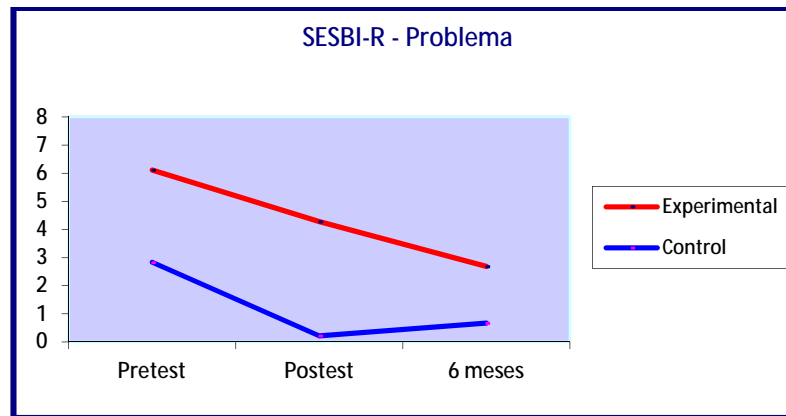


Figura 81. Puntuaciones en Problema de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses.

En resumen, el número de problemas a lo largo del estudio se redujo un 9% en los niños del programa familiar y un 6 % en el grupo control.

4.8.4.2. Diseño intragrupo

El ajuste Bonferroni para comparaciones múltiples revela diferencias significativas entre las distintas medidas. El número de conductas infantiles problemáticas para los profesores se redujo al finalizar la intervención con el programa PEPA con un tamaño pequeño ($t = 3,83$; $p < 0,001$; $d = 0,21$). A los seis ($t = 3,73$; $p < 0,001$; $d = 0,39$) y a los doce meses ($t = 4,75$; $p < 0,001$; $d = 0,38$) las mejoras fueron ambas de tamaño pequeño.

La figura 82 y la tabla 57 muestran que el número de conductas problemáticas disminuye de forma significativa en el posttest, siguen disminuyendo significativamente a los seis meses y se mantiene a los 12 meses de seguimiento.

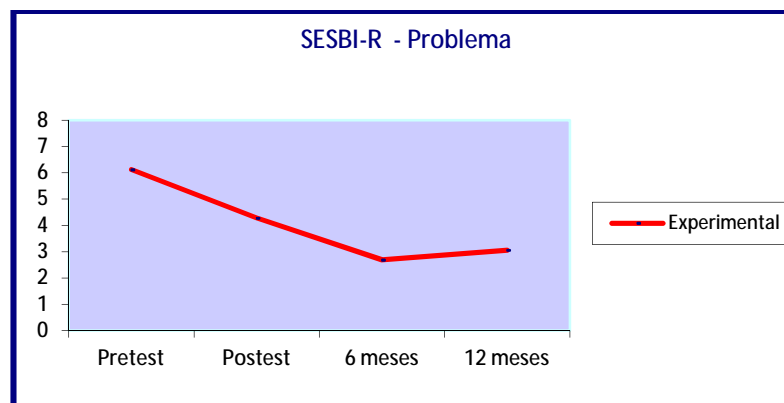


Figura 82. Puntuaciones en Problema del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses.

Por tanto, el número de conductas infantiles problemáticas consigue reducirse tras la aplicación del programa familiar, sigue dicha pauta a los seis meses y se mantiene al año.

4.9. Resultados del cuestionario de Satisfacción con el Programa (adaptado de McMahon y Forehand, 2003)

Como se ha comentado en el capítulo 3, los padres y madres completaron una evaluación del programa tras finalizar la intervención.

Los resultados extraídos fueron subdivididos en tres apartados:

4.9.1. El programa en general.

4.9.2. La metodología empleada.

4.9.3. Las técnicas entrenadas durante el programa.

4.9.1. El programa en general

4.9.1.1. Utilidad percibida sobre el programa en global

Dentro de este apartado agrupamos varias cuestiones relativas al impacto del programa sobre la conducta del hijo que ha participado, a la percepción de autoeficacia sobre el manejo de la conducta negativa una vez concluido el entrenamiento en las nuevas habilidades, y a la posibilidad de ser recomendado a un amigo o familiar.

Las respuestas se codificaron en escala tipo Likert de 7 puntos, con rango (1 a 7), en las cuales se emplearon categorías diferentes en función del tipo de cuestión (“mucho peor” con un 1 a “mucho mejor” con un 7; de “muy insatisfecho” a “muy satisfecho”; de “muy inapropiado” a “muy apropiado”; de “nada recomendado” a “muy recomendado”, todas con la puntuación de 1 a 7.

Algunos ejemplos de las cuestiones que integran este apartado son: ¿han mejorado los problemas que te trajeron al programa? o” valora, en general, en qué medida ha sido positivo o negativo el programa para tu hijo”.

El cuestionario ha sido completado por 90 madres y 65 padres. Los participantes que faltan se deben a que no lo cumplieron o estaba incompleto.

4.9.1.2. Problema principal que motivó el inicio del programa familiar

Tabla 58. Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Satisfacción(preguntas 1) del grupo experimental (diseño intragrupo)		
Estadístico descriptivos	Media	Desviación típica
El problema principal que me motivó a comenzar el programa familiar en este momento se encuentra	6,13	0,67

Los estadísticos descriptivos señalan una media de 6,13 con desviación típica de 0,67. Es decir, el 83% de madres y 90% de padres consideran que el problema por el que se inició el programa se encuentra bastante o mucho mejor. A través de las figuras representadas a continuación se pueden consultar la valoración de las madres (en rojo) y de los padres (en azul) en este apartado.

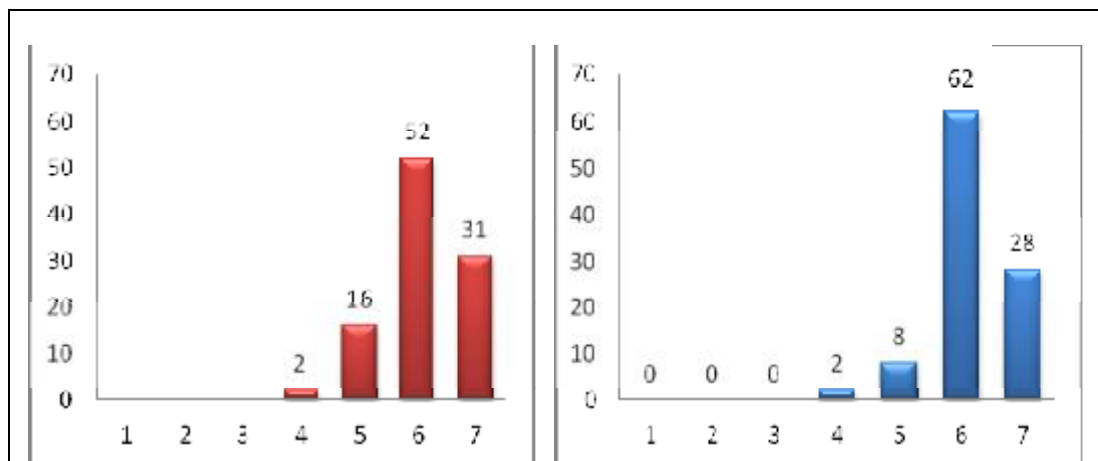


Figura 83. Porcentaje del modo en el que el programa interviene sobre el problema (madres-rojo; padres-azul)

Ambos, padres y madres, consideran que el problema del hijo que motivó su participación en el programa familiar ha mejorado. El 52% de las madres y el 62% de los padres valoran como “bastante mejorado”, con puntuación 6, el problema inicial. El 31% y el 28% de madres y padres, respectivamente lo perciben como “mucho mejor”, con puntuación 7. Ninguno de los padres valora como peor la situación inicial de los hijos.

4.9.1.3. Satisfacción del desarrollo del programa

Tabla 59. Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Satisfacción(preguntas 2) del grupo experimental (diseño intragrupo)		
Estadístico descriptivos	Media	Desviación típica
Satisfacción del desarrollo del programa	6,23	0,85

Los estadísticos descriptivos señalan una media de 6,23 con desviación típica de 0,85. La percepción parental sobre el desarrollo del programa fue muy alto, valorando como bastante y muy satisfechos el 90% las madres y un 91% los padres.

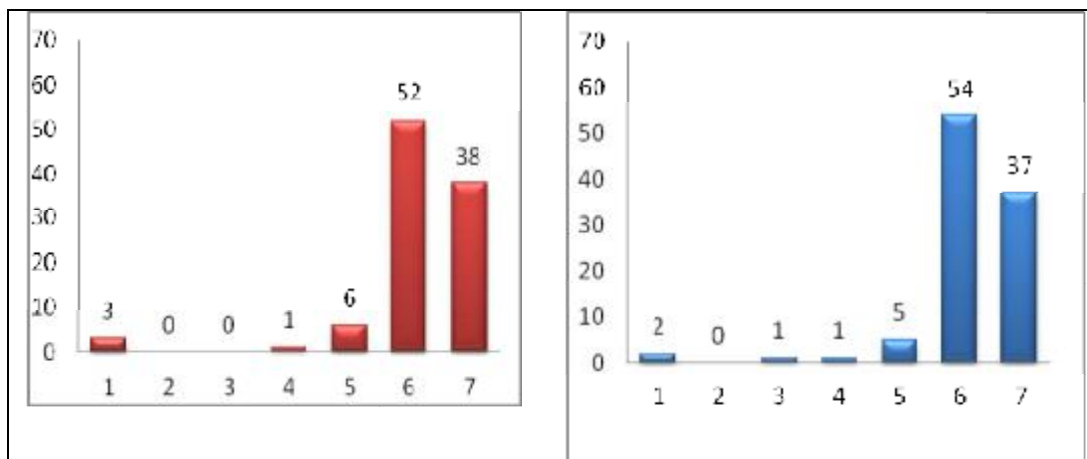


Figura 84. Porcentaje sobre el desarrollo del programa (madres-rojo; padres-azul)

El 38% de los padres, en general, se consideran muy satisfechos del desarrollo del programa y el 54% bastante satisfechos.

4.9.1.4. Grado de ayuda del programa a otras personas

Tabla 60. Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Satisfacción(pregunta 3) del grupo experimental (diseño intragrupo)		
Estadístico descriptivos	Media	Desviación típica
¿En qué grado le ha ayudado el programa con otras personas en general o problemas de familia no directamente relacionadas con el niño?	5,79	0,88

Los estadísticos descriptivos señalan una media de 5,79 con desviación típica de 0,88. Tanto las madres (78%) como los padres (68%) han respondido que les ha ayudado bastante y mucho el programa para otras personas.

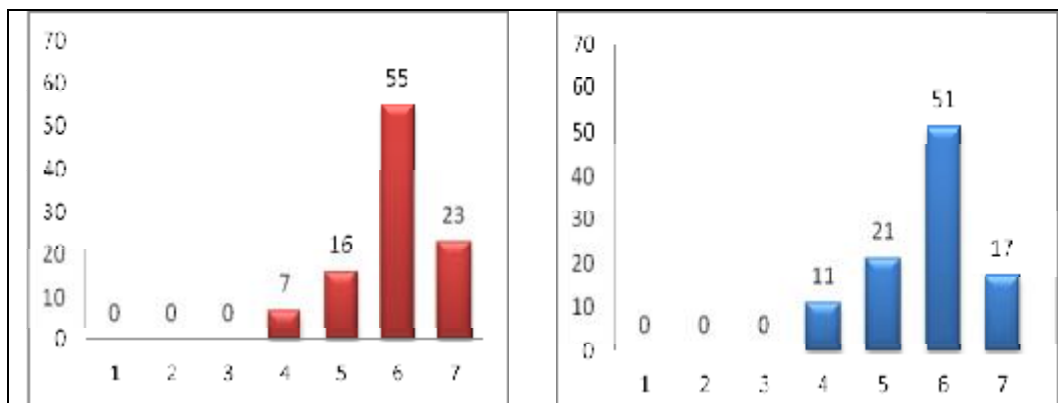


Figura 85. Porcentaje del grado de ayuda del programa con otras personas

Por tanto, el mayor porcentaje es donde el programa ha ayudado bastante a otras personas el 55% y 51% de mujeres y hombres, respectivamente. Ningún padre ha percibido que les haya dificultado más que ayudado y un 7% de madres y un 11% de padres consideran que ni les ha ayudado ni dificultado.

4.9.1.5. Grado de acercamiento de los problemas en casa

Tabla 61. Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Satisfacción(preguntas 4) del grupo experimental (diseño intragrupo)		
Estadístico descriptivos	Media	Desviación típica
Siento que el programa se ha acercado a otros problemas en casa	6,49	0,59

Los estadísticos descriptivos señalan una media de 6.49 con desviación típica de 0,59.

Las gráficas de la figura 86 reflejan que tanto para las madres (96%) como para los padres (89%), el programa de intervención es bastante y muy apropiado para el acercamiento a los problemas en casa, con la formación parental recibido en el estudio.

Ninguno de los padres valoran de inapropiado este programa, en este aspecto.

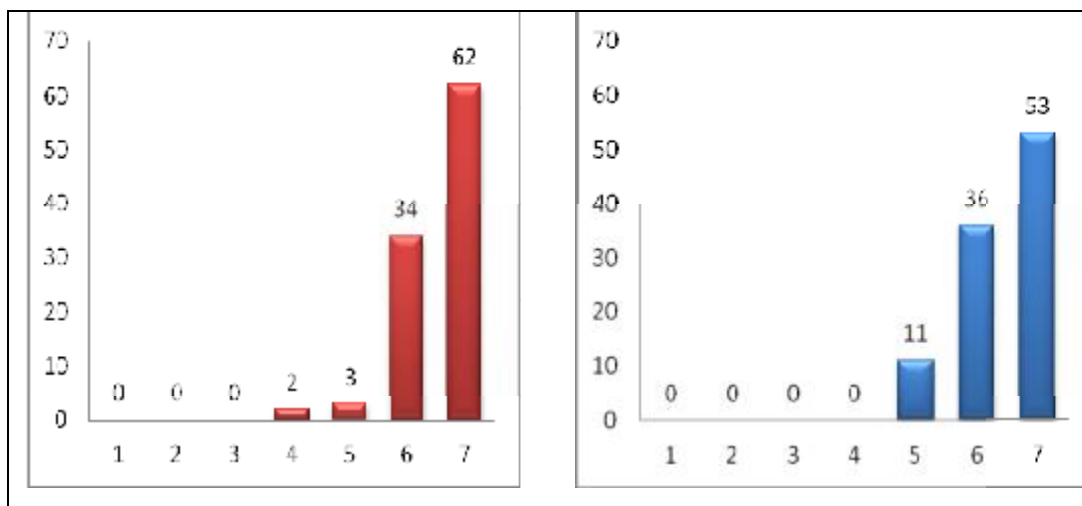


Figura 86. Porcentaje del grado de acercamiento de los problemas en casa (madre-rojo; padre-azul)

4.9.1.6. Recomendación del programa a otras personas

Tabla 62. Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Satisfacción(preguntas 5) del grupo experimental (diseño intragrupo)		
Estadístico descriptivos	Media	Desviación típica
Recomendación del programa a otros familiares o amigos	6,57	0,68

Los estadísticos descriptivos señalan una media de 6.57 con desviación típica de 0,68.

Según la figura 87, el 97% de las madres y de los padres opinan que el programa familiar a otras personas está muy y bastante recomendado. Ningún padre ha considerado como no recomendada la participación en la intervención educativa para padres-hijos.

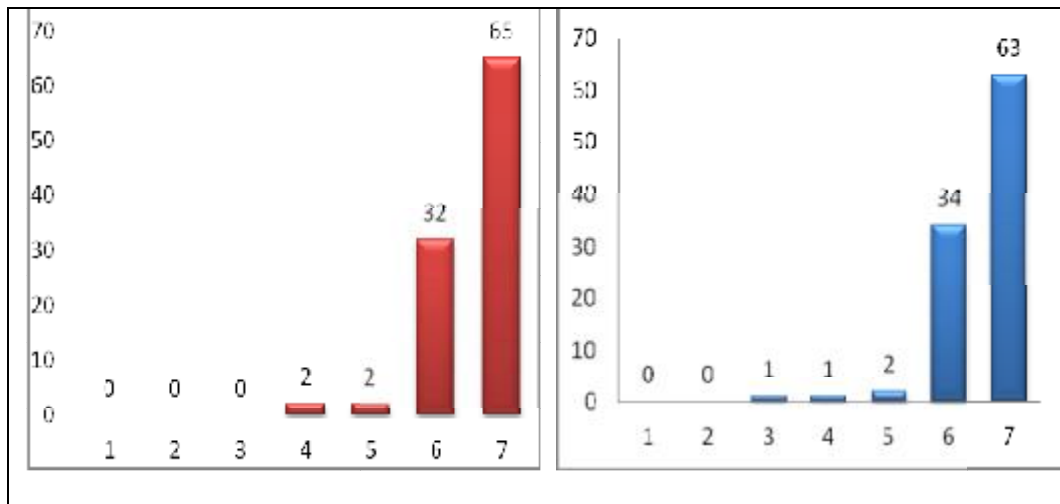


Figura 87. Porcentaje de la recomendación del programa (madre-rojo; padre-azul)

4.9.1.7. Valoración del desarrollo de las sesiones

Tabla 63. Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Satisfacción(preguntas 6-10) del grupo experimental (diseño intragrupo)		
Estadístico descriptivos	Media	Desv. Típ.
La duración del programa le ha parecido	5,92	0,28
La duración de la sesiones le ha parecido	5,97	0,17
El horario en el que ha venido le ha parecido	5,97	0,16
La puntualidad en el desarrollo del programa	5,97	0,17
El trato recibido durante el desarrollo del programa ha sido	5,99	0,08

Todas las familias ven en un 99% la adecuación en duración, horarios y trato recibido. Indican que aunque están de acuerdo con la duración del programa, les hubiera gustado que ésta fuera mayor. Este aspecto, indica la motivación, interés e implicación de los participantes en el aprendizaje de habilidades parentales para el manejo de conductas infantiles.

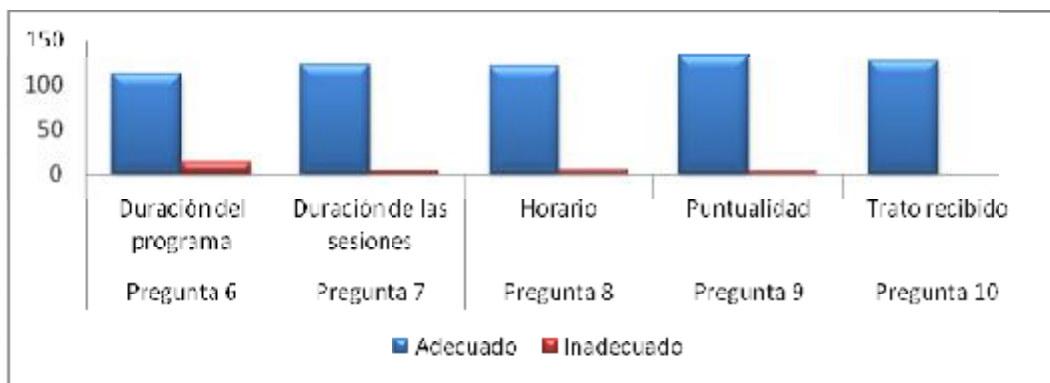


Figura 88. Valoración del desarrollo de las sesiones de las madres



Figura 89. Valoración del desarrollo de las sesiones de los padres

4.9.1.8. Capacitado para manejar futuros problemas

Tabla 64. Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Satisfacción(preguntas 11) del grupo experimental (diseño intragrupo)		
Estadístico descriptivos	Media	Desviación típica
Capacitado para manejar futuros problemas	5,86	0,75

Según la tabla 64 y la figura 90, el 95% de ambos padres se perciben capacitados para resolver problemas en el futuro. Por lo que los padres del PEPA consideran que tienen habilidades parentales adecuadas para afrontar la conducta infantil. Ningún padre percibe, tras la intervención, que no se encuentre capacitado para abordar con sus hijos la problemática que surja.

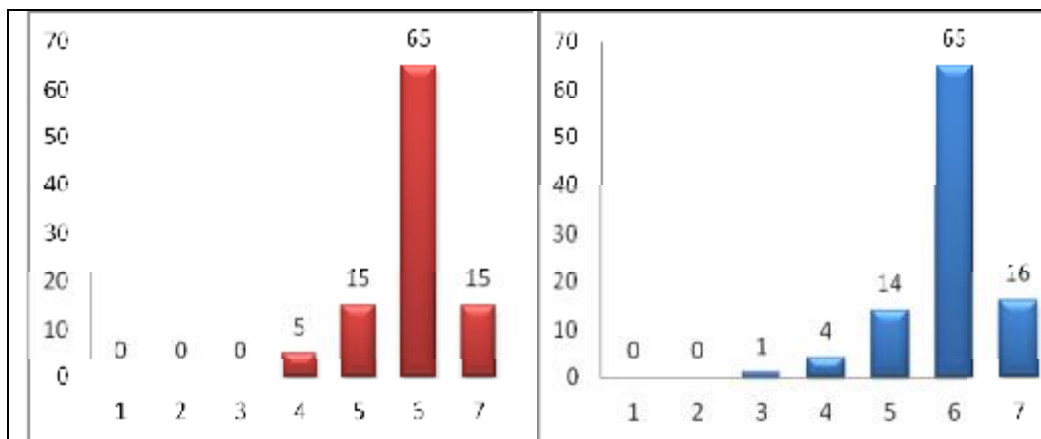


Figura 90. Porcentaje de la capacidad para futuros problemas

4.9.1.9. Valoración de la calificación total del programa

Tabla 65. Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Satisfacción(pregunta 12) del grupo experimental (diseño intragrupo)		
Estadístico descriptivos	Media	Desviación típica
Calificación total del programa	8,62	1,17

Los resultados de esta valoración global son muy satisfactorios, dados que ambos padres (97%) consideran que el programa ha sido muy positivo para su hijo (7-10).

Si la valoración se hace de cada medida, los datos arrojan los siguientes resultados. Las madres valoran sobre 10 (29%); 9 (31%); 8 (26%) y 7 (11%) el programa. Los padres valoran sobre 10 (25%); 9 (31%); 8 (30%) y 7 (10%) el programa. En la valoración de ambos padres no hay diferencias.

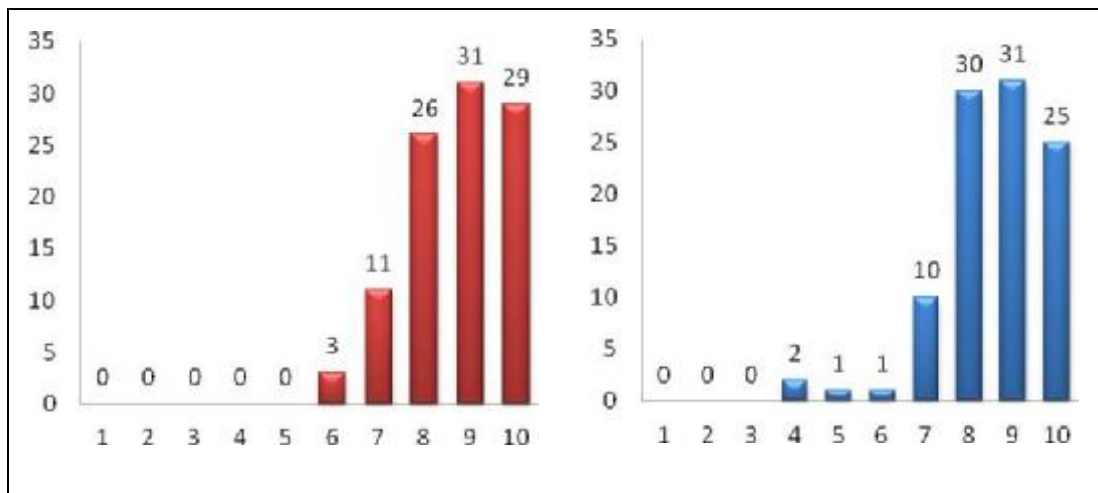


Figura 91. Porcentaje calificación total del programa (madre-rojo; padre-azul)

4.9.2. Dificultad y utilidad percibida sobre la metodología empleada en el programa familiar

4.9.2.1. Dificultad percibida en la metodología empleada

La información extraída en este apartado es sobre la valoración que hacen los padres sobre la dificultad de los seis métodos de aprendizaje utilizados durante las sesiones. Las preguntas fueron: “La demostración de la destreza por el terapeuta fue...”; “La práctica de la destreza en la sesión clínica con el terapeuta me pareció...”; “La práctica de la destreza en la sesión clínica con mi hijo me pareció...”; “La práctica del juego infantil en casa con mi hijo me pareció...”; “Las tareas para casa me parecieron...”; “ Los cuadernillos entregados para casa me parecieron.....”.

Estadístico descriptivos	Media	Desv. Típ.
Demostración de la destreza por el terapeuta	1,92	0,76
Práctica de la destreza en la clínica con el terapeuta	2,04	0,81
Práctica de la destreza en la clínica con el hijo	2,21	0,86
Práctica del juego infantil en casa con el hijo	2,12	0,76
Las tareas para casa	2,31	0,76
Los cuadernillos entregados para casa	2	0,75
DIFICULTAD TOTAL	2,10	0,78

Como se observa en la tabla 66, aparecen en los estadísticos descriptivos la dificultad de cada método de enseñanza.

Las respuestas fueron codificadas en una escala de 5 puntos (de “muy fácil”=1 a “muy difícil”=5), y se puede concluir que todos los métodos de entrenamiento fueron valorados como fáciles para los padres, siendo la demostración de la destreza por el

terapeuta como el formato de enseñanza más fácil y las tareas para casa como el menos fácil.

Las figuras 92 y 93 que aparecen a continuación nos muestran las puntuaciones obtenidas por las madres (en color rojo) y los padres (en color azul) en la dificultad del método empleado en el programa familiar.

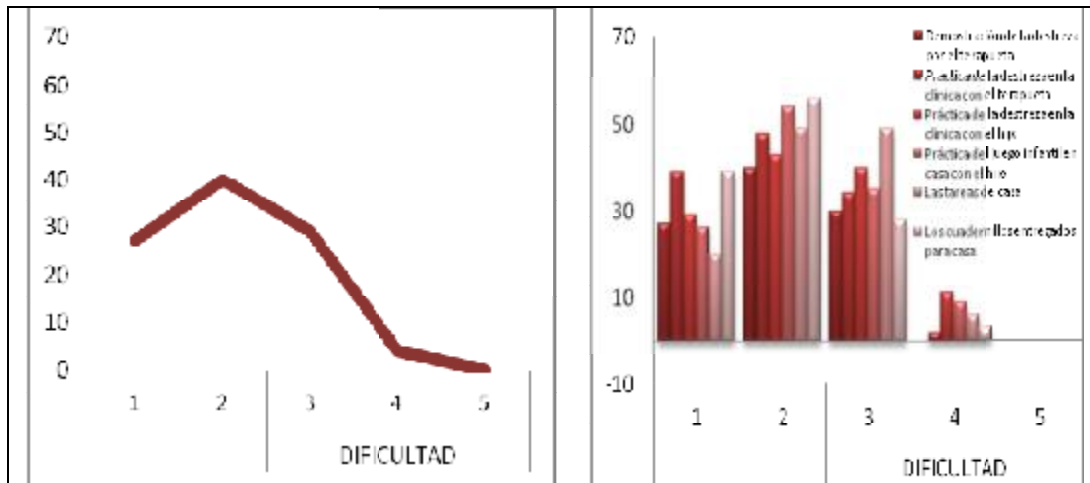


Figura 92. Porcentaje general de dificultad de la metodología empleada y por método (madres)

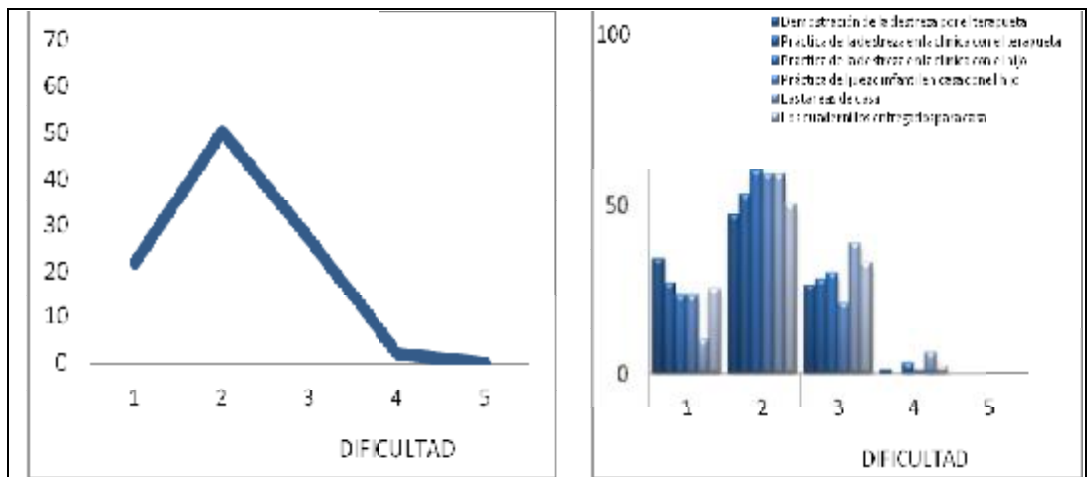


Figura 93. Porcentaje general de dificultad de la metodología empleada y por método (padres)

Los padres en general no percibieron dificultad en el método empleado en el programa familiar, siendo la categoría más valorada la de “fácil”.

Por metodología, tanto la entrega de cuadernillos para casa como la práctica de juego infantil con el hijo les parece el formato de aprendizaje fácil. Ambos padres,

coinciden en valorar como “más fácil” ver la demostración y la práctica con el terapeuta que realizar ellos mismos esa destreza. Por otro lado, lo que pudiera causar dificultad, sin ser significativo, son las tareas para casa.

4.9.2.2. Utilidad percibida en la metodología empleada

La información extraída en este apartado es sobre la valoración que hacen los padres sobre la utilidad de los seis métodos de aprendizaje utilizados durante las sesiones. Las preguntas fueron: “La demostración de la destreza por el terapeuta fue...”; “La práctica de la destreza en la sesión clínica con el terapeuta me pareció...”; “La práctica de la destreza en la sesión clínica con mi hijo me pareció...”; “La práctica del juego infantil en casa con mi hijo me pareció...”; “Las tareas para casa me parecieron...”; “Los cuadernillos entregados para casa me parecieron.....”.

Tabla 67. Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Satisfacción (pregunta 13-utilidad método) del grupo experimental (diseño intragrupo)

Estadístico descriptivos	Media	Desv. típ.
Demostración de la destreza por el terapeuta	4,45	0,59
Práctica de la destreza en la clínica con el terapeuta	4,36	0,65
Práctica de la destreza en la clínica con el hijo	4,31	0,73
Práctica del juego infantil en casa con el hijo	4,42	0,60
Las tareas para casa	4,30	0,63
Los cuadernillos entregados para casa	4,32	0,66

Como se observa en la tabla 67, aparecen los estadísticos descriptivos de la utilidad de cada método de enseñanza.

Las respuestas fueron codificadas en una escala de 1 a 5 puntos (de “inútil” a “útil”), y se puede concluir que todos los métodos de entrenamiento fueron valorados muy positivamente por los padres, siendo el formato de enseñanza considerado como

más útil, la demostración de la destreza por el terapeuta y el menos útil, las tareas para casa.

Las figuras 94 y 95 que aparecen a continuación nos muestran las puntuaciones obtenidas por las madres (en color rojo) y los padres (en color azul) en la utilidad del método empleado en el programa familiar.

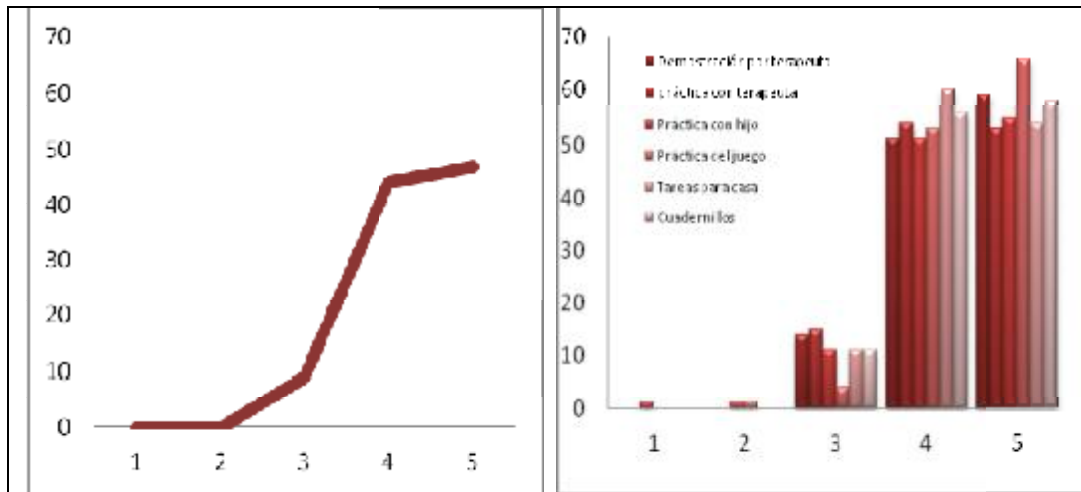


Figura 94. Porcentaje general de utilidad de la metodología empleada y por método (madres)

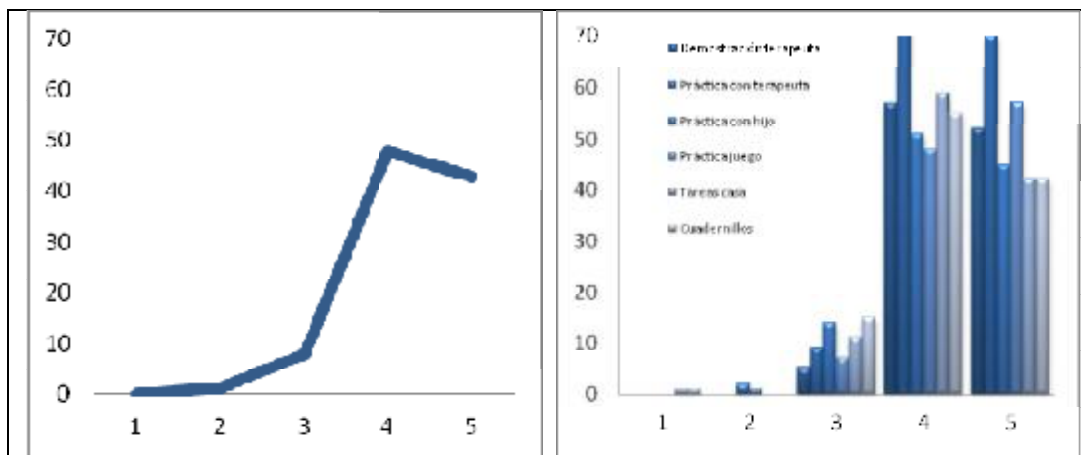


Figura 95. Porcentaje general de utilidad de la metodología empleada y por método (padres)

Los padres en general, no percibieron como inútil o muy inútil los métodos de enseñanza del programa familiar, siendo las categorías más valoradas en todas las técnicas, la de “muy útil” y “útil”.

Para las madres destaca dentro de las técnicas más útiles, la práctica del juego. En los padres destaca la práctica del terapeuta

4.9.3. Dificultad y utilidad percibida sobre las técnicas empleadas en el programa familiar

4.9.3.1. Dificultad percibida en las técnicas empleadas

En este apartado los padres han valorado sobre la dificultad de las cinco técnicas utilizadas durante la intervención.

Las preguntas fueron: “La técnica de la atención positiva le pareció...”; “La extinción de conductas me pareció...”; “ Dar instrucciones claras me pareció...”; “Utilizar el tiempo fuera con mi hijo me pareció...”; “El grupo total de técnicas Las tareas me parecieron...”.

Tabla 68. Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Satisfacción (pregunta 14-dificultad técnicas) del grupo experimental (diseño intragrupo)		
Estadístico descriptivos	Media	Desv. típ.
Atención positiva	2,06	0,90
Extinción	2,91	1,16
Instrucción claras	2,49	0,89
Tiempo fuera	2,82	1,01
Grupo total de técnicas	2,61	0,75

Como se observa en la tabla 68, aparecen los estadísticos descriptivos de cada técnica educativa.

Las respuestas fueron codificadas en una escala de (1 a 5) puntos (de “muy fácil” a ”muy difícil”), y se puede concluir que todas los técnicas educativas fueron valoradas como fáciles por los padres, siendo la técnica considerada como más fácil, la atención positiva.

Las figuras 96 y 97 que aparecen a continuación nos muestran las puntuaciones obtenidas por las madres (en color rojo) y los padres (en color azul) en la dificultad de las técnicas empleadas en el programa familiar.

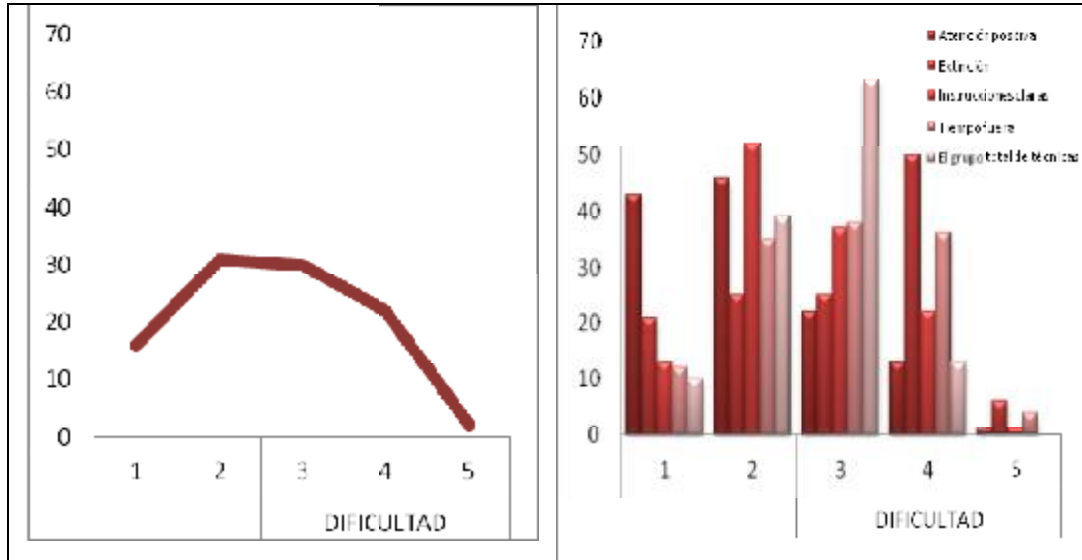


Figura 96. Porcentaje general de dificultad de la técnica empleada y por técnicas (madres)

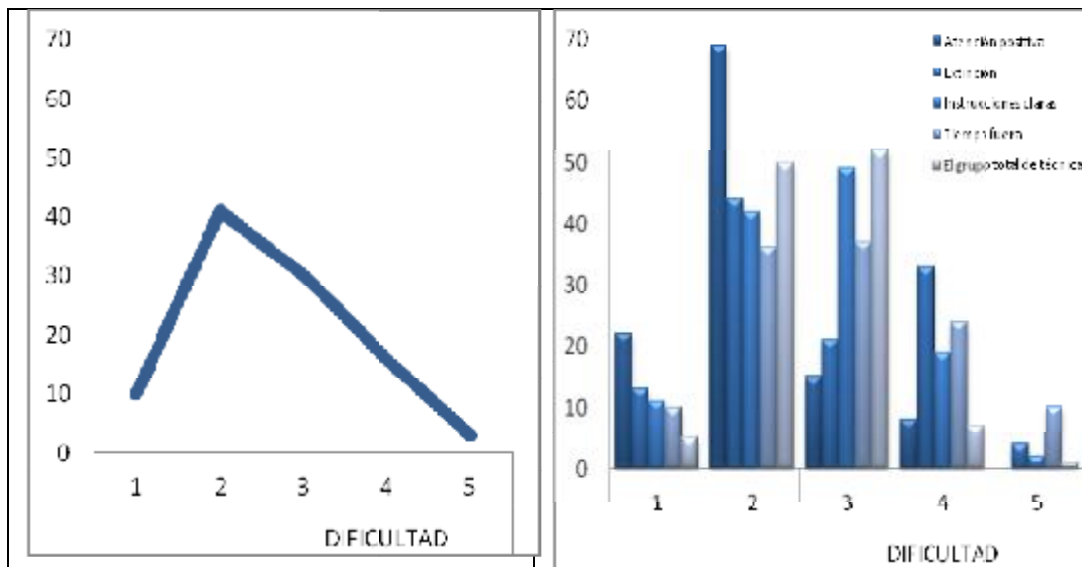


Figura 97. Porcentaje general de dificultad de la técnica empleada y por técnicas (padres)

Si comparamos la valoración de ambos padres, la dificultad la perciben en la técnica de extinción y tiempo fuera. La técnica considerada como más fácil fue la de atención positiva. Se puede llegar a la conclusión que las técnicas para reducir conductas inadecuadas resultan más difíciles de aplicar por los padres participantes del estudio que las que van enfocadas a fortalecer conductas positivas del hijo.

4.9.3.2. Utilidad percibida en las técnicas empleadas

Los padres valoraron sobre la utilidad de las cinco técnicas utilizadas durante la intervención, considerando todas las técnicas muy útiles para el manejo de conductas del hijo.

Tabla 69. Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Satisfacción (pregunta 15-utilidad técnicas) del grupo experimental (diseño intragrupo)		
Estadístico descriptivos	Media	Desv. típ.
Atención positiva	4,61	0,58
Extinción	4,51	0,64
Instrucción claras	4,51	0,63
Tiempo fuera	4,39	0,77
Grupo total de técnicas	4,51	0,60

Como se observa en la tabla 69, aparecen los estadísticos descriptivos de la utilidad de cada método de enseñanza. Los estadísticos descriptivos de la utilidad de las técnicas señalan como técnica más útil la atención positiva, sin diferencias significativas con el resto. Es decir, todas las técnicas son valoradas en la categoría de utilidad por ambos padres.

Las respuestas fueron codificadas en una escala de 1 a 5 puntos (de “inútil” a “útil”), y se puede concluir que todas las técnicas fueron valoradas muy positivamente por los padres.

Las figuras 98 y 99 que aparecen a continuación nos muestran las puntuaciones obtenidas por las madres (en color rojo) y los padres (en color azul) en la utilidad de las técnicas empleadas en el programa familiar.

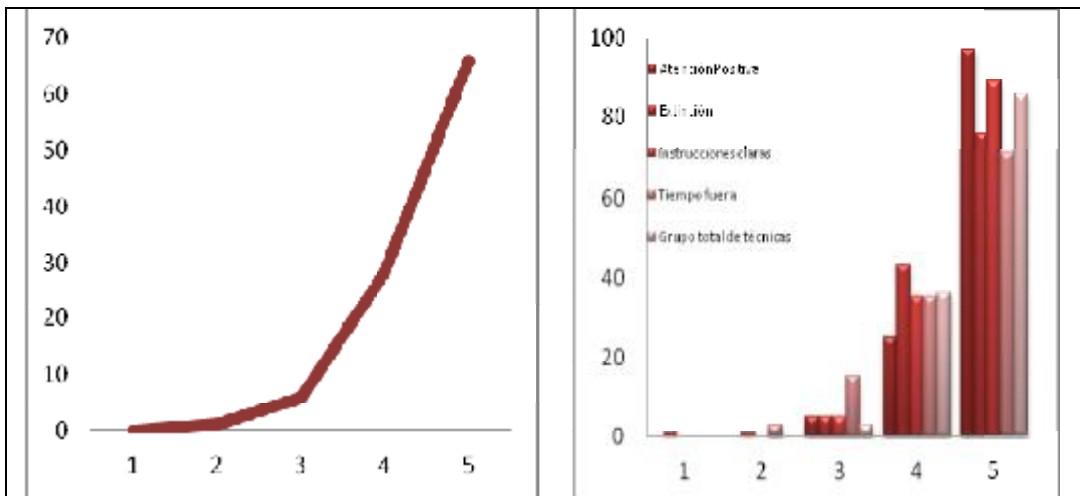


Figura 98. Porcentaje general de utilidad de la técnica empleada y por técnica (madres)

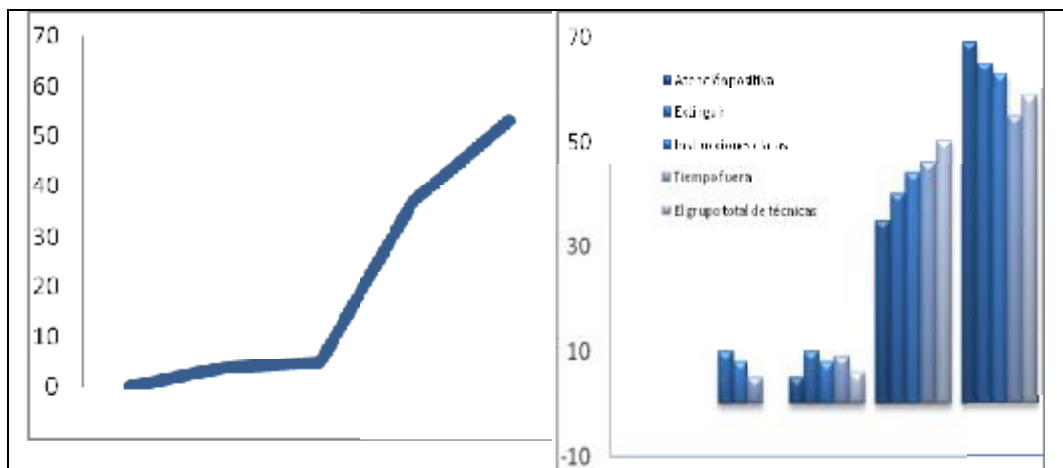


Figura 99. Porcentaje general de utilidad de la técnica empleada y por técnica (padres)

Los padres, en general consideran muy útiles las técnicas empleadas para modificar comportamientos del hijo. Tanto madres como padres consideran la técnica de atención positiva como la más útil.

4.10 Valoración de los cambios obtenidos tras la intervención del programa familiar

Los padres y madres completaron un cuestionario a los seis y a los doce meses de finalizar la intervención con el objetivo de explorar el mantenimiento de los cambios sobre los problemas de conducta y la percepción de los padres sobre el empleo y utilidad de los materiales y técnicas en los dos seguimientos señalados anteriormente.

La presentación de los resultados se presenta en dos partes; la primera es la fase de seguimiento semestral de madres y padres y la segunda partes es la fase de seguimiento anual de madres y padres. Se representa ambos seguimientos en el mismo apartado para una mejor valoración del mantenimiento de lo aprendido en el programa.

El cuestionario tiene siete cuestiones. Se emplearon diferentes categorías en función del tipo de cuestión planteada. Las respuestas se codificaron en escala tipo Likert.

La primera y segunda cuestión, “pensando en los comportamiento de tu hijo que intentaste cambiar y que no intentaste cambiar empleando las técnicas del programa familiar”, tiene respuesta de 5 puntos, con rango (1-5), y va desde (“ha empeorado mucho” a “ha mejorado mucho”).

La tercera cuestión, “crees que la mejoría del comportamiento de tu hijo se debe a las técnicas empleadas en el programa” tiene respuesta de 3 puntos, con rango (1-3), y va desde “sí se debe a las técnicas”, “no se debe a las técnicas” y “mi hijo no ha mejorado”.

La cuarta cuestión, “en qué medidas sigues empleando las técnicas del programa” tiene respuestas de 3 puntos, con rango (1-3), en las cuales se emplearon la siguiente categoría (“nunca”, “a veces” “con frecuencia”).

La quinta cuestión, “de las técnicas empleadas en el programa, hay alguna que ya no te sea útil”, tiene respuesta múltiples, con rango (1-9), en caso de que la respuesta sea negativa.

La sexta cuestión, “si has dejado de utilizar las técnicas aprendidas, señala la razón”, tiene respuesta de 5 puntos, con rango (1-5), con categoría (“no necesito emplearlas”, “no hacen efecto”, “son demasiado costosas”, “las he dejado de emplear”, “otros motivos”).

La séptima y última cuestión pregunta sobre la utilidad del material utilizado en el programa, tanto cuadernillos como registros, con respuesta de 3 puntos, con rango (1-3), en las cuales se emplearon la siguiente categoría (“sigo utilizando”, “las empleo también con otro de mis hijos”, “no los utilizo”).

El cuestionario ha sido completado por 160 participantes en el seguimiento a los seis meses y 152 participantes en el seguimiento a los 12 meses. Los participantes que faltan se deben a que no lo cumplimentaron o estaba incompleto.

Las figuras van representadas en dos colores, rojo para la madre y azul para el padre.

4.10.1. Valoración de la conducta del hijo que se intentó cambiar en el programa

Los padres del programa familiar consideran que las conductas de su hijo han mejorado mucho desde la intervención a los seis meses, produciéndose una mejor puntuación a los doce meses dentro de la misma categoría.

Tabla 70. Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Seguimiento(preguntas 1 y 2) del grupo experimental (diseño intragrupo)

Variable	Seguimiento 6 meses		Seguimiento Doce meses		Significación estadística y magnitud diferencias			
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>g.l.</i>	<i>P</i>	<i>d</i>
Pensando en los comportamientos de tu hijo que intentaste cambiar ¿cómo están esos comportamientos ahora respecto a como estaban al comienzo del programa?	4,48	0,64	4,55	0,59	-0,93	310	0,36	-
Pensando en los comportamientos de tu hijo que NO intentaste cambiar, ¿cómo están esos comportamientos ahora?	3,73	0,83	3,86	0,83	-1,33	310	0,19	-

Los padres, en general, consideran en ambas etapas de seguimiento, que los comportamientos tratados durante la intervención han mejorado entre algo y mucho, 96%. Los estadísticos descriptivos reflejan una media de 4,48(0,64) a los seis meses y una media de 4,55(0,59) a los doce meses, indicando que la valoración positiva de los padres mejora con el tiempo.

Con respecto a la cuestión de si han cambiado los comportamientos que no se intentó cambiar durante la intervención del programa familiar, ambos padres consideran que la mejoría ha mejorado entre algo y mucho, 52% y 68% a los seis y doce meses en las madres y un 75% en los padres, en ambas etapas. Los estadísticos descriptivos reflejan una media de 3,73(0,83) a los seis meses y una media de

3,86(0,83) a los doce meses, indicando que la valoración de mejora de otras conductas es menor que las conductas que se intentaron cambiar en el programa.

Las figuras 100 y 101, seguimiento semestral y anual respectivamente, indican en rojo la valoración de la madre y en azul la valoración del padre. La conducta que intentó cambiar se representa en rojo fuerte y la que no se intentó cambiar en rojo claro. De igual manera, en azul fuerte y claro.

Las gráficas indican que las conductas-objeto mejoraron algo y mucho en ambos padres, en las madres (96%; 94%) y en los padres (96%) a los 6 y 12 meses respectivamente.

Las otras conductas, en los que no se intervino, la mejoría entre algo y mucho alcanza en las madres (52%; 68%) y los padres (76%; 75 %), a los 6 y 12 meses respectivamente.

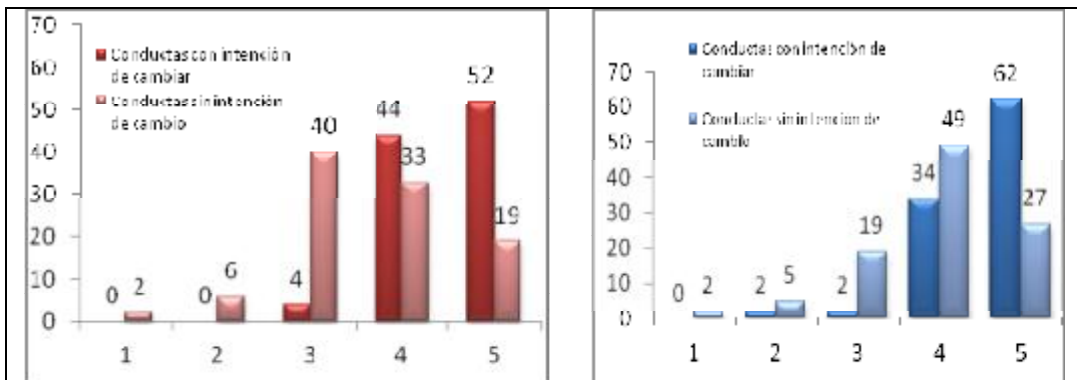


Figura 100. Porcentajes valoración de la conducta del hijo a los seis meses (M.-rojo; P.-azul)

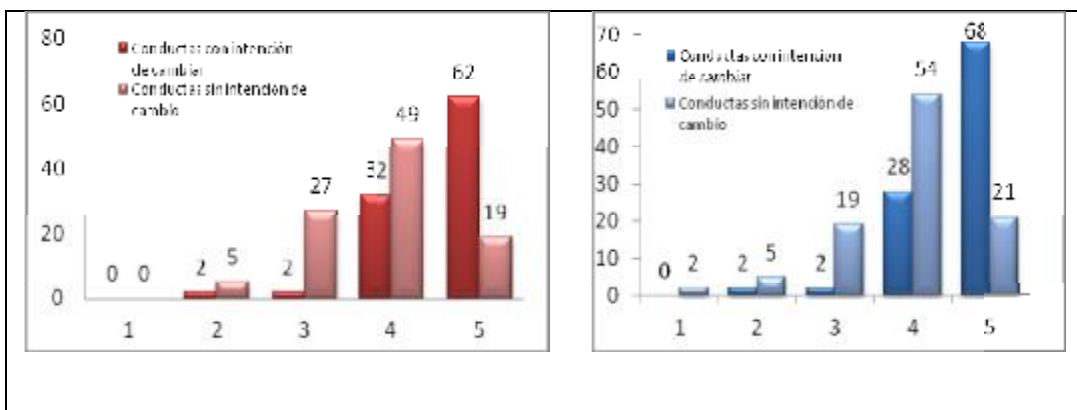


Figura 101. Porcentajes valoración de la conducta del hijo a los doce meses (M.-rojo; P.-azul)

azul)

4.10.2. Mejoría del comportamiento por el empleo de las técnicas del programa

Según los estadísticos descriptivos de la tabla 71, los padres del programa familiar consideran que las conductas de sus hijos han mejorado gracias a las técnicas aprendidas durante la intervención.

Tabla 71. Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Seguimiento(pregunta 3) del grupo experimental (diseño intragrupo)								
Variable	Seguimiento 6 meses		Seguimiento Doce meses		Significación estadística y magnitud diferencias			
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>	<i>D</i>
Si consideras que hubo una mejoría en el comportamiento de tu hijo, ¿Crees que se debe a las técnicas del programa?	1,01	0,10	1,02	0,13	-0,44	310	0,66	-

Se observa en las figuras 102 y 103 que las madres valoran en un 98% y 100% que las mejoras de las conductas de sus hijos se deben a las técnicas del programa, a los seis y doce meses. Por su lado, los padres indican a los seis meses que un 100% de mejoría de las conductas de su hijo se deben a las técnicas del programa, reduciendo a un 79% dicha mejoría a los doce meses, debiéndose la mejoría a otros factores (19%).

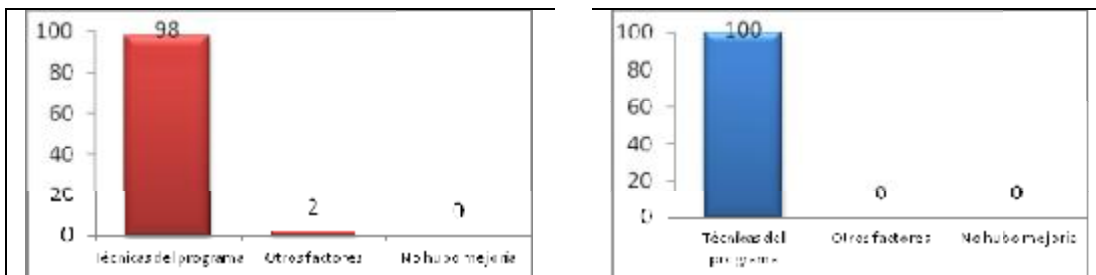


Figura 102. Porcentajes causas de la mejoría de la conducta a los seis meses (M.-ro; P.-az)

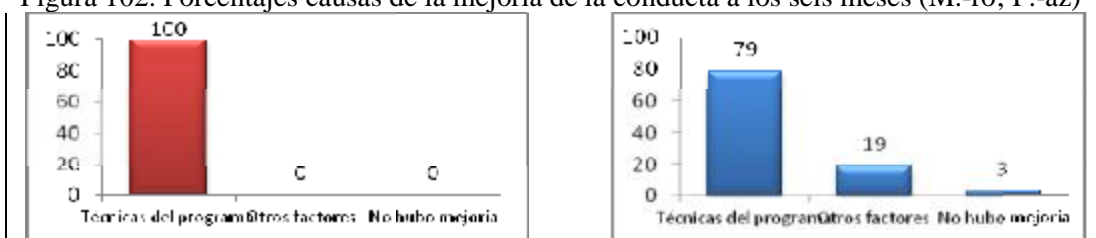


Figura 103. Porcentajes causas de la mejoría de la conducta a los doce meses (M.-rojo; P.-azul)

4.10.3. Valoración del mantenimiento de las técnicas del programa

Tabla 72. Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Seguimiento(pregunta 4) del grupo experimental (diseño intragrupos)

Variable	Seguimient o 6 meses		Seguimiento Doce meses		Significación estadística y magnitud diferencias			
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>	<i>D</i>
Compartir tiempo con tu hijo	2,53	0,52	2,58	0,49	-0,86	310	0,38	-
Elogiar y reforzar positivamente	2,60	0,31	2,64	0,50	0,81	310	0,51	-
Ignorar los conductas inadecuados	2,44	0,56	2,53	0,55	-1,36	310	0,17	-
Cambiar errores educativos	2,46	0,57	2,52	0,53	-0,98	310	0,33	-
Dar órdenes claras	2,68	0,48	2,70	0,46	-0,23	310	2,82	-
Usar el tiempo fuera	2,02	0,72	2,00	0,65	0,20	310	0,84	-
Establecer nomas y limites en casa	2,64	0,49	2,66	0,50	-0,24	310	0,81	-
Generalizar fuera de casa	2,29	0,62	2,34	0,56	-0,61	310	0,54	-
Conjunto de técnicas en general	2,63	0,50	2,53	0,50	1,63	310	0,10	-

La tabla 72 y la figuras 104 y 105 evidencian que la mayor parte de los padres continúan empleando las técnicas del programa con frecuencia. El mantenimiento de las técnicas se mantiene, con ligero aumento, de los seis a los doce meses.

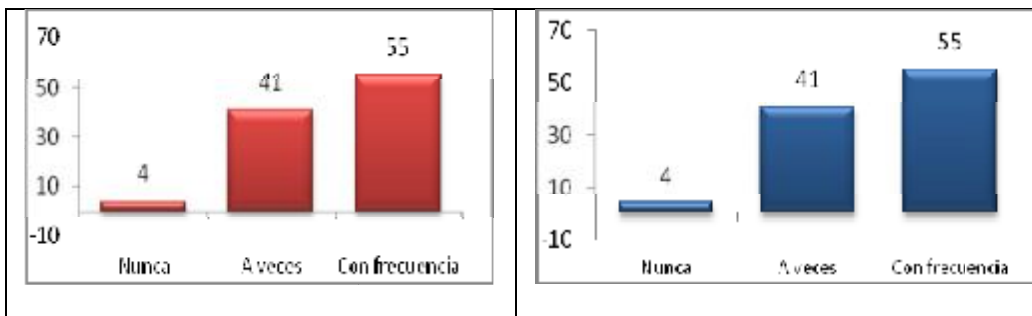


Figura104. Porcentaje frecuencia empleo técnicas global 6 meses (M.-rojo; P.-azul)

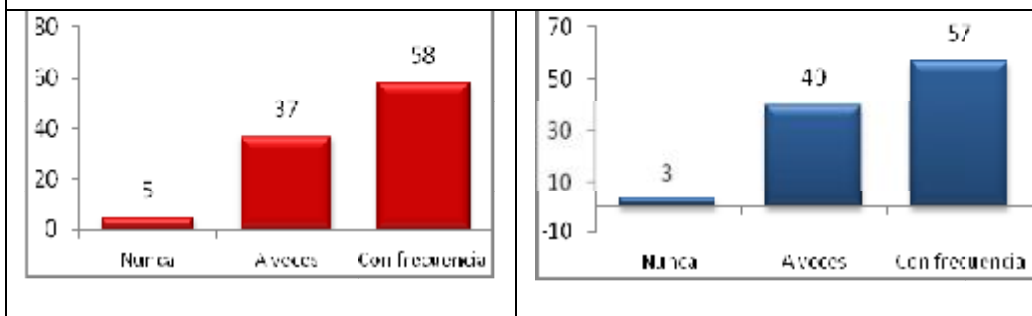


Figura 105. Porcentaje frecuencia empleo técnicas global 12 meses (M.-rojo; P.-azul)

En la figura 104, a los seis meses, el análisis de cada técnica indica que las madres utilizan a los seis meses con frecuencia el refuerzo positivo (85%); el establecimiento de normas y límites (77%); y las órdenes claras (63%); y en los padres utilizan en esa misma etapa, con frecuencia, el refuerzo positivo (86%); el cambio en los errores educativos (67%); y las órdenes claras (62%).

En ambos grupos, la técnica del tiempo fuera han dejado de utilizarla a los 6 meses un 27% las madres y un 19% los padres.

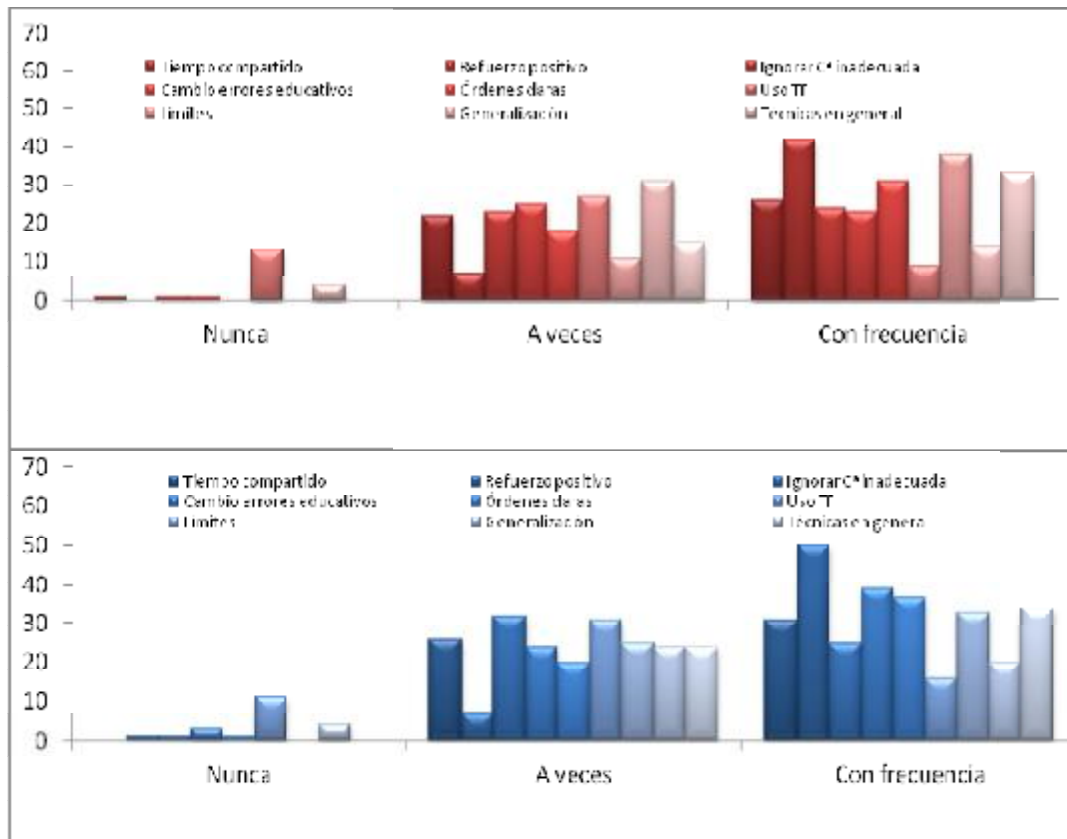


Figura 106. Porcentaje de la frecuencia de empleo por técnicas del programa a los seis meses (M. –rojo; P.-azul)

En la figura 105, a los doce meses las madres mantienen la frecuencia del uso del refuerzo positivo (80%); establecimiento de normas y límites (74%); de tiempo compartido de juego (71%); y de órdenes claras (67%).

Por su parte, los padres mantienen la frecuencia del refuerzo positivo (84%); establecimiento de normas y límites (71%); y aumenta el uso de órdenes claras (64%). En ambos grupo, la única técnica que dejan de utilizar los padres a los doce meses, es el tiempo fuera, con un 37% las madres y un 20% los padres; siendo este dato estable con respecto al seguimiento semestral.

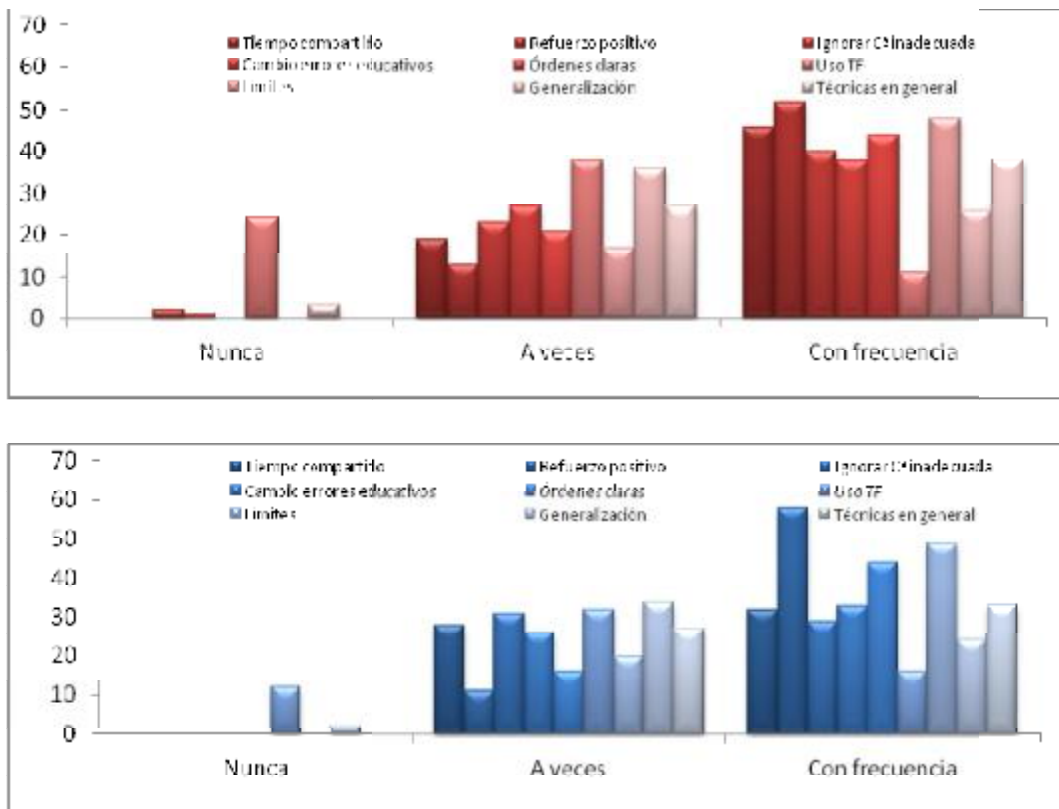


Figura 107. Porcentaje de la frecuencia del empleo de las técnicas en global del programa a los doce meses (M.-rojo; P.-azul)

4.10.4. Valoración de la utilidad de las técnicas del programa

A continuación se presentan los resultados en porcentajes de la utilidad en los seguimientos semestral y anual de las técnicas del programa.

Tabla 73. Porcentajes con las puntuaciones del cuestionario de Seguimiento(pregunta 5) del grupo experimental (diseño intragrupos)		
Variable	Porcentajes Seis meses	Porcentajes Doce meses
Ya no son útiles algunas técnicas del programa	22%	16%
Siguen siendo útiles las técnicas del programa	78%	84%

Como se puede constatar tanto en la tabla 73 como en la figura 108, el 78% de padres a los seis meses del programa y el 84% de los padres a los 12 meses siguen considerando útiles las técnicas empleadas durante la intervención del programa familiar.

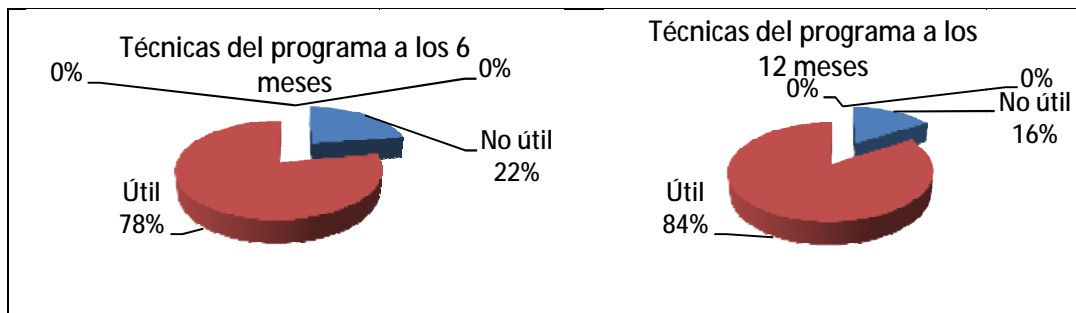


Figura 108. Porcentaje de la utilidad de las técnicas del programa a los seis y doce meses (madres-rojo; padres-azul)

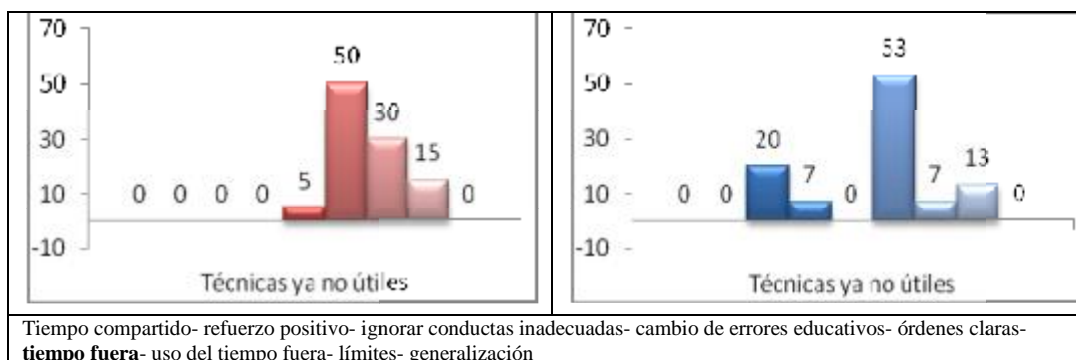


Figura 109. Porcentaje de técnicas ya no útiles a los seis meses (M.-rojo; P.- azul)

Tanto las madres como los padres que contestaron que habían dejado de utilizar alguna técnica del programa, señalaron el uso del tiempo fuera como la que más había dejado de ser útil para su hijo.

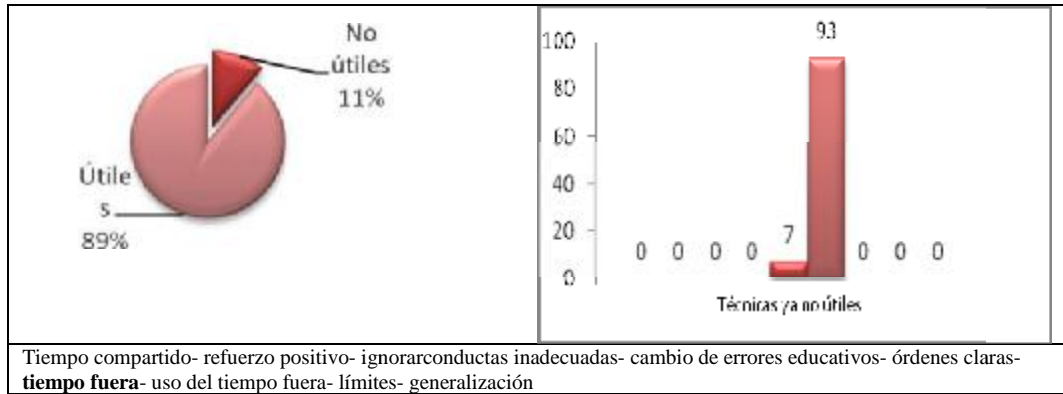


Figura 110. Porcentaje de técnicas ya no útiles a los doce meses (madre-rojo)

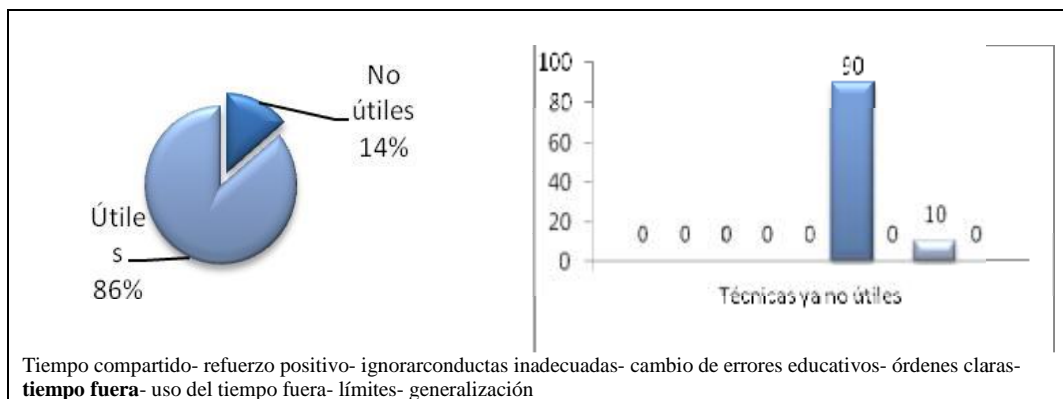


Figura 111. Porcentaje de técnicas ya no útiles a los doce meses (padre-azul)

A los doce meses, ambos padres volvieron a identificar el uso del tiempo fuera, como la técnica del programa que dejó de ser útil para la intervención con su hijo.

4.10.5. Motivo de no usar técnicas del programa

Tabla 74. Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Seguimiento (pregunta 6) del grupo experimental (diseño intragrupo)

Variable	Seguimiento 6 meses		Seguimiento Doce meses		Significación estadística y magnitud diferencias			
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Motivo por el que ha dejado de utilizar las técnicas que aprendió en el programa, señala por qué:	4,61	0,98	4,62	1,07	-,109	310	,91	-

Como se puede constatar tanto en la tabla 74 como en la figura 112 y 113, el 19% de madres a los 6 meses y el 26% a los doce meses fue porque ya no necesitaba emplearlas. Los padres fueron el 19 % en los dos seguimientos porque ya no les parecía hacer efecto o no necesitaba emplearlas ya. Casi el 50% de madres y padres a los 6 meses y casi el 40% de madres y de padres a los doce meses, dejaron de usar las técnicas por otros motivos.

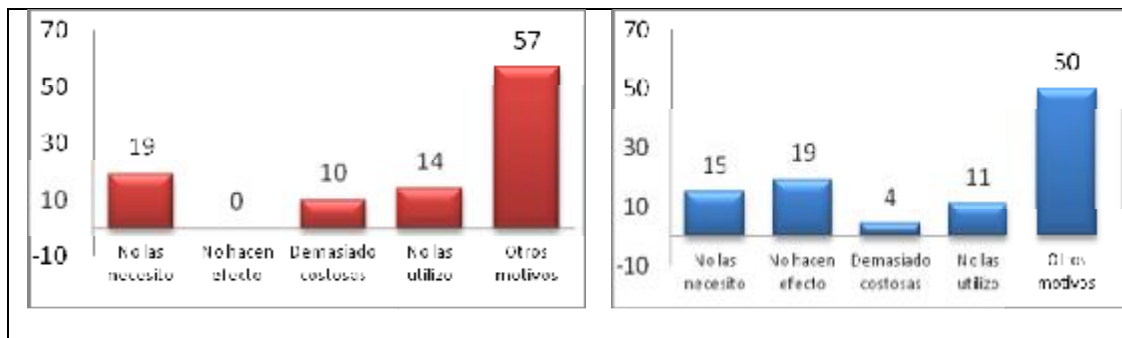


Figura 112. Porcentaje del motivo de no usar técnicas del programa a los seis meses (madre-rojo; padre-azul)

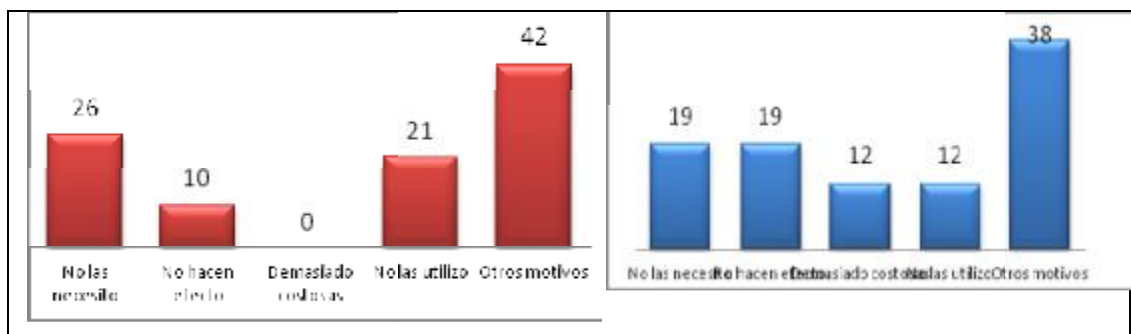


Figura 113. Porcentaje del motivo de no usar técnicas del programa a los doce meses (madre-rojo; padre-azul)

4.10.6. Utilidad de los cuadernillos y de los registros del programa familiar

Tabla 75. Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Seguimiento (pregunta 7) del grupo experimental (diseño intragrupo)

Variable	Seguimiento 6 meses		Seguimiento Doce meses		Significación estadística y magnitud diferencias			
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>	<i>D</i>
Utilidad de los cuadernillos del programa	2,16	0,83	1,93	0,75	2,41	310	0,02	.29
Utilidad de los registros del programa	2,16	0,85	2,06	0,83	1,06	310	0,29	-

Como se aprecia en la tabla 75 los padres han reducido levemente la utilidad de los cuadernillos y de los registros entre los seguimientos. Las figuras 114 y 115 reflejan el porcentaje de utilidad de cada método durante los seguimientos. Tanto las madres como los padres utilizan más ambos métodos al año de finalizar el programa.

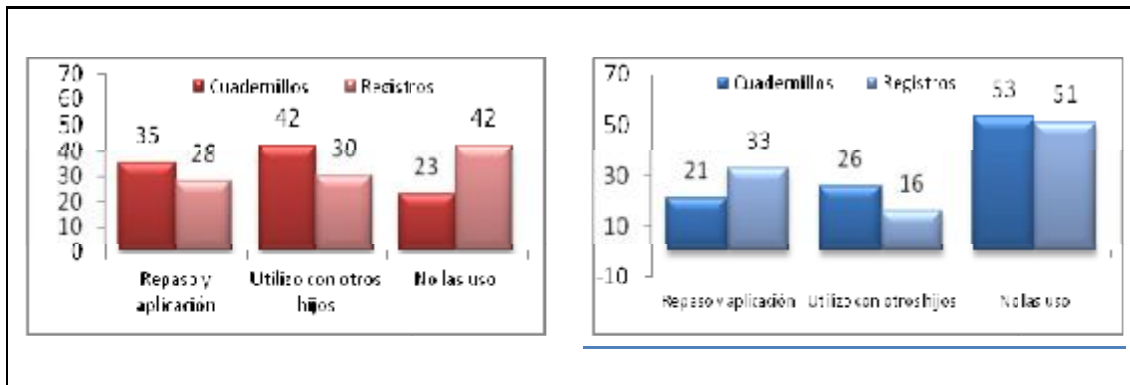


Figura 114. Porcentaje de la utilidad de los cuadernillos y de los registros del programa a los seis meses (madres-rojo; padre-azul)

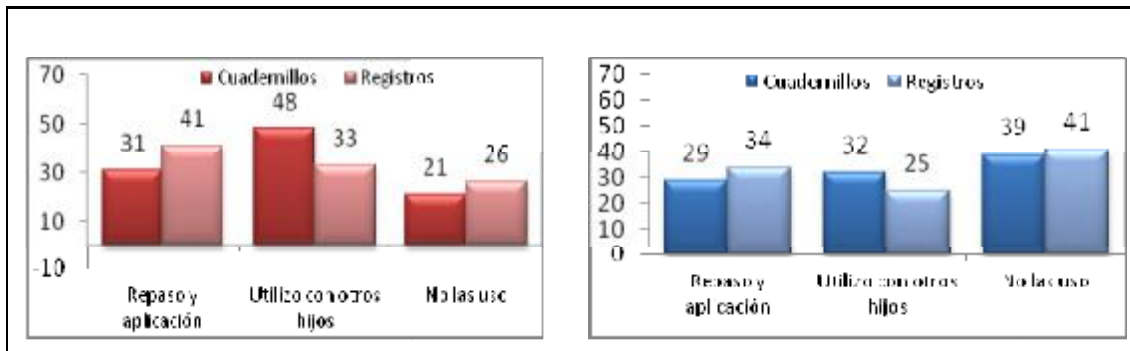


Figura 115. Porcentaje de la utilidad de los cuadernillos y de los registros del programa a los doce meses (madres-rojo; padre-azul)

4.11. Registro de Observación Conductual en las sesiones. Adaptado del programa de Foreham y McMahon, 2003)

Diseño intergrupos

En la tabla 76 se ofrece los resultados de la comparación de los grupos experimental y control con las puntuaciones del registro de Observación. Se destaca en sombreado azul los estadísticos descriptivos de ambos grupos en el pretest y en el seguimiento a los seis meses, por ser la comparación que ofrece mayor interés. Se presenta los resultados de las tres conductas observadas (reforzar, coacción y extinción).

Diseño intragrupo

En la tabla 77 se ofrece los resultados de la comparación de los cuatro momentos de medida con el registro de Observación, esto es, pretest, postest, seguimiento a los seis meses (medio plazo) y seguimiento a los doce meses (largo plazo), del grupo experimental. Se resalta en sombreado azul la comparación entre el pretest y el seguimiento al año, que es la más importante. Como en el apartado anterior se exponen los resultados de las tres conductas registradas (refuerzo, coacción y extinción).

Si se compara la tabla 77 con la anterior tabla 76 se observará pequeñas variaciones en las medias y desviaciones estándares del grupo experimental en el pretest, en el postest y en el seguimiento. Esta discrepancia se explica porque los análisis del diseño intergrupos se han realizado con los 160 participantes que completaron las tres evaluaciones (pretest, postest, seguimiento a los seis meses), mientras que los del presente diseño intragrupo se han llevado a cabo con los 152 participantes que completaron las tres evaluaciones anteriores más la evaluación del seguimiento a los doce meses (véase la tabla 43 con los participantes perdidos).

Capítulo 4. Resultados

Tabla 76. Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del registro de Observación de los grupos experimental y control (diseño intergrupos)

Factor (rango)						
Experimental	Pretest	Posttest	Seg. 6 meses	$F_{(1, 210)}$	P	η^2
Control						
Refuerzo (0-26)						
Experimental	3,01(2,82)	9,54(5,72)	9,29(5,45)	365,75	<0,001	0,70
Control	3,30(2,79)	3,56(2,68)	3,16(3,06)			
Coacción (0-22)						
Experimental	11,97(5,80)	4,70(4,56)	7,44(5,69)	913,42	<0,001	0,85
Control	13,91(4,96)	13,21(3,73)	11,79(5,46)			
Extinción (0-2)						
Experimental	0,82(0,98)	1,61(0,72)	1,66(0,60)	615,35	<0,001	0,79
Control	0,86(0,35)	0,95(0,31)	1,12(0,73)			

Tabla 77. Media (desviación estándar) y estadísticos de las tres conductas del Registro de Observación Conductual, en los cuatro momentos de medida del grupo experimental (diseño intragrupo)

Factor (rango)	Pretest	Postest	Seg. 6 meses	Seg. 12 meses	$F_{(3, 453)}$	P	η^2
Refuerzo (0-26)	3,01(2,82)	9,54(5,72)	9,29(5,45)	9,86(6,14)	62,76	<0,001	0,35
Coacción (0-22)	11,97(5,98)	4,70(4,56)	7,44(5,69)	6,97(6,56)	41,33	<0,001	0,26
Extinción (0-2)	0,82(0,98)	1,61(0,72)	1,66(0,60)	1,78(0,54)	64,76	<0,001	0,35

4.11.1. Refuerzo

4.11.1.1. Diseño intergrupos

Se constató un efecto principal de la intervención, es decir, el nivel de refuerzo aumentó significativamente en la relación padres-hijos que recibieron el programa familiar PEPA y se mantuvo igual en los controles.

Por otro lado, se produjo una interacción significativa de la intervención de tamaño grande, con los tres momentos de medida, $F_{(1, 210)} = 365,75; p < 0,001; \eta^2 = 0,70$.

En la figura 116 y en la tabla 76 se puede ver como las líneas de los grupos inician en un mismo punto y el grupo experimental aumenta significativamente en el postest y se mantiene en el seguimiento semestral. En cambio, el grupo control se mantiene invariable a lo largo de todo el estudio.

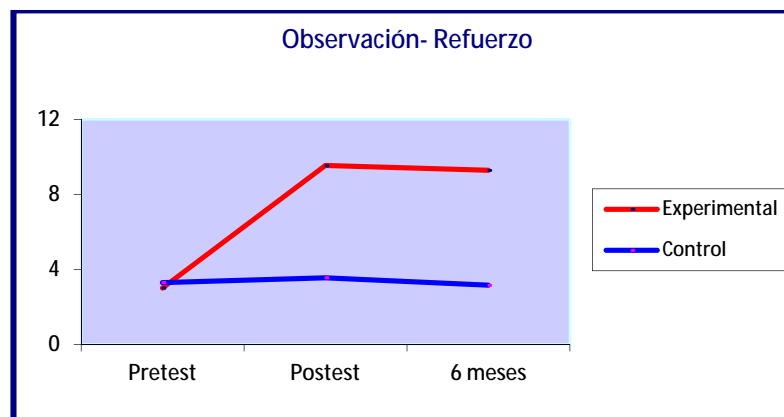


Figura 116. Puntuaciones en *Refuerzo* de los grupos experimental y control en el pretest, postest y seguimiento a los seis meses.

En resumen, se observó el aumento del refuerzo positivo en las familias con las que se intervino en el programa en un 25.1% en el postest y 24.5% en el seguimiento semestral. El grupo control mejoró la atención paternal en un 1% en el postest y disminuyó 0.5% a los seis meses.

4.11.1.2. Diseño intragrupo

Se constató un aumento en la frecuencia de refuerzo durante la intervención.

Hubo diferencias, de tamaño grande, en la comparación por pares en todos los momentos de evaluación, entre el pretest y el postest ($t = 6,53$; $p < 0,01$; $d = 1.45$); pretest y seguimiento a los seis meses ($t = 6,28$; $p < 0,01$; $d = 1.44$); y entre el pretest y el seguimiento a los doce meses ($t = 6,85$; $p < 0,01$; $d = 1.45$).

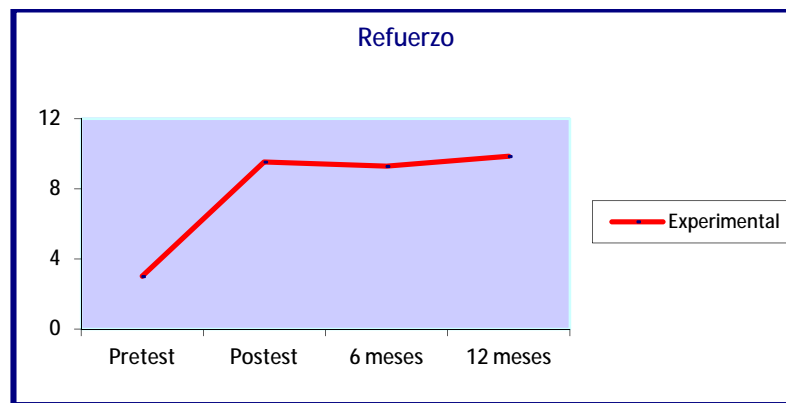


Figura 117. Puntuaciones en *Refuerzo* del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses.

Como se aprecia en la figura 117, la frecuencia de refuerzo social (alabanzas, felicitaciones, cumplidos, palmadas en la espalda, entre otros) dadas por los padres al hijo, aumentaron de manera significativa a lo largo de la intervención del programa familiar PEPA, manteniéndose estable dicha mejora a medio y largo plazo.

4.11.2. Coacción

4.11.2.1. Diseño intergrupos

Se constata un efecto principal en la intervención grande, con reducción significativa de la coacción parental en el grupo experimental.

Como se aprecia en la figura 118 y en la tabla 76 ambos grupos parten de medidas parecidas y tras la intervención, el grupo experimental reduce la coacción pero no se mantiene durante el seguimiento. En el grupo control apenas se observa la reducción de la coacción de los padres.

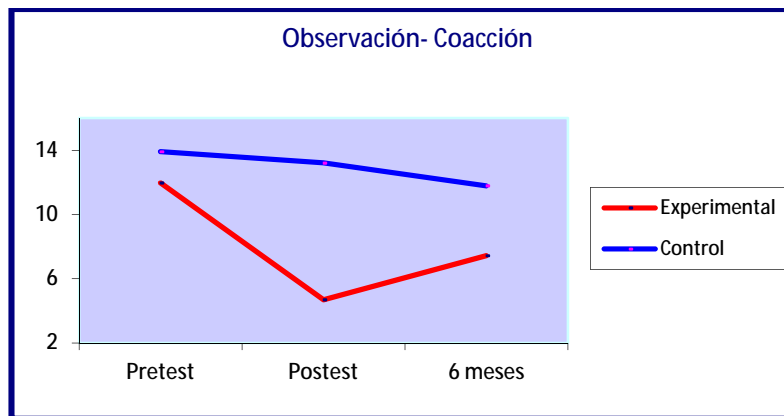


Figura 118. Puntuaciones en Coacción de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses.

En resumen, las conductas de coacción de los padres del programa familiar PEPA se redujeron significativamente durante la intervención. Durante todas las medidas evaluadas, los padres han dirigido menos negativamente a los hijos durante el rato de juego infantil observado, 33% en el posttest y 20.6% en el seguimiento semestral. El grupo control mejoró 3% y 9.6% en el posttest y seis meses respectivamente.

4.11.2.2. Diseño intragrupo

La prueba de efectos intra-sujetos señala diferencias significativas, constatando una reducción de la coacción parental.

Se produjo diferencias entre las evaluaciones: las familias del programa familiar PEPA redujeron significativamente las relaciones de coacción. El método Bonferroni de ajuste para comparaciones múltiples reveló diferencias significativas entre las medidas del pretest y del postest ($t = 7,28$; $p < 0,01$; $d = 1,36$); entre las medidas del pretest y del seguimiento a los seis meses ($t = 4,54$; $p < 0,01$; $d = 0,78$) y a los doce meses ($t = 5,01$; $p < 0,01$; $d = 0,80$), todas de tamaño grande, en el grupo experimental. El grupo de control no presenta significación en las comparaciones.

En la figura 119 y en la tabla 77 se observa que tras la mejora en el postest, hay un repunte a los seis meses y tiende de nuevo a reducirse en el seguimiento de los doce meses.

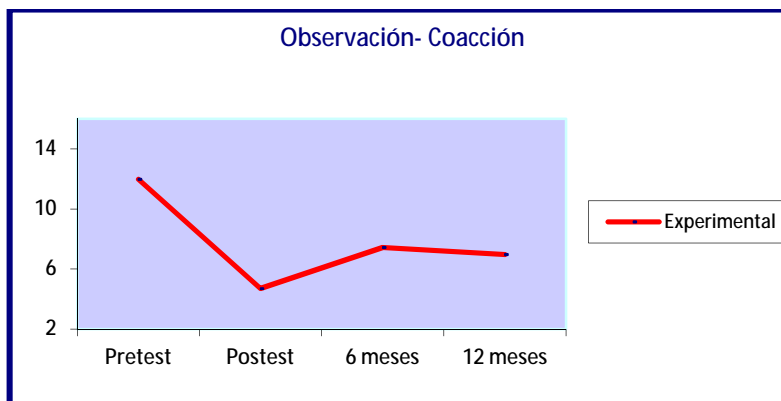


Figura 119. Puntuaciones en *Coacción* del grupo experimental en el pretest, postest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses.

En definitiva, se observa que el grado de coacción parental en la relación con el hijo se redujo, disminuyendo los padres el estilo impositivo y punitivo hacia otro tipo de relación más afectiva y de calidad con su hijo.

4.11.3. Extinción

Diseño intergrupos

Se constata un efecto principal de la intervención grande. El programa familiar PEPA consiguió aumentar significativamente la extinción de conductas inadecuadas durante la intervención, con respecto al grupo control que no presentó diferencias.

Por otro lado, La interacción alcanzó significación estadística, con los tres momentos de medida, $F_{(1, 210)} = 615,35; p < 0,001; \eta^2 = 0,79$.

En la figura 120 y en la tabla 76 se puede ver como se cruzan las líneas de los grupos al inicio del estudio y a lo largo de la intervención las familias del grupo experimental aumenta la extinción y se mantiene a los seis meses, mientras que el grupo control se mantiene casi invariable.

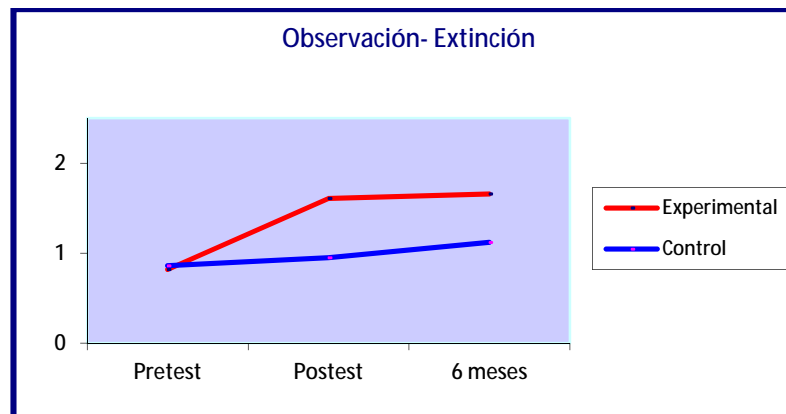


Figura 120. Puntuaciones en *Extinción* de los grupos experimental y control en el pretest, posttest y seguimiento a los seis meses.

En resumen, los padres que participaron en el programa familiar PEPA aprendieron a extinguir conductas inadecuadas de desobediencia, de distracción o quejas tras la intervención y ambos seguimientos (39.5%; 42% y 48%), a diferencia de los padres del grupo control que mantuvieron la atención negativa de conductas inadecuadas.

Diseño intragrupo

Se constatan diferencias significativas en todas las medidas evaluadas.

Al comparar las medidas, la magnitud de las mejora en todas las medidas es grande, entre el pretest y posttest, ($t = 7,90$; $p < 0,01$; $d = 0.92$); entre el pretest y seguimiento a los 6 meses ($t = 8,40$; $p < 0,01$; $d = 1.03$); y entre el pretest con el seguimiento a los doce meses ($t = 9,66$; $p < 0,01$; $d = 1.21$).

En la figura 121 y en la tabla 77 se observa un aumento estadísticamente significativo en el posttest, seguido de una mejora a los seis meses, que continúa al año.

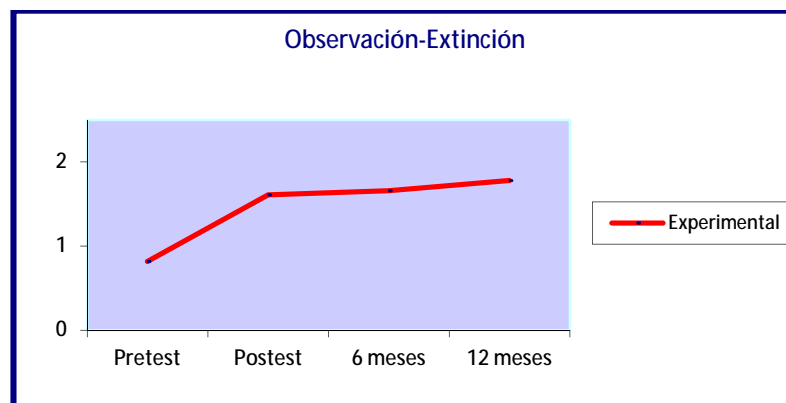


Figura 121. Puntuaciones en *Extinción* del grupo experimental en el pretest, posttest, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses.

Se constata que los padres han aumentado conductas de extinción de comportamientos inadecuados, dirigiendo la atención hacia comportamientos de más colaboración, que mejora la relación padres-hijos.

4.12. Registro de Atención Diferencial en el ambiente natural.

Diseño intergrupos

En la tabla 78 se ofrece los resultados de la media y desviación típica de los grupos experimental y control, con las puntuaciones del registro de Atención Diferencial. Se presentan los estadísticos descriptivos de ambos grupos, en el pretest y en el postest.

En este apartado se detallan los resultados del seguimiento de una tarea intersesión en las dos medidas ya descritas. Como se explica más detenidamente en el capítulo 2, la técnica de atención diferencial es la combinación de refuerzo positivo de conducta deseada y extinción de conducta indeseada. El terapeuta durante la entrevista motivacional realizó, con ambos grupos, el análisis funcional de dos conductas de desobediencia, identificadas como conductas-problema y que fueron objeto de la intervención en el programa familiar. Las conductas normalmente elegidas fueron interrupciones, lloriqueos, rabieta, quejas. Con respecto a la técnica empleada, los padres del grupo experimental recibieron instrucción didáctica, modelado, ensayo conductual y feedback semanal. Los padres del grupo control sólo recibieron instrucción didáctica en el pretest.

Diseño intragrupo

En la tabla 79 se presentan los resultados de la tareas intersesión del grupo experimental. A este grupo se le pidió que aplicara la técnica de atención diferencial con las dos conductas seleccionadas, en tres situaciones del ambiente natural, y apuntaran los progresos en un registro semanal, con rango (0-42).

Tabla 78. Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del RAD de los grupos experimental y control (diseño intergrupos)

Factor (rango)	Pretest	Posttest	$F_{(1, 210)}$	P	η^2
Atención Diferencial					
Experimental (0-42)	20,83(7,60)	28,84(7,24)	1680,39	<0,001	0,92
Control (0-42)	18,82(4,16)	17,54(4,68)			

Tabla 79. Media de las puntuaciones del RAD del grupo experimental (diseño intragrupo)

Factor (rango)	SE3	SE4	SE5	SE6	SE7	SE8	SE9
Atención Diferencial							
Experimental (0-42)	20	20	22	24	25	27	28

4.12.1. Diseño intergrupos

Como se parecía en la tabla 78 y en la figura 122, las conductas de obediencia aumentaron significativamente durante el programa familiar PEPA, mientras que el grupo control se mantuvo igual o ligeramente peor. Se constató un efecto principal de la intervención grande.

Hubo una interacción significativa de la intervención, de tamaño grande, con el momento de medida, $F_{(1, 210)} = 1680,39; p < 0,001; \eta^2 = 0,92$.

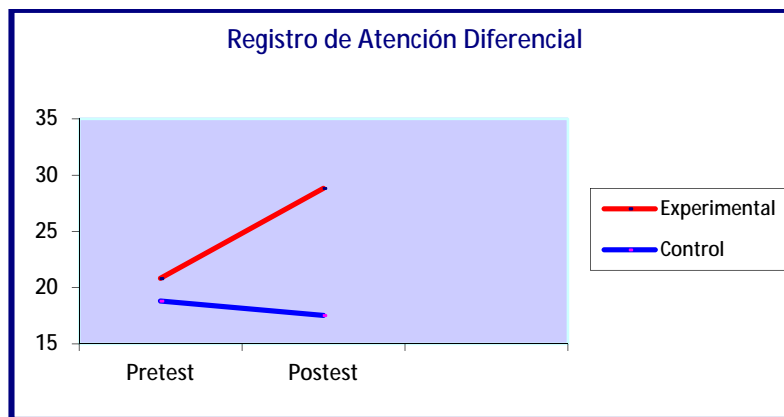


Figura 122. Puntuaciones en *Atención Diferencial* de los grupos experimental y control en el pretest y posttest

En resumen, se observó una mejora del 19% de las conductas de obediencia en las familias tras su participación en el programa familiar, mientras que el grupo control se mantuvo con los mismos problemas.

4.12.2. Diseño intragrupo

El método Bonferroni de ajuste para comparaciones múltiples puso de relieve diferencias significativas entre las medias del pretest y del postest, de tamaño moderado ($t = 8,02$; $p < 0,01$; $d = 0.44$) en el grupo experimental.

Como se aprecia en ambas figuras 123 y 124 hay un aumento significativo de las conductas obedientes en el grupo experimental, tanto en el proceso de cada sesión como midiendo el pretest y postest.

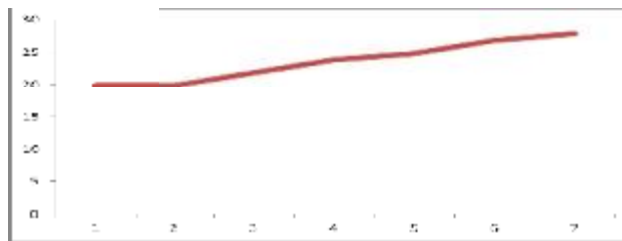


Figura 123. Gráfica de líneas de puntuaciones en Atención Diferencial en el grupo experimental (diseño intragrupo) en todas las medidas

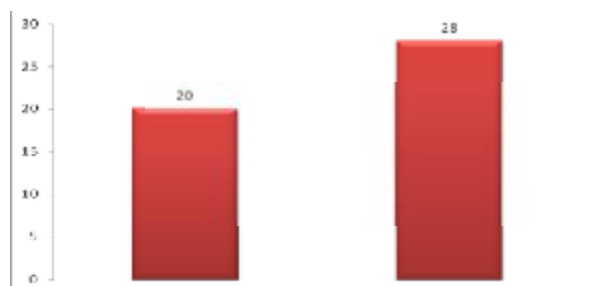


Figura 124. Gráfica de barras de puntuaciones en Atención Diferencial en el grupo experimental (diseño intragrupo) en el pretest y postest

Se puede concluir, que las familias que han recibido la intervención, con práctica continuada y feedback de su actuación, han conseguido disminuir considerablemente la conducta desobediente del hijo.

4.13. Secuencia de órdenes claras

4.13.1. Diseño intergrupos

En la tabla 80 se ofrece el porcentaje de los grupos experimental y control, con las puntuaciones del registro de Secuencias de Órdenes Claras. Se presentan las medidas de pretest, postest y seguimiento semestral del registro de observación de ambos grupos.

Como se explica más detenidamente en el capítulo 2, la secuencia de órdenes claras, es una técnica que consiste en una cadena de instrucciones que finaliza con la obediencia del hijo. El padre manda una orden clara al hijo y si obedece se detiene la secuencia en “A”; si no obedece, se le da al niño una advertencia “si...entonces” y si obedece, se detiene la secuencia en “B”; si no obedece ante la advertencia, al niño se le llevará al tiempo fuera y si obedece tras el tiempo fuera, se detiene la secuencia en “C”. En caso de desobediencia, se inicia de nuevo la secuencia en “A”.

Con respecto a la técnica empleada y en referencia al rato de observación del juego infantil, los padres tenían que dar órdenes a sus hijos, recogidas en una consigna. Por ejemplo, “a los tres minutos de juego, pídale que cambie de juego”. Esta orden, se registró, desde el pretest, tanto en el grupo experimental como en el control, sin haber recibido previamente ninguno de los dos grupos instrucción de la secuencia de órdenes claras. Sólo el grupo experimental recibió durante las sesiones 6, 7 y 8 del programa, instrucción didáctica de la secuencia de órdenes claras, modelado, ensayo conductual y feedback semanal. El grupo control no recibió información alguna en ninguna medida (pretest, postest y seguimiento a los seis y doce meses).

Como se aprecia en la tabla 80 y en la figura 125, el grupo experimental aumenta un 64% en el postest y un 74% a los seis meses la obediencia a la primera, siendo en el grupo control sólo el 17% y 16%, respectivamente.

Igualmente se aprecia que el grupo experimental disminuye las órdenes poco claras en todas las medidas de manera significativa, manteniéndose casi invariables los datos del grupo control.

Variables	Pre	Post	6 meses
	%	%	%
NI			
Experimental	23	-	-
Control	16	5	8
PC			
Experimental	76	29	26
Control	84	78	76
A			
Experimental	1	64	74
Control	-	17	16
B			
Experimental	-	6	-
Control	-	-	-
C			
Experimental	-	-	-
Control	-	-	-

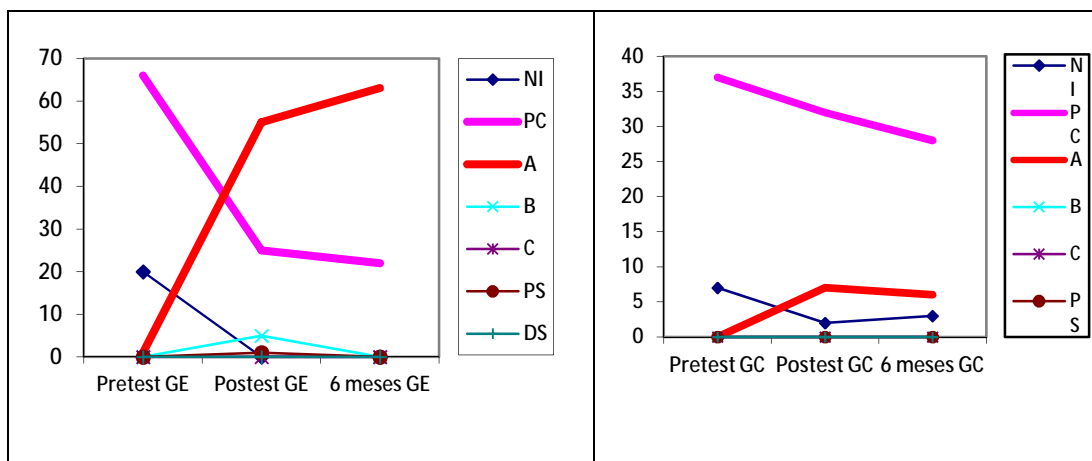


Figura 125. Gráficas de Secuencias de Órdenes Claras de grupo experimental y control

Nota: NI(no instrucción), PC(poco clara), A(obedece a la primera), B(advertencia), C(Tiempo fuera), PS(para la secuencia), DS(desobedece la secuencia)

4.13.2. Diseño intragrupo

Se presenta el porcentaje de las tareas intersesión en el medio natural del grupo experimental, con un total de 10 registros, dos por sesión, desde la sesión seis a la sesión diez.

Con respecto a la técnica empleada y en referencia a las tareas intersesiones, los padres del grupo experimental completaron 10 registros en casa/ambiente natural durante las sesiones 6-10 del programa familiar y recibieron instrucción didáctica, modelado, ensayo conductual y feedback semanal de la técnica de secuencia de órdenes claras de obediencia durante las sesiones 6-8. Los padres del grupo control no realizaron tarea intersesión. Al grupo experimental se les pidió que rellenaran los registros en cuanto iniciaran una orden con el hijo, anotando la secuencia (anexo 4). Se ha ido registrando semanalmente como medida de proceso.

Tabla 81. Porcentajes con las puntuaciones del Registro de Secuencia de Ordenes Claras del grupo experimental (diseño intragrupo)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NI	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
PC	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A	32	39	37	44	39	44	31	37	48	62
B	28	28	38	27	30	25	39	39	30	23
C	34	25	16	22	26	28	24	19	19	14
PS	1	2	0	2	1	1	2	1	1	0
DS	2	6	8	5	4	1	4	4	1	1

Nota: NI(no instrucción), PC(poco clara), A(obedece a la primera), B(advertencia), C(Tiempo fuera), PS(para la secuencia), DS(desobedece la secuencia).

Como se aprecia en la tabla 81 y en la figura 126, el porcentaje de conductas obedientes a la primera va aumentando a lo largo de la práctica de la técnica de secuencias de órdenes claras. Los padres, al final de la práctica, aumentaron en un 30% las conductas de obediencia de sus hijos.

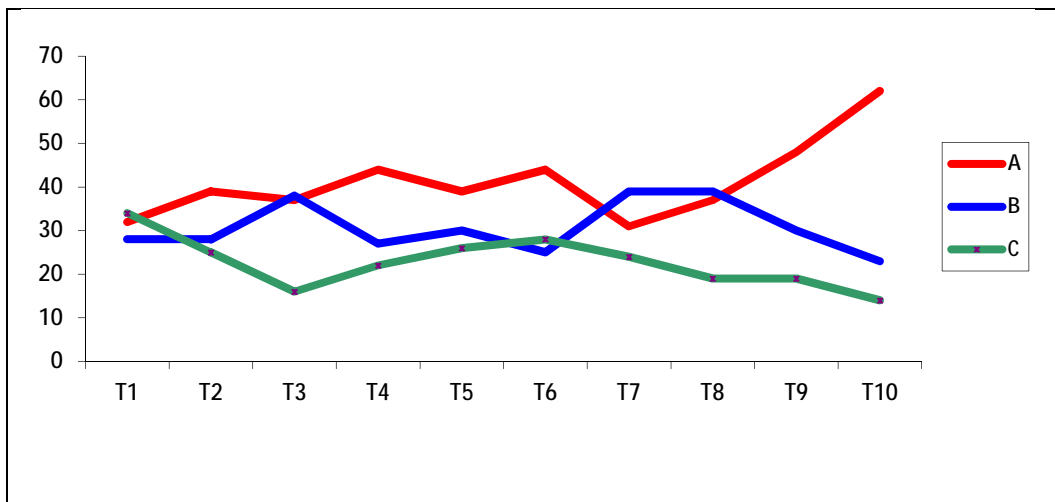


Figura 126. Gráfica tareas intersesiones del registro de Secuencias de Órdenes Claras(diseño intragrupo)

Nota: A(obedece a la primera) B(advertencia) C(Tiempo fuera)

También se aprecia una disminución de las advertencias ante la desobediencia en un 5% y una disminución de la aplicación del tiempo fuera en un 20%.

4.14. Resultados del cuestionario de Utilidad Clínica

Los profesionales formados en el programa PEPA en la Universidad de Murcia completaron una evaluación de la valoración de la utilidad clínica del programa familiar en su ejercicio profesional.

El cuestionario ha sido completado por 33 psicólogos, del total que participaron en la formación de la Universidad de Murcia, tanto propia del estudio como de la Escuela de Práctica Psicológica. Los participantes que faltan se deben a que no lo cumplieron o no tienen ejercicio clínico.

Los resultados extraídos fueron subdivididos en tres apartados:

4.14.1. Eficacia del programa.

4.14.2. Las técnicas del programa.

4.14.3. Los materiales del programa.

4.14.1. Eficacia del programa

4.14.1.1. Mejora del comportamiento infantil

Dentro de este apartado agrupamos varias cuestiones relativas al impacto del programa sobre la conducta del paciente, tanto la que se intentó cambiar utilizando las técnicas del programa PEPA, como la que no se intentó cambiar.

Como se observa en la tabla 82, aparecen en los estadísticos descriptivos la mejora de la conducta infantil en la práctica clínica, por la aplicación del programa.

Tabla 82. Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Utilidad Clínica (pregunta 1-cambio conductual con PEPA; pregunta 2- conductas que no intentaste cambiar con PEPA)		
Estadístico descriptivos+	Media	Desv. Típ.
Conductas que intentaste cambiar con PEPA (0-3)	2.24	0.48
Conductas que no intentaste cambiar con PEPA	1.30	0.67

Las respuestas se codificaron en escala tipo Likert, con rango (0 a 3), en las cuales se emplearon categorías diferentes en función del tipo de cuestión (“no han mejorado” con un 0 a “han mejorado muchísimo” con un 3). Se puede concluir que la conducta infantil que intentó cambiar con el PEPA mejoró bastante (2) y aquellas que no se intentaron cambiar con el PEPA, han mejorado entre algo y bastante.

Las figuras 127 y 128 nos muestran los porcentajes en la mejora conductual.

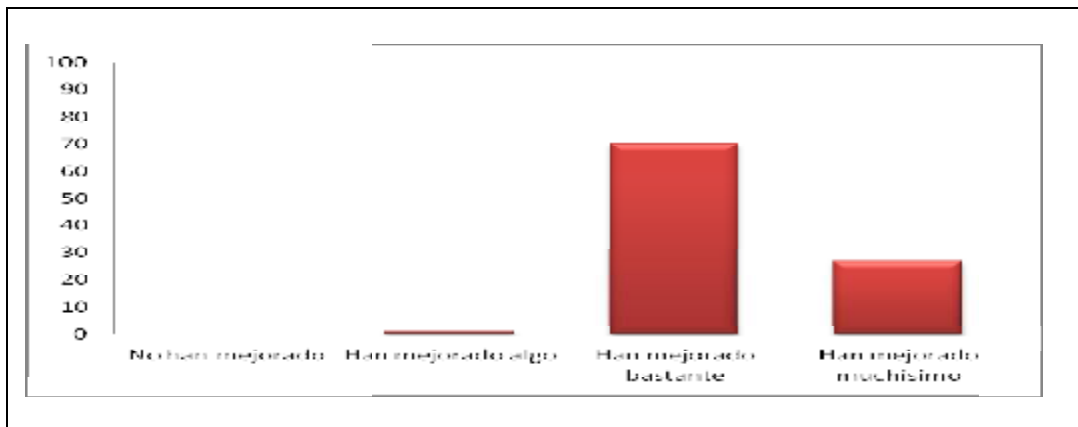


Figura 127. Porcentaje de las conductas cambiadas por las técnicas PEPA

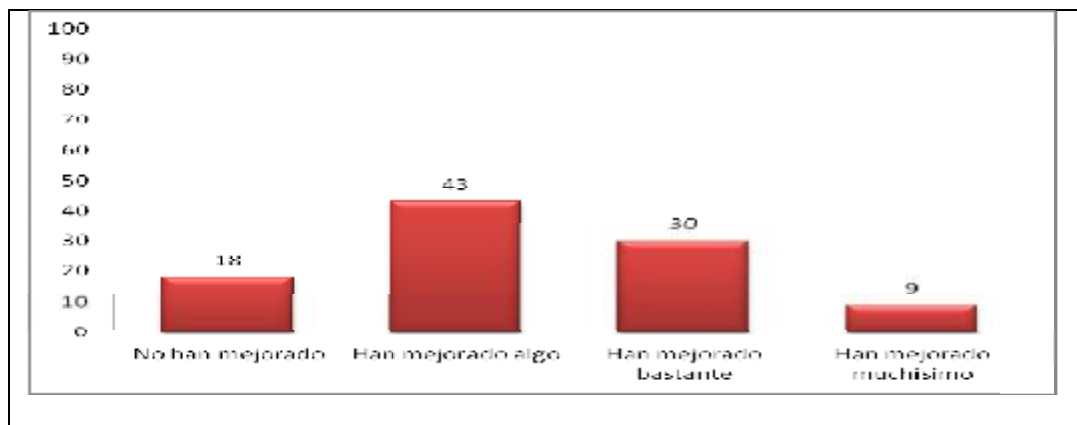


Figura 128. Porcentaje de las conductas que no intentaste cambiar con técnicas PEPA

4.14.2. Las técnicas del programa

4.14.2.1. Mejora del comportamiento por las técnicas y frecuencia de las técnicas en la práctica clínica

La información extraída en este apartado es sobre la valoración que hacen los profesionales sobre la utilidad y frecuencia en el empleo de las técnicas. Las preguntas fueron: “En qué medida sigues utilizando la técnica de....

Tabla 83. Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Utilidad Clínica (pregunta 3-utilidad de las técnicas; pregunta 4-frecuencia uso de las técnicas)		
Estadístico descriptivos	Media	Desv. Típ.
Utilidad de las técnicas	1.93	0.47
Frecuencia de compartir tiempo con el hijo	1.33	0.52
Frecuencia de elogiar y reforzar	1.75	0.57
Frecuencia de ignorar los comportamientos inadecuados	1.45	0.49
Frecuencia de cambiar errores educativos	1.57	0.54
Frecuencia de dar órdenes claras	1.69	0.51
Frecuencia de tiempo fuera	0.87	0.63
Frecuencia de normas y límites	1.63	0.53
Frecuencia de generalizar fuera de casa	1.18	0.75
Frecuencia de técnicas en general	1.33	0.46

Como se observa en la tabla 83 aparecen en los estadísticos descriptivos la utilidad y la frecuencia de las técnicas en el cambio de conducta infantil en la práctica clínica.

Las figuras 129 y 130 muestran los porcentajes de la utilidad y frecuencia del uso de las técnicas. El 97% de los profesionales (figura 129) consideran que la mejora del comportamiento infantil se debe a las técnicas.

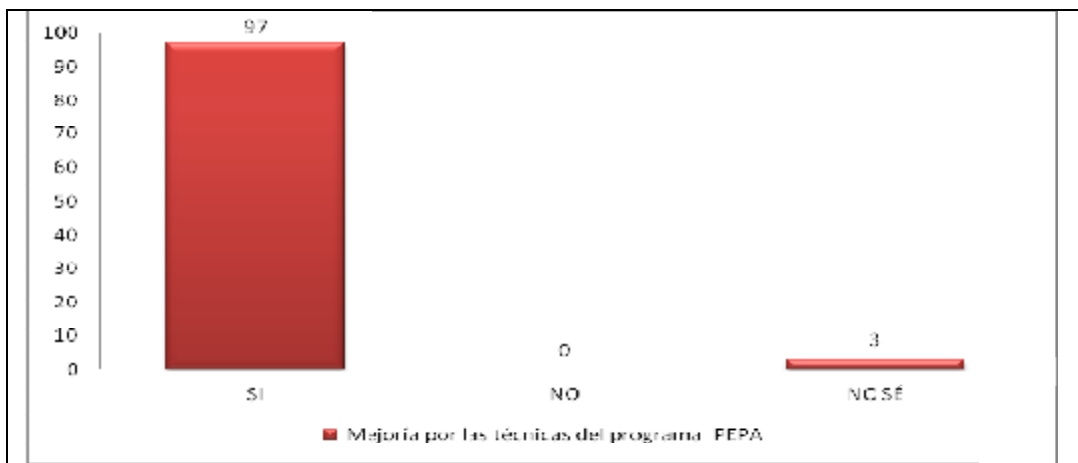


Figura 129. Porcentaje de la utilidad de las técnicas PEPA

En la figura 130 las respuestas fueron codificadas en una escala de 2 puntos (“nunca”=0; a menudo= 1; siempre =2), y se puede concluir que todas las técnica fueron valoradas entre a menudo y siempre por los profesionales, siendo la técnica de elogiar, cambiar errores educativos, dar órdenes y establecer normas, como la técnica casi siempre o siempre utilizada (color verde).

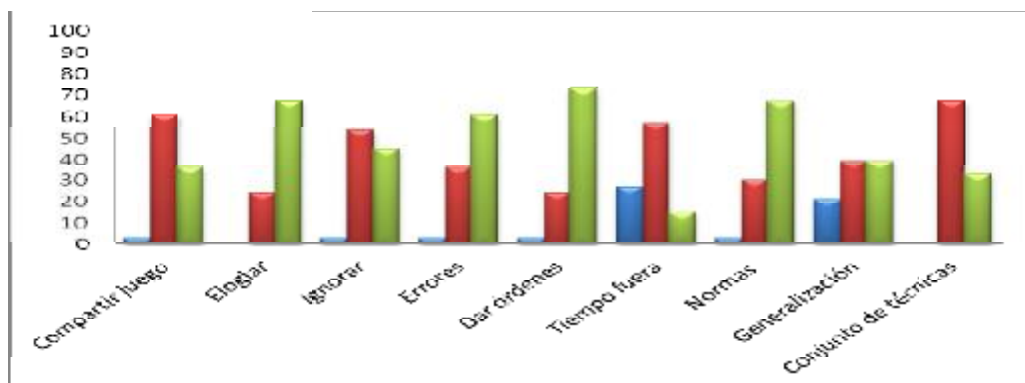


Figura 130. Porcentaje de la frecuencia de las técnicas PEPA usadas

4.14.2.2. No utilidad de las técnicas PEPA en la práctica clínica

La información extraída en este apartado es sobre la valoración que hacen los profesionales sobre la no ya utilidad de las técnicas PEPA. Las preguntas fueron: “Hay alguna técnica del programa que ya no te sea útil? si=1; no=0; técnica” “Nombra las técnicas que ya no te sean útiles”.

Como se observa en la tabla 84 aparecen en los estadísticos descriptivos la utilidad de las técnicas en el cambio de conducta infantil en la práctica clínica.

Tabla 84. Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Utilidad Clínica (pregunta 5- no utilidad de las técnicas; pregunta 6-técnicas no útiles)		
Estadístico descriptivos	Media	Desv. Típ.
No utilidad de las técnicas	0.09	0.28

Las figuras 131 y 132 muestran los porcentajes de la no utilidad de las técnicas. Sólo el 9% de los profesionales consideran, conforme refleja la figura 131, que ya no son útiles las técnicas del programa. En la figura 132 se observa la técnica del tiempo fuera como la considerada poco útil.

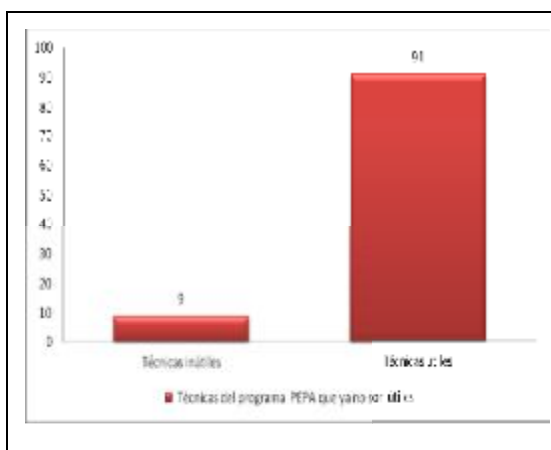


Figura 131. Porcentaje de la no utilidad de las técnicas PEPA

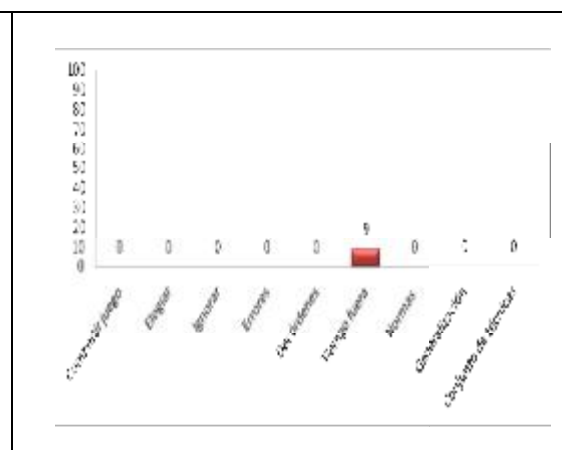


Figura 132. Porcentaje de las técnicas PEPA ya no usadas

4.14.3. Los materiales del programa

4.14.3.1. Utilidad de cuadernillos y registros del programa PEPA

La información extraída en este apartado es sobre la valoración que hacen los profesionales sobre la utilidad de los materiales del programa. Las preguntas fueron: “Te resultan útiles en la práctica clínica los cuadernillos”; “Te resultan útiles en la práctica clínica los registros”.

Como se observa en la tabla 85 aparecen en los estadísticos descriptivos la utilidad de los materiales en la práctica clínica.

Tabla 85. Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Utilidad Clínica (pregunta 7- utilidad del cuadernillo y registros)		
Estadístico descriptivos	Media	Desv. Típ.
Cuadernillos	1.78	0.58
Registros	1.96	0.16

Las respuestas fueron codificadas en una escala de 0 a 2 puntos (de “útil= 2, inútil=1 y no sé =0”), y se puede concluir que los dos materiales del programa fueron valorados muy positivamente por los profesionales.

La figura 133 muestra las puntuaciones obtenidas en la utilidad de los materiales empleados en el programa familiar.

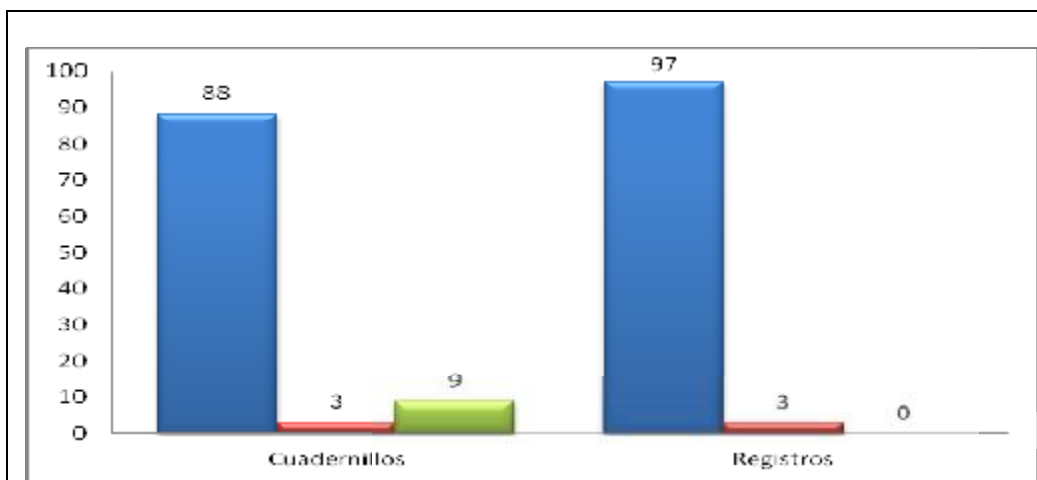


Figura 133. Porcentaje de la utilidad de los materiales del PEPA

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este capítulo se presentará la discusión de la investigación, contrastándola con la bibliografía previa citada en el apartado de fundamentación teórica así con las hipótesis planteadas y los resultados de cada una de ellas. Finalizará con las limitaciones del estudio, futuras líneas de investigación y conclusiones del estudio.

5. 1. Discusión del estudio, limitaciones actuales y futuras líneas de investigación

5. 1.1. Discusión

El objetivo de este estudio ha sido la elaboración y valoración de un programa familiar para prevenir problemas de desobediencia en la infancia, fundamentado en la teoría y evidencia previa sobre el desarrollo de los problemas de conducta.

Un gran número de investigaciones han demostrado consistentemente durante los últimos 40 años las conexiones entre los factores de riesgo del niño, la familia y la escuela y el posterior desarrollo de conductas antisociales. Varios destacados investigadores (por ejemplo, Dishion y Piehler, 2007; Dodge, 1993; Moffitt, 1993; Patterson, Reid, y Dishion, 1992; Patterson y Fisher, 2002) han ayudado a integrar esta literatura en un conjunto de teorías de sólida base sobre el desarrollo de conductas antisociales. La extensa literatura sobre el desarrollo de conductas antisociales subraya algunas implicaciones obvias para las intervenciones. En primer lugar, una intervención temprana sincronizada con los estadios clave de desarrollo es crucial. Estudios de resultados de tratamiento sugieren que las intervenciones para tratar trastornos de conducta (TC) son de efecto limitado cuando se administran durante la adolescencia después de que hayan arraigado conductas delictivas y agresivas, y ya se hayan desarrollado los factores de riesgo tales como el fracaso académico, absentismo escolar, abuso de sustancias y formación de grupos de pares desviados (Dishion y Piehler, 2007; Offord y Bennet, 1994). En segundo lugar, las intervenciones efectivas precisan modificar múltiples factores de riesgo en cada uno de los distintos entornos. La cada vez mayor resistencia al tratamiento desarrollada en sujetos de mayor edad con TC se origina debido a que las conductas delictivas se incorporan al conjunto más amplio de sistemas de refuerzo, incluyendo los que se dan a nivel de la familia, de la escuela, del grupo de pares, del vecindario y de la comunidad (Lynam et al., 2000). Avances

significativos en la conceptualización y práctica de la ciencia de prevención en la salud mental subrayan que las intervenciones deben abordar múltiples factores de riesgo y de protección y estar conectadas a modelos teóricos y del ciclo vital. La intervención temprana en los distintos contextos puede contrarrestar factores de riesgo y reforzar factores de protección, ayudando de esa forma a prevenir una trayectoria evolutiva hacia conductas cada vez más agresivas y violentas en su vida adulta.

Padres e hijos desarrollan interacciones coercitivas que se originan a partir de un patrón de refuerzo negativo en el que los padres acceden a peticiones desafiantes y demandas cada vez mayores por parte de los hijos (Patterson et al., 1992). A su vez, el padre recurre a prácticas de disciplina dura o abusiva cuando aumenta la mala conducta severa del hijo. Las características interpersonales parentales específicas ponen a padres e hijos en riesgo de desarrollar estas interacciones inadaptadas, incluyendo psicopatología parental, conflicto interparental y divorcio, depresión y aislamiento maternal y falta de apoyo (Knutson, DeGarmo, Koepl, y Reid, 2005).

El contexto familiar se convierte en terreno fértil para las primeras conductas antinormativas, que después se convertirán en conductas antisociales a través de las experiencias sociales diarias del niño en otros entornos (Reid y Eddy, 2002).

Muchos estudios consideran las variables familiares como responsables del inicio y mantenimiento de los problemas de conducta, por lo que la intervención temprana es decisiva para la modificación de conducta (Díaz- García y Díaz-Sibaja, 2005). El convertir a los padres en agentes activos y de cambio (Barlow y Stewart-Brown, 2000) va a resultar un avance importante en los estudios sobre programa de prevención y tratamiento infanto-juvenil.

La revisión bibliográfica (Olivares y García-López, 1997) y bibliométrica (García-López, Olivares y Ana I. Rosa, 1997) del entrenamiento a padres en España

hasta el año 1997 señala que hay un escaso número de trabajos científicos sobre este tema, con mayor proporción de estudios teóricos que empíricos; siendo la mayoría de los trabajos teóricos de revisiones y mayor porcentaje de estudios empíricos sobre estudios de casos. Por tanto, la escasez de estudios de este tipo en nuestro país y la necesidad de generar instrumentos útiles en la intervención sobre los problemas de conducta de acuerdo a nuestros rasgos culturales (Olivares et al, 2002) nos lleva al desarrollo de un programa educativo para padres y educadores para disminuir la desobediencia en la primera etapa de la infancia.

El programa familiar objeto de estudio se plantea desde una perspectiva individual-familiar de colaboración entre padres y terapeuta y un modelo mixto, dada su fundamentación educativa y conductual. Para garantizar la eficacia del programa, su elaboración se fundamentó en la evidencia y recomendaciones establecidas por la literatura previa en cuanto a elementos clave (Kazdin, 2001) y formato y metodología empleada (NICE, 2006; UNODC, 2009). Este programa cuenta con un buen fundamento teórico; está adaptado a la edad y al nivel de desarrollo de los niños; su duración está ajustada al número óptimo de sesiones recomendado; los padres participan de manera activa durante las sesiones a través de actividades y técnicas; utiliza un manual y material específico dentro de cada sesión; y proporciona a los padres habilidades de disciplina positiva y promueve la interacción positiva con el hijo.

El estudio se plantea la consecución de un objetivo principal, enfocado a elaborar y valorar la validez social del programa, su eficacia e impacto, evaluar los resultados del programa y evaluar el mantenimiento de los cambios a medio y largo plazo. Los hallazgos más relevantes serán descritos y discutidos a lo largo de este apartado.

Las hipótesis del estudio son las siguientes:

Con respecto al niño:

1. El programa PEPA disminuirá la intensidad de las conductas infantiles problemáticas.
2. El programa PEPA reducirá el número de conductas problemáticas.
3. La aplicación del programa PEPA mejorará la conducta infantil de manera significativa.
4. El programa PEPA aumenta obedecer a la primera.

Con respecto a los padres:

5. El programa PEPA aumentará en los padres un estilo educativo más asertivo.
6. El programa PEPA mejorará el estado cognitivo- afectivo de los padres.
7. El programa PEPA aumentará el ajuste marital.
8. El programa PEPA aumentará el reforzamiento social de la conducta obediente del niño.
9. El programa PEPA disminuirá la coacción de los padres al niño.
10. El programa PEPA aumentará la aplicación de la extinción.

Con respecto a los profesores:

11. El programa PEPA generalizará al contexto escolar, con el aumento de conductas obedientes dentro del aula.

Con respecto al programa:

12. Los padres del programa PEPA estarán satisfechos con el desarrollo del programa y lo considerarán útil para prevenir problemas de conducta infantil.
13. Los padres seguirán valorando positivamente el programa a los seis y doce meses.

Las 11 primeras hipótesis se plantean igualmente para el seguimiento a los 6 y 12 meses.

Tabla 86. Evidencia observada en los resultados respecto a las hipótesis				
	Hipótesis del programa familiar PEPA	Postest	6 meses	12 meses
NIÑOS				
1	El programa PEPA disminuirá la intensidad de las conductas infantiles problemáticas	X	x	x
2	El programa PEPA reducirá el número de conductas problemáticas	X	x	x
3	La aplicación del programa PEPA mejorará la conducta infantil de manera significativa	--	x	x
4	El programa PEPA aumenta obedecer a la primera	X	x	x
PADRES				
5	El programa PEPA aumentará en los padres un estilo educativo más asertivo	X	x	X
6	El programa PEPA mejorará el estado cognitivo- afectivo de los padres	X	x	X
7	El programa PEPA aumentará el ajuste marital	--	x	X
8	El programa PEPA aumentará el reforzamiento social de la conducta obediente del niño	X	x	X
9	El programa PEPA disminuirá la coacción de los padres al niño	X	x	X
10	El programa PEPA aumentará la aplicación de la extinción	X	x	X
PROFESORES				
11	El programa PEPA generalizará al contexto escolar, con el aumento de conductas obedientes dentro del aula	X	x	X
PROGRAMA				
12	Los padres del programa PEPA estarán satisfechos con el desarrollo del programa y lo considerarán útil para prevenir problemas de conducta infantil	X		
13	Los padres seguirán valorando positivamente el programa a los seis y doce meses		x	x
Las 11 primeras hipótesis se plantean igualmente para el seguimiento a los 6 y 12 meses.				

Hipótesis con respecto al niño**Hipótesis 1: El programa PEPA disminuirá la intensidad de las conductas infantiles problemáticas**

Los resultados obtenidos confirman las hipótesis 1, el programa PEPA ha disminuido las conductas infantiles problemáticas, y está en consonancia con la publicación previa. Al igual que otros estudios, como Olivares, Méndez y Maciá (1997), este programa ha utilizado estrategias para modificar intervenciones padres-hijos, con el fin de fomentar la conducta prosocial y disminuir o eliminar comportamientos desadaptados.

El inventario Eyberg de Conducta Infantil (ECBI) mide la intensidad y problemas del comportamiento infantil. La intensidad de los problemas de los niños participantes en este estudio está cerca del punto de corte y son niños con problemas de conducta. Los resultados confirmaron una disminución de la intensidad de los problemas en 1%; 10.5% y 12% en el posttest, seguimientos semestral y anual respectivamente. La intensidad de las conductas problemáticas infantiles disminuyeron significativamente con respecto al pretest, con mejoras de tamaño grande a los seis meses ($d = 0,75$) y doce meses ($d = 0,80$). Las comparaciones del posttest con los seguimientos fueron de tamaño mediano y corroboraron la reducción a los seis ($d = 0,64$) y a los doce meses ($d = 0,68$). No se halló significación estadística entre pretest-posttest y entre ambos seguimientos; lo cual indica que la mejora de las conductas problemáticas surge a lo largo de los seguimientos (seis meses) y se mantiene estable en el tiempo (doce meses). Respecto a los efectos según el tipo de intervención, los programas de prevención, destinada a la población de riesgo, obtienen tamaños del efecto mayores

en comparación con la prevención universal, quizás porque existe mayor margen para el cambio en personas que presentan riesgo o síntomas (Neil y Christensen, 2009).

Estos resultados, con mejorías a medio y largo plazo, van a ser el patrón a lo largo del estudio. El hecho de que este tipo de intervenciones resulte eficaz principalmente a largo plazo puede explicarse por la necesidad de un periodo de tiempo para integrar en el repertorio de conducta las habilidades enseñadas antes de transferirse a la vida diaria (Quayle, 2001). Kendall (1991) define este requisito como el “efecto durmiente” de los procedimientos cognitivo-conductuales. El fenómeno se puede ilustrar con el aprendizaje de la conducción. El conductor recién salido de la autoescuela es capaz de conducir, pero se muestra inseguro y poco diestro al volante (postest). La Dirección General de Tráfico no deja de considerarle novato, obligatoriedad de la “L” (learner), hasta que transcurre un año (seguimiento), que es el tiempo mínimo exigible para dominar la conducción (Orenes, A.M., 2015).

También se ha sugerido que los beneficios reales de los programas de prevención se constatan cuando se enfrentan a situaciones de la vida, lo que ocurre en los meses o años posteriores (Possel et al., 2004). Además, algunos autores, por ejemplo Cardemil et al. (2002), proponen que los efectos en el seguimiento son los únicos que propiamente pueden considerarse “efectos de prevención”, puesto que los obtenidos tras la intervención serían más bien “efectos de tratamiento”.

Los principales revisiones de McMahon y Forehand (2003) sobre entrenamientos en técnicas para afrontar el comportamiento del niño señalan resultados similares con respecto a la disminución de los problemas de comportamiento de los niños (Paterson, 1974); reducción del número e intensidad de los problemas de conducta infantil y mejora de la interacción madre-hijo en el grupo experimental, tanto a nivel postratamiento como en los seguimientos a los 3 meses.

(Wolfe, Sandler y Kaufman, 1981); reducción en el número e intensidad percibida de los problemas de conducta (Scott y Stradling, 1993); disminución de los problemas de comportamiento y satisfacción con el tratamiento.

Los resultados más favorables en las revisiones se encuentran en los metaanálisis de Serketich y Dumas (1996), Lundahl et al. (2006), y Maughan et al. (2005), en los que se obtuvo una intensidad del efecto sobre el comportamiento del niño entre alta y moderada, evidenciando la fortaleza de la intervención de padres. Lochman y Steenhoven (2002) indican en su estudio que en todas las intervenciones en las que se realizó un entrenamiento con padres se hallaron mejoras en las prácticas parentales y/o disminución de la conducta externalizante en el niño.

Hipótesis 2: El programa PEPA reducirá el número de conductas problemáticas

También se confirma, hipótesis 2, una reducción de la percepción de los problemas de conducta en todas las medidas del estudio (postest, semestral y anual), con un 8%; 28% y 34% respectivamente. Con respecto al grupo control, no hubo mejoría en la variable analizada. El número de conductas infantiles que los padres reconocieron que representaban un problema para ellos experimentó en el grupo experimental un descenso y una disminución significativa $F_{(1, 210)} = 352,09$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,81$, tanto en el postest como en los seguimientos, percibiendo que sus hijos presentaban menos conductas problemáticas que antes del programa familiar PEPA.

El número de conductas infantiles problemáticas para los padres se redujo tanto al finalizar la intervención del programa PEPA con un tamaño pequeño ($d = 0,27$) como con gran mejoría a los seis meses ($d = 0,88$) y doce meses ($d = 1,16$). Estos resultados muestran que las conductas problemáticas disminuyen de forma

significativa en el posttest y siguen disminuyendo significativamente durante los seguimientos, continuando la mejoría al año.

Los resultados en la reducción de los problemas de conducta y en la percepción de su mejora por parte de los padres en el programa familiar PEPA, confirman la idea que los programas de entrenamiento para padres son eficaces en mejorar la conducta de los niños pequeños con trastorno de conducta (Richardson y Joughin, 2002).

Al igual que el estudio presente, hay otros estudios que evidencian que el entrenamiento a padres es una de las intervenciones más investigadas y que mejores resultados presentan, identificándolos como una de las intervenciones más prometedoras en el campo de los problemas de conducta (Kazdin, 1997).

Entrenamientos a padres revisados (Barlow y Stewart-Brown, 2000; Dimond y Hide, 1999; Lundhal, Risser y Lovejoy, 2006; Maughan et al., 2005; Reyno y McGrath, 2006; Richardson y Joughin, 2002; Serketich y Dumas, 1996; Taylor y Biglan, 1998; Todres y Bunston, 1993) evidencian eficacia en la promoción de cambios positivos tanto en la conducta del niño como de los padres, en la mejora de la comunicación entre padres e hijos, en el incremento de las habilidades parentales y en la reducción de los problemas de conducta, en la mejora de la depresión materna y en la disminución del estrés parental.

Tucker y Gross (1997) encontraron en sus revisiones que la intervención conductual con padres es una estrategia para manejar la conducta de niños menores de 5 años. Estudios reflejan que sobre los 5 años un 50% de padres se quejan de conductas desobedientes. Con respecto a este dato, la edad de participación en el estudio fue de 3 años (37%), 4 años (30%), 5 años (19%) y 6 años (14%),

considerando este programa una intervención preventiva de los problemas de conducta desobediente que pueda surgir a edades posteriores.

Estudios epidemiológicos ponen de relieve la frecuencia de los problemas de conducta de tipo disruptivo en la infancia (Campbell, Shaw y Gilliom, 2000; Edward, Ceillachair, Bywater, Hughes y Hutchings, 2007). La prevalencia de estos trastornos de conducta infantil es en niños (6,9%) y en niñas (2,8%), buscando ayuda profesional ante las dificultades creadas (Garrán, Greciano, Castro y Esperón, 2007). En el programa PEPA la participación por género, 132 niños y 91 niñas, confirma la prevalencia mayor en niños.

Hipótesis 3: La aplicación del programa PEPA mejorará la conducta infantil de manera significativa

Con respecto a la hipótesis 3, la aplicación del programa PEPA ha mejorado la conducta infantil de manera significativa, aunque no se confirma en todas las medidas de las pruebas evaluadas para la conducta infantil.

El programa aumenta su efectividad en la mejora de las conductas, en todos sus factores, a lo largo de los seguimientos semestral y anual. En el postest hay un aumento, aunque no significativo, de algunas conductas de los niños. Coherente con la publicación consultada, Robles y Romero (2011), realizaron una revisión sobre la eficacia de los programas de entrenamiento para padres desde 1989 a 2009, siendo los resultados satisfactorios en la promoción de cambios positivos en la conducta de los niños (Dimond y Hide, 1999; Lundhal et al., 2006; Maughan et al., 2005; Rey, 2006; Richardson y Joughin, 2002; Serketich y Dumas, 1996; Todres y Bunston, 1993; Tucker y Gross, 1997).

Las dos pruebas de este estudio que miden la conducta infantil son el ECBI y CBCL. El inventario de conductas de Eyberg refleja las quejas de los padres ante

desafíos y desobediencias de los niños, con una escala de intensidad de las quejas y también ofrece un perfil de la tolerancia o no a dichos problemas en una escala de percepción de problemas. Los resultados del estudio en dicha prueba indican que las conductas de oposición disminuyeron significativamente, mejorando las respuestas de colaboración, sin enfados y quejas, para las rutinas diarias de comer y dormir, con mayor capacidad de concentración y de atención ante tareas. El CBCL/1½-5 (Achenbach & Rescorla, 2000) es un instrumento estandarizado para evaluar psicopatología en niños y adolescentes, más comúnmente utilizado en estudios clínicos y en numerosos estudios epidemiológicos. Se obtienen escalas que reflejan distintos problemas comportamentales y emocionales.

Ambas pruebas evalúan problemas de conductas, la primera desde la desobediencia para realizar rutinas, y la otra, desde la patología. De ahí, que ante factores aparentemente iguales, los resultados sean diferentes, por la medición que realizan. Lo que sí se confirma es que en ambas pruebas las conductas de desobediencia mejoran más respecto al resto de factores. La desobediencia mejoró 9,2% en ambas pruebas, inventario de conducta infantil de Eyberg (ECBI) e inventario de comportamiento de niños de Achenbach y Rescorla (CBCL) durante el seguimiento semestral, mientras que el grupo control empeoró 5,79% en el ECBI y 1,3% en el CBCL en la misma medida. Ambas pruebas tuvieron un efecto de tamaño moderado entre pretest y los seis y doce meses respectivamente en ECBI ($d = 0,57$; $d = 0,51$) y CBCL ($d = 0,45$ y $d = 0,65$) en el grupo experimental.

Los factores en los que se confirma la hipótesis en todas las medidas (postest, semestral y anual) de las pruebas son, para el inventario de Eyberg (ECBI) el factor agresión 3%; 7% y 8% , inatención 0.5%; 9% y 8% y dormir 1%; 10% y 15% y para el cuestionario de Achenbach y Rescorla (CBCL) el factor depresión (1%; 4% y 5%),

hiperactividad (1%; 6% y 7%), desobediencia (1%; 9% y 12%), reacción emocional (1%; 5% y 6%), problemas de atención (2%; 5% y 7%) y agresión (3%; 8% y 9%).

El resto de factores mejoraron todos, en ambos seguimientos, semestral y anual. En el ECBI, el factor enfado 9% y 11%; desobediencia 10% y 9%; y comer 5% y 5%. En el CBCL en el factor ansiedad 5% y 5%; desarrollo 3% y 4%; ansiedad/depresión 4% y 6%; Somatizaciones 1% y 1%; desarrollo 4% y 5%; problemas de sueño 7% y 7%; y otros problemas 4% y 4%.

Se logró mejoría en todos los factores en los seguimientos. El hecho de que este tipo de intervenciones resulte eficaz únicamente a largo plazo puede explicarse por el “efecto durmiente” de los procedimientos cognitivo-conductuales y por los “efectos de prevención”, comentados anteriormente.

A pesar de que algunos autores sugieren que la evaluación basada sólo en la información proporcionada por los padres parece sobreestimar el efecto de la intervención (Maughan et al., 2005), en general, las revisiones revelan que el entrenamiento de padres logra mejoras en la conducta del niño y de los padres independientemente del tipo de instrumento de evaluación empleado (Barlow y Stewart-Brown, 2000; Tucker y Gross, 1997). Por ejemplo, Kazdin (1997) indica en su revisión que los efectos del tratamiento evidencian marcadas mejoras en la conducta del niño, tanto en los registros de observación de conducta realizados en el contexto familiar y escolar, como en las escalas de calificación cumplimentadas por padres y profesores.

En síntesis, los hallazgos de los estudios sugieren que el entrenamiento de padres es una de las intervenciones más investigadas y que mejores resultados presenta, tanto en medidas procedentes de informes de padres y profesores como en observaciones realizadas en el contexto familiar y escolar (Barlow y Stewart-Brown,

2000; Tucker y Gross, 1997), consolidándose como una intervención robusta en lo que respecta al desarrollo de las habilidades parentales y reducción de los problemas de conducta en edades tempranas (Dimond y Hide, 1999; Lundhal et al., 2006; Maughan et al., 2005; Rey, 2006; Richardson y Joughin, 2002; Serketich y Dumas, 1996; Todres y Bunston, 1993; Tucker y Gross, 1997), promoción de las interacciones positivas entre padres e hijos (Tucker y Gross, 1997), mejora de las conductas y actitudes de los padres hacia sus hijos (Sampers et al., 2001), incremento de la comunicación y resolución de problemas entre padres e hijos (Lochman y Steenhoven, 2002). Por todo ello, el entrenamiento de padres se plantea como una intervención de elección entre diferentes tipos de tratamientos psicosociales (Brestan y Eyberg, 1998) y frente a otras formas de intervención familiar (Farrington y Welsh, 2003) en el tratamiento de los problemas de conducta.

Hipótesis 4: El programa PEPA aumenta obedecer a la primera

Se confirma la hipótesis 4, el programa familiar PEPA ha aumentado de manera significativa la obediencia a la primera. Los datos alcanzados están en consonancia con los resultados de mejora del comportamiento infantil del presente estudio y con la obra consultada, donde se asocia comportamientos perturbadores con la pauta de ejercitar la autoridad, con más órdenes y de forma airada, humillante o recriminatoria (Griest, Forehand, Wells y McMahon, 1980).

La secuencia de órdenes claras, es una técnica que consiste en una cadena de instrucciones que finaliza con la obediencia del hijo. El padre manda una orden clara al hijo y en cuanto obedece se detiene la secuencia. Durante el estudio se han utilizado dos medidas de proceso con respecto a la secuencias de órdenes claras;

registro de observación en laboratorio para ambos grupos y registro de tareas intersecciones en casa para grupo experimental.

La primera consistió, dentro de la observación del juego infantil en laboratorio, en el registro de órdenes ante consignas dadas a los padres. Estas órdenes se registraron en ambos grupos, experimental y control, durante tres medidas (pretest, posttest y seguimiento semestral). El grupo experimental, que sí recibió durante el programa instrucción y práctica de la técnica, disminuye las órdenes poco claras en todas las medidas de manera significativa, manteniéndose casi invariables los datos del grupo control, que no recibió ninguna información. Estas habilidades para afrontar las dificultades del comportamiento del hijo se han enseñado, delineados originalmente por Goldstein (1973), por medio de la metodología por etapas conocida como aprendizaje estructurado: instrucción didáctica, modelamiento, juego de roles, retroalimentación y tareas para casa. Los resultados constatan la relación fuerte que existe entre la obediencia a la primera y dar las órdenes de manera clara. En el estudio, el grupo experimental aumenta la obediencia a la primera en el posttest (63%) y en el seguimiento semestral (73%) y disminuye la orden poco clara en el posttest (47%) y en el seguimiento semestral (50%), siendo en el grupo control la mejora en el posttest (17%) y a los seis meses (16%). y de las órdenes claras en el posttest (6%) y en el seguimiento semestral (8%). Comparativa de estudios de laboratorio realizados por McMahon y Forehand (2003) concluyeron que a mayor número de instrucciones, menor obediencia (Scarboro y Forehand. 1975). Se constata en este programa que cuando los padres reducen las instrucciones y dan las órdenes de manera clara, sin repeticiones, aumenta la obediencia.

La segunda consistió, como tareas intersecciones en casa, en el registro de los padres del grupo experimental, de órdenes a los hijos, una vez enseñada la técnica en

el programa. Los datos confirman que las conductas obedientes a la primera van aumentando a lo largo de la práctica de la técnica de secuencias de órdenes claras. Los padres, al final de la práctica, aumentaron en un 30% las conductas de obediencia de sus hijos; disminuyeron las advertencias ante la desobediencia en un 5% y disminuyeron la aplicación del tiempo fuera en un 20%. Estos datos son coherentes con la revisión de otros estudios MacMahon y Forehand (2003) que confirman el incremento de la obediencia y reducción de las verbalizaciones negativas al utilizar la secuencia de atención, advertencias por incumplimiento y tiempo fuera por desobediencia.

Los padres del programa PEPA, al igual que en otros estudios (Barkley, 1986), se han fortalecido en su labor, al adquirir los conocimientos necesarios, principios, técnicas y estrategias y al aplicarlas en el ambiente del hogar, pudiendo afrontar las dificultades de comportamiento mostrados por sus hijos en el futuro. Estos resultados están en sintonía con otras obras (Forehand y King, 1974) donde los cambios conductuales producidos en el laboratorio se generalizan a casa. El grupo de tratamiento ha experimentado cambios de comportamiento y generaliza a casa con la disminución de mandatos beta y aumento de recompensas en el postratamiento. El grupo control no obtiene cambios ni generalización (Forehand y Sturgis, 1983).

Hipótesis con respecto a los padres

Hipótesis 5: El programa PEPA aumentará en los padres un estilo educativo más asertivo

Se confirma la hipótesis 5, con el aumento de la asertividad de los padres en su estilo educativo. Aumenta el estilo asertivo a lo largo del estudio en el grupo experimental y se mantiene en el control, con una interacción de tamaño *grande* con los momentos de medida $F_{(1, 210)} = 21.028,75 ; p < 0,01; \eta^2 = 0,99$.

Los resultados confirman una mejora al finalizar el estudio del 16,42%, no constatando ninguna mejoría en el grupo control. Las diferencias de tamaño grande encontradas en las medidas del grupo experimental; entre pretest y seguimiento semestral ($d = 1,36$) y anual ($d = 1,49$) concluye que los padres que participaron en el programa familiar aprendieron formas más adecuadas de actuar ante situaciones cotidianas del hijo, resolviendo los problemas de manera más equilibrada, con afectos y normas claras y con conductas de enseñanza, iniciativa, atención y ayuda. Esta variable sintoniza con los resultados en la mejora del comportamiento infantil en el estudio y se apoya en otros estudios, donde la mejora de las relaciones conductuales viene del entrenamiento de los padres en un estilo educativo positivo, con normas claras y mayor afecto (Bor, Sanders y Markie- Dadds, 2002). En la medida de postest con respecto a los seguimientos, las diferencias fueron de tamaño mediano y entre el pretest y postest, no hubo diferencias.

En cuanto a los estilos educativos de los padres, el estudio valora, a través del cuestionario PEE-pd (Magaz, 1998) de manera cuantitativa y cualitativa las actitudes y valores en la educación de hijos. La prueba proporciona 4 perfiles de estilos educativos sobreprotector, punitivo, asertivo, inhibitorio que reflejan lo que piensa, siente y hace cada padre de familia con respecto a la crianza de sus hijos (capítulo 3).

El *estilo sobreprotector* de los padres no varía tras la aplicación del programa familiar, aunque hay una pequeña disminución de tamaño al año. Las diferencias entre los momentos de evaluación son todas de tamaño pequeño, entre pretest-seguimiento anual ($d = 0,31$); posttest- seguimiento anual ($d = 0,33$), y entre ambos seguimientos ($d = 0,23$), disminuyendo poco las conductas referidas a supervisión, ansiedad si el hijo rechaza su ayuda y/o temor del padre de hacerlo mal.

Se puede afirmar que en el grupo experimental el *estilo punitivo* de los padres se redujo un 10,25%, mientras que el grupo control sólo se redujo un 5,17%. Las diferencias entre las evaluaciones son de tamaño mediano, entre pretest- seguimiento semestral ($d = 0,63$) y anual ($d = 0,48$). Estudios sobre estilos educativos parentales (por ejemplo, no democráticos) reflejan su influencia en problemas de tipo internalizante y externalizante en los hijos (Aunola y Nurmi, 2005; Newcomb, Mineka, Zinbarg y Griffith, 2007), por lo que la disminución de la educación crítica de los padres participantes del programa familiar PEPA, con descenso de conductas de castigos, irritación y recriminaciones apoya la mejora de la conducta de los hijos en el estudio, superior al del grupo control. Y la mejora no es sólo conductual, sino que también puede facilitar en el menor el desarrollo de estrategias y competencias emocionales necesarias para su adaptación en distintos contextos y situaciones vitales (Muslow, 2008).

En el estudio, el *estilo inhibicionista* de los padres disminuyó un 5,83% en el grupo experimental, mientras que en el grupo control aumentó un 2,5%. Al comparar el pretest con los seguimientos, se constatan en ambos un pequeño descenso ($d = 0,38$ y $d = 0,41$), pudiendo concluir un aumento de conductas de autocuidado, preocupación e interés a lo largo del estudio, que mejora los apoyos en la educación de los hijos por parte de los padres que participaron en el programa. Estos resultados

son coherentes con la revisión encontrada, que asocia trastornos de conducta con estilos educativos parentales excesivamente permisivos y más si se acompaña de indiferencia y rechazo (Castro, 2005b).

Hipótesis 6: El programa PEPA mejorará el estado cognitivo-afectivo de los padres

Se confirma la hipótesis 6, el programa PEPA ha mejorado el estado cognitivo-afectivo de los padres. En el inventario de depresión de Beck (BDI), se constata una disminución del estado depresivo en el grupo experimental y un ligero aumento en el grupo control. Estos resultados están en sincronía con otros resultados de mejora del programa, y en consonancia con el estudio de Baum (1993) que refiere la conducta antisocial del padre y la depresión de la madre como la relación más fuerte del comportamiento perturbador infantil.

El Inventario para la Depresión de Beck, conocido como BDI (Beck Depression Inventory), es utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos y para evaluar la intensidad de la depresión en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigadora. Consta de 2 factores, factor cognitivo-afectivo, referido a cansancio, fracaso, irritabilidad, insatisfacción, aislamiento; y factor somático, referido a pérdida de sueño, pérdida de apetito, falta de libido.

En el estudio, el *estado afectivo negativo* disminuyó significativamente sólo en los padres que recibieron el programa familiar PEPA, mientras que el grupo control aumentó ligeramente. Entre pretest y seguimiento a los seis ($d = 0,29$) y doce meses ($d = 0,24$) se constata una pequeña mejoría en los padres del grupo experimental, sin problemas afectivos previo al estudio, con una reducción a medio y

largo plazo de autocrítica, pesimismo, sentimiento de culpa, de insatisfacción o de fracaso. No hubo diferencias significativas entre el pretest y el postest.

También se constatan cambios pequeños en los padres del grupo experimental con respecto al factor de *problemas somáticos*, con la mejora del sueño, apetito, líbido o hipocondría, entre las medias del pretest y postest ($d = 0,20$) y seguimiento a los doce meses ($d = 0,27$).

Tras la intervención del programa familiar PEPA, el bienestar afectivo de los padres aumenta y sigue mejorando a largo plazo. El estado depresivo, factor *total depresión*, se redujo con un tamaño pequeño tras la intervención ($d = 0,30$) y seguimiento ($d = 0,33$). en el grupo experimental, mientras que en el grupo control se mantuvo invariable en el tiempo. Del mismo modo, se aprecia una pequeña mejoría al comparar el postest con los seguimientos semestral y anual, ($d = 0,20$); ($d = 0,21$).

Hipótesis 7: El programa PEPA aumentará el ajuste marital

Con respecto a la hipótesis 7, la aplicación del programa PEPA aumenta el ajuste marital de manera significativa, aunque no se confirma en todas las medidas.

El programa PEPA aumenta el ajuste marital a lo largo de los seguimientos semestral y anual, presentando en el postest un mantenimiento y/o descenso en algunos factores. En el análisis estadístico de la escala de ajuste diádico se aprecia una mejora de tamaño grande, entre la medida de pretest y seguimientos a los seis ($d = 0,72$) y doce meses ($d = 0,79$). Por factores, el grado total de armonía de la pareja aumentó un 7,2%; aumentando también el grado de acuerdo 9%; grado de afectividad 6%; grado de satisfacción 9% y grado de cohesión 1%.

La mejora marital conseguida es coherente con la mejora del comportamiento infantil en el programa, apoyada por estudios donde diversos autores apuntan que los conflictos conyugales muestran alta correlación con sintomatología exteriorizada. (Eisenberg y Valiente, 2002); fundamentalmente, por la existencia de mayor disciplina coercitiva de los padres y madres (Toro, 2005).

La escala de ajuste diádico (EAD) mide el grado de armonía o ajuste de una pareja, determinado por las diferencias problemáticas en la pareja; las tensiones interpersonales y ansiedad personal; la satisfacción diádica y el consenso en asuntos de funcionamiento diádico. Además de dar una puntuación de ajuste global, evalúa cuatro dimensiones de la relación: consenso, afectividad, satisfacción y cohesión.

El *grado de consenso* aumentó considerablemente a los seis y doce meses después de la conclusión del programa familiar PEPA, con diferencias de tamaño grande entre el pretest y los seguimientos a los seis ($d = 0,81$) y doce meses ($d = 0,95$), y entre el postest y los seguimientos a los seis ($d = 0,88$) y doce meses ($d = 1$). La pareja aumentó mucho su acuerdo, a lo largo de los seguimientos, en la toma de decisiones importantes de la relación. Esta mejora no ocurrió tras la intervención en el programa, apoyando la idea de su eficacia como programa preventivo.

Los padres del programa familiar PEPA aumentaron su *afectividad*, con una mejora en la expresión de afecto, con un tamaño pequeño, entre pretest y los seguimientos a los seis ($d = 0,34$) y doce meses ($d = 0,35$). Resultados similares entre el postest y los dos seguimientos.

El programa familiar PEPA es eficaz para aumentar la *satisfacción marital*, con mejora moderada entre pretest y seguimiento semestral ($d = 0,65$) y postest y seguimiento semestral ($d = 0,52$) y gran mejora entre pretest y seguimiento anual ($d =$

0,80); posttest y seguimiento anual ($d = 0,69$). Los resultados del factor de satisfacción de la escala de ajuste diádico reflejan un aumento gradual del compromiso de la relación de pareja tras la intervención, con mejoras a lo largo de los seguimientos.

Se puede constatar que el *grado de cohesión* entre los padres mejoró poco durante el seguimiento a los seis meses ($d = 0,23$) con respecto al posttest, indicando poca variación en la implicación de la pareja en actividades conjuntas. En el seguimiento anual, la cohesión marital es la misma que al inicio de la intervención.

Se aprecia el aumento constante del *ajuste marital* tras finalizar el programa familiar PEPA. Los resultados indican una mejora de la relación de pareja a lo largo del estudio, con cambios de tamaño grande, en todas las medidas, a excepción del pretest - posttest. Mejoró el ajuste diádico entre pretest y seguimientos a los seis ($d = 0,72$) y a los doce meses ($d = 0,79$). De manera similar, el ajuste diádico mejoró al comparar el posttest con los seguimientos a los seis ($d = 0,74$) y doce meses ($d = 0,81$).

Al igual que otros programas de entrenamiento de padres, como Patterson (1974), Forehand y McMahon (1981) y por Webster-Stratton (1989), el programa familiar objeto de estudio, se muestra efectivo para intervenir sobre los problemas de comportamiento externalizante de niños, a la vez que mejora las habilidades de crianza y disminuye los niveles de estrés de los padres (Herschell & McNeil, 2005).

Hipótesis 8: El programa PEPA aumentará el reforzamiento social de la conducta obediente del niño

Se confirma la hipótesis 8, los padres aumentaron el reforzamiento social de la conducta obediente del hijo. El nivel de refuerzo aumentó más de un 26% en la relación padres-hijos que recibieron el programa familiar PEPA y aumentó un 1% en el posttest y disminuyó un 0.5% a los seis meses, en los controles. Estos datos sintonizan con la mejora conductual de los niños y de los padres a lo largo del estudio y con la literatura previa, donde Kotler y McMahon (2003) apuntan la mejora de la obediencia con el entrenamiento en atención y recompensa. Otras revisiones de estudios de laboratorio realizados por McMahon y Forehand (2003) concluyen que es importante recompensar y elogiar al niño al principio del entrenamiento y enseñar primero las destrezas de crianza antes de modificar conductas.

A través del registro de observación conductual, se aprecia la mejora de la frecuencia de refuerzo social dadas por los padres al hijo, aumentando la atención positiva con felicitaciones y contacto visual de manera significativa tras la intervención del programa familiar PEPA (25.1%) y manteniendo dicha mejora a medio (24.15%) y largo plazo (26.34%), entre el pretest y posttest ($d = 1.45$); seguimiento a los seis meses ($d = 1.44$); y seguimiento a los doce meses ($d = 1.45$). Al igual que en otros estudios (Barlow y Stewart- Brown, 2000), el programa PEPA ha convertido a los padres en agentes activos y de cambio como programa de prevención infanto-juvenil, mejorando las interacciones padres e hijos (Tucker y Gross, 1997) y las conductas y actitudes parentales (Sampers et al., 2001).

Siguiendo el modelo de Rusell Barkley (2004), el estudio ha modificado pautas de crianza relacionadas con los trastornos de conducta, ignorando conductas

inadecuadas o desafiantes; reforzando o atendiendo positivamente conductas adecuadas y recompensando de manera consistente y predecible.

En el programa familiar, los padres del grupo experimental aumentaron las atenciones altas, con descripciones verbales, y redujeron las atenciones bajas; no apareciendo este cambio atencional en el grupo control. Se conoce que cuando el padre introduce atención positiva al niño, es mayor el efecto de la atención cuando los padres incluyen un racionamiento verbal más el modelado (McMahon, Tiedemann y Davies, 1987).

Hipótesis 9: El programa PEPA disminuirá la coacción de los padres al niño

Se confirma la hipótesis 9, el programa familiar disminuye la coacción de los padres del grupo experimental. Los padres del programa familiar PEPA se dirigieron menos negativamente a los hijos durante el estudio, con una reducción del 33% en el posttest y en 30.6 % a los seis meses. Dicha reducción se observa en el grupo control en un 3% y 9.6% respectivamente. Al mejorar las interacciones entre padres e hijos, se produce una disminución de las órdenes y críticas excesivas y aumenta la atención a las conductas apropiadas en los niños (Forehand, King, Peed y Yoder, 1975; Forehand y McMahon, 1981; Griest, Forehand, Wells y Mchahon, 1980).

Hay cambios, de tamaño grande, a lo largo de las medidas, del pretest con el posttest ($d = 1.36$); con el seguimiento a los seis meses ($d = 0,78$) y a los doce meses ($d = 0,80$). Estos datos informan de una disminución del estilo impositivo y punitivo de los padres hacia otro tipo de relación más afectiva y de calidad con su hijo. Al igual que otros estudios revisados (Gaziano y Diamant, 1992), los padres de este

estudio han adquirido habilidades para manejar apropiadamente el comportamiento de sus hijos, adquiriendo actitudes positivas en relación con la crianza de los mismos, con efectos positivos en la calidad de vida de los padres y sus hijos.

Existe evidencia de la aparición de problemas de comportamiento infantil ante prácticas de crianza inadecuadas (Patterson, 1982; Patterson, 1999; Webster-Stratton, 1988). Los resultados del programa apoyan la idea de que ante evaluaciones del padre hacia el hijo como difícil va a responder a sus conductas de manera más negativa y va a ser más crítico y punitivo (Campbell, 1979). El hijo pone a prueba las pautas educativas de sus padres y recibirá más críticas y castigos que señales de afecto y aprobación. Al mejorar el comportamiento del hijo, las interacciones padre-hijo son más efectivas y afectuosas (Chonis, Pelham, Gnagy, Roberts y Aronoff, 2003).

Hipótesis 10: El programa PEPA aumentará la aplicación de la extinción

Se confirma la hipótesis 10, el programa familiar PEPA ha aumentado de manera significativa la obediencia a través de la extinción. Los datos alcanzados están en consonancia con las investigaciones de laboratorio previas, que demuestran la importancia de la habilidad paternal de la atención e ignorar para modificar comportamientos inapropiados y la metodología del modelado para presentar el procedimiento al hijo (Davies, McMahon, Flessati y Tiedeman, 1984)

La técnica de extinción consiste en no atender la conducta negativa. La técnica de atención diferencial es la combinación de refuerzo positivo de conducta deseada y extinción de conducta indeseada. Durante el estudio se han utilizado dos medidas de proceso; registro de observación de extinción de conductas en laboratorio y registro de atención diferencial como tareas intersesiones en casa, para ambos grupos.

La primera consistió, dentro de la observación del juego infantil en laboratorio, en el registro de conductas de extinción de los padres a sus hijos, controladas por medio de consignas y distractores. Estas conductas se registraron en ambos grupos, durante tres medidas (pretest, postest y seguimiento semestral), con una mejora del 40% y 42% en el grupo experimental y 5% y 13% en el grupo control. El grupo experimental, que recibió durante el programa instrucción, práctica de la técnica y feedback, aumenta la extinción en todas las medidas de manera significativa, a diferencia del grupo control que presenta poca mejoría y que no recibió información tras la observación. A nivel intragrupo, en el grupo experimental hubo gran mejora con las 4 medidas, entre el pretest y postest, ($d = 0.92$); seguimiento a los 6 meses ($d = 1.03$) y seguimiento a los doce meses ($d = 1.21$), con un 48%. Estos datos constatan una gran mejora de la relación padres-hijos, que aumenta a largo plazo, con el incremento de conductas de extinción de comportamientos inadecuados y en dirección a la atención hacia conductas de más colaboración. Los padres entrenados aprendieron a no atender conductas de desobediencia, de distracción o quejas durante la intervención, a diferencia de los padres del grupo control que redujeron menos la atención negativa de conductas inadecuadas.

La segunda consistió, como tareas intersesiones en casa, en el registro de Atención Diferencial de ambos grupos, en las medidas de pretest y postest, con información didáctica de la técnica en el pretest; y registro de las mismas conductas durante el programa por el grupo experimental, con información didáctica + modelado + ensayo + refuerzo de la técnica y práctica continuada y feedback de su actuación. En ambos registros, anotaron las conductas de desobediencia que previamente identificaron como conductas-problema, a la vez que identificaron las conductas incompatibles a cada una de ellas. Como sugieren Matthews & Hudson (2001), para que un programa sea

exitoso debe tener en cuenta las necesidades particulares de sus usuarios. Los datos constatan que las conductas de obediencia del grupo experimental aumentaron en el posttest un 19%, mientras que las del grupo control se mantuvieron igual o ligeramente peor. A su vez, las familias del grupo experimental han conseguido disminuir la conducta desobediente del hijo tras la práctica de la Atención Diferencial, con incremento gradual de la obediencia, en 0%; 5%; 5%; 12%; 17% y 19%. Estos datos son coherentes con la mejora en el estudio de la relación padres-hijo y con el aumento de la obediencia y está en consonancia con el estudio de Patterson et al. (1992), que apunta como factor de riesgo para problemas de conducta el déficit parental en el manejo de contingencias; padres que ignoran las conductas obedientes y prosociales en vez de reforzarlas, reprenden y castigan los comportamientos perturbadores leves en vez de extinguirlos.

Hipótesis con respecto a los profesores

Hipótesis 11: El programa PEPA generalizará al contexto escolar, con el aumento de conductas obedientes dentro del aula

Se confirma la hipótesis 11, generalizándose al contexto escolar la intervención del programa PEPA con el grupo experimental. Se constata un aumento de conductas obedientes dentro del aula.

Los resultados del inventario de conductas del alumno (SESBI-R) indicaron que el factor oposicionista y de dificultades de atención se redujo un 9% y 10%, manteniéndose casi invariable en el grupo control. La intensidad de los problemas de conducta infantil dentro del aula disminuyó en ambos grupos, 9% y 5%

respectivamente. El número de conductas infantiles problemáticas disminuyó en ambos grupos, 9% y 6% respectivamente.

SESBI-R es una escala de calificación de comportamiento para niños de 2 a 16 años e identifica los problemas de conducta tales como la falta de cumplimiento, desafío, agresividad e impulsividad. Evalúa la frecuencia y la gravedad de conductas disruptivas en la escuela y distingue entre la normalidad y problemas de comportamiento. El análisis factorial identifica dos factores, la conducta oposicionista, referidos a conductas de interrupción, molestar, enfadarse y desobediencia; y el factor de dificultades de atención, referidos a conductas de frustración, distracción e inatención.

Se constata en el factor de *problema oposicionista* una percepción del profesorado de la mejora de la obediencia y de conductas prosociales dentro del aula tras la intervención del alumno en el programa familiar; no existiendo evidencia de mejora en los alumnos que no han participado en el programa, como grupo control. Esta disminución ha sido de tamaño pequeño entre pretest y posttest ($d = 0,30$) y seguimiento a los seis ($d = 0,40$) y de tamaño mediano a los doce meses ($d = 0,54$). Este dato indica que las conductas de obediencia en el aula mejoraron a largo plazo.

El factor de *dificultades de aprendizaje* se redujo sólo en el grupo experimental. Los profesores perciben, a lo largo del estudio, una mayor concentración y atención en las tareas y menor frustración ante tareas difíciles. Esta mejoría ha sido de tamaño pequeño, casi mediano, en las medidas de pretest y posttest ($d = 0,44$); seis meses ($d = 0,40$) y doce meses ($d = 0,37$). Estos datos indican que la pequeña mejoría en la atención y frustración ante tareas se mantuvo constante a lo largo del estudio.

La *intensidad de problemas* se redujo en ambos grupos, siendo mayor la disminución en el grupo experimental (9%) que en el control (5%). Estos resultados

concuerdan con la maduración conductual de los niños en su evolución personal, aunque los profesores perciben una mayor disminución de la frecuencia de los problemas en los niños que participaron en el programa familiar. Las mejoras al finalizar la intervención con las familias experimental en el posttest ($d = 0,36$) y a los seis meses ($d = 0,42$) fue pequeña; alcanzando una mejora mediana a los doce meses ($d = 0,58$). Con este resultado se puede concluir el aumento de la mejora de las conductas dentro del aula al año de finalizar la intervención.

En cuanto al número de conductas que representan un *problema* para los profesores, en ambos grupos se redujo la percepción del mismo, tanto en el grupo experimental (9%) como en el grupo control (6%), aunque fue superior en el grupo de intervención.

Se puede concluir que en el estudio se produce una generalización al ambiente escolar. El grupo de tratamiento experimenta cambios de comportamiento y generaliza al aula, con una mejora de la disminución de desobediencia y desatención hasta el año. En el grupo control no se constatan cambios ni generalización en las conductas, aunque sí en la intensidad de conductas y en su percepción de conducta problemática. Estos datos en la generalización escolar contrastan con el estudio de Forehand, Breiner, McMahon y Davies (1981) que analizaron los predictores del cambio de conducta en el tratamiento de problemas infantiles y concluyeron que un buen predictor de cambios en la escuela es el aprendizaje de habilidades para manejar de manera combinada comportamientos en casa y en la escuela.

Hipótesis con respecto al programa

Hipótesis 12: Los padres del programa PEPA estarán satisfechos con el desarrollo del programa y lo considerarán útil para prevenir problemas de conducta infantil

La hipótesis 12 se confirma y los resultados de satisfacción con el programa son elevados. El 97% de padres han valorado globalmente el programa como muy positivo para su hijo (puntuaciones de 7-10).

Sobre el programa en general, el 90% de los padres valoran, con bastante y muy satisfechos, el desarrollo del programa. Sobre el problema principal que motivó a comenzar el programa familiar, el 83% y 90% de madres y padres respectivamente consideran que se encuentra bastante o mucho mejor y que les han ayudado, 78% las madres y 68% los padres, con otros problemas. Y el 97% de los padres se lo recomendarían a otros familiares y amigos. Todas las familias han valorado con un 99% la adecuación de duración del programa, de las sesiones y el horario, El 95% de los padres se perciben muy capacitados para resolver problemas en el futuro y abordar la problemática que surja. Ningún padre informa no sentirse capacitado para abordar con sus hijos los problemas que surjan, aspecto que responde a la implicación de las familias en el aprendizaje de habilidades parentales y en el manejo de las conductas infantiles. Se constata la generalización conductual tras el entrenamiento a padres, que como en otros estudios (Wells, Forehand y Griest, 1980) el tratamiento próspero de desobediencia es suficiente para reducir otros comportamiento que no han sido tratados.

En cuanto a la metodología empleada, los padres valoran de “fácil” el método empleado en el programa familiar; siendo las respuestas codificadas de muy fácil (1) a muy difícil (5). Los métodos valorados como más fáciles han sido la demostración y la práctica del terapeuta. En cuanto a utilidad de los métodos del programa familiar, siendo las respuestas codificadas de inútil (1) a útil (5), los padres consideraron como más útiles la demostración y

la práctica con el terapeuta. En ambos casos, facilidad/utilidad de los métodos, el menos valorado, sin significación, ha sido las tareas para casa.

En cuanto a las técnicas empleadas en el programa familiar, los padres consideraron todas las técnicas fáciles. La técnica más valorada por los padres es la técnica de atención positiva. En cuanto a utilidad de las técnicas, los padres, en general consideran muy útiles todas las técnicas empleadas en el programa familiar para modificar comportamientos del hijo. Tanto madres como padres consideran la técnica de atención positiva como la más útil.

Los profesionales que participaron en el programa familiar y los que se formaron por la Escuela de Práctica Psicológica constatan la utilidad clínica de la intervención, tanto de la eficacia del programa, como de las técnicas como de los materiales. Las conductas infantiles que los profesionales intentaron cambiar con el programa PEPA mejoraron entre bastante y muchísimo, considerando el 97% que dicha mejoría se debe a las técnicas del programa. Estos resultados contrastan con las limitaciones halladas en otros estudios, donde sólo poco factores que contribuyen al éxito son factibles de ser aplicados en el contexto clínico (Taylor, Schmidt, Pepler y Hodgins, 1998).

Hipótesis 13: Los padres seguirán valorando positivamente el programa a los seis y doce meses.

Se confirma la hipótesis 13, con la valoración positiva del programa en ambos seguimientos. Los resultados aprecian mejorías progresivas a lo largo del tiempo, siendo posible que los padres vayan desplegando los recursos aprendidos a lo largo del tiempo, haciendo el efecto más patente. Este incremento del efecto a largo plazo también se evidencian en el estudio de Webster- Stratton et al. (2003).

Los beneficios del programa no sólo se limitan al período de la intervención, sino que se mantienen a lo largo de un año de seguimiento, considerando el 78% y 84% de los padres, en ambos seguimientos respectivamente, las técnicas del programa todavía útiles y

mostrándose satisfechos con su utilidad. Estos resultados se muestran consistentes con la literatura previa, que evidencia que los cambios derivados de programas de entrenamiento a padres se mantienen a lo largo del tiempo (Barlow y Stewart-Brown, 2000; Dimon y Hide, 1999; Martínez y Forgatch, 2001; Olds, Sadler y Kitzman, 2007; Steward-Brown et al. 2004).

El 96% y 94% de las madres y el 96% de los padres consideran, en ambas etapas de seguimiento, que los comportamientos tratados durante la intervención, conductas-objeto, han mejorado entre algo y mucho.

El mantenimiento de los cambios se debe a la utilidad del conjunto de técnicas, donde el 100% de los padres, consideran que las mejorías se deben al uso de las técnicas y no a otros factores y, alrededor del 55% de los padres, continúan utilizándolas con frecuencia. Esto predice, según estudios, un mantenimiento de los cambios en la conducta del niño (Reid, Webster-Stratton y Hammond, 2003). Las técnicas más útiles para los padres, en ambos seguimientos, son el refuerzo positivo y las órdenes claras, y la menos útil es el tiempo fuera, seguida de la generalización fuera de casa e ignorar conductas inadecuadas. Este resultado es coherente con el objetivo del programa, que consiste en instaurar conductas de obediencia que estén mantenidas por atención positiva pero que hayan sido adquiridas con técnicas seleccionadas para el aprendizaje (ignorar y tiempo fuera), sin atención negativa.

Al igual que otros estudios se confirma la generalización temporal del programa y la validación social, tanto por el empleo de técnicas de refuerzo positivo y tiempo fuera para el mantenimiento de los cambios (Braum y Forehand, 1981), como por la intervención temprana con niños desobedientes para la prevención de familias coactivas, cuyo entrenamiento temprano con niños desobedientes previene problemas clínicos (Forehand y Long, 1988) como por la satisfacción del tratamiento y ajuste de los hijos.

5.1.2 Limitaciones y futuras líneas de investigación

Es necesario mencionar que este trabajo no está exento de limitaciones que deben ser tenidas en cuenta de cara a futuros estudios con el fin de solventarlas e incrementar la comprensión de los hallazgos.

Cabe recalcar que pese a que el proceso de selección de participantes y la cantidad de la muestra garantiza la representatividad de niños de 3 a 6 años, los resultados obtenidos en la tesis doctoral no puede generalizarse a otras edades ni a muestra selectiva ((diagnosticados con trastornos de conducta; familias de riesgo social; padres separados; monoparentales). En este sentido, sería de interés para futuras investigaciones comprobasen la equivalencia a través de grupos de mayor edad, de riesgo familiar y clínicos y no clínicos.

El estudio ha contado con un diseño multimétodo, multifuente y multifase. Con respecto a los métodos para evaluar el comportamiento del niño y de los padres se han basado en entrevistas, escalas conductuales y observaciones conductuales en laboratorio, proporcionando una información valiosa y eficientes en términos de tiempo, además de información normativa para determinar la severidad de los problemas de conducta. Una limitación del estudio ha sido la observación en el medio natural, con grabaciones en casa con cámaras y audios. Aunque se inició el estudio con la evaluación previa de las conductas en casa, se tuvo que abandonar por falta de recursos humanos y de conocimiento técnico.

Otra limitación del estudio tiene que ver con el grupo control. La dificultad de reclutamiento del grupo para no participar en el programa y ser una mera cumplimentación de cuestionarios ha dificultado el seguimiento de estas familias con el consiguiente pérdida de información a lo largo de la investigación. La reducción de la batería de pruebas y la

utilización de incentivos puede aumentar la participación del grupo en futuras investigaciones, de cara a obtener más exactitud de los beneficios del programa.

Una posible vía de estudio sería el seguimiento a largo plazo para analizar el impacto del programa sobre la maduración y la evolutiva de los niños.

Aunque se han mantenido sesiones de refuerzo y apoyo a lo largo de los seguimientos del estudio, podría valorarse la incorporación de la modalidad de grupos tanto durante la intervención del programa para apoyar aprendizajes como de refuerzo a largo plazo.

Otra línea de investigación sería comprobar la eficacia del programa con otros componentes (habilidades emocionales, cognitivos y sociales a los niños y padres) para optimizar y abordar de manera completa las dificultades conductuales.

Para finalizar, sería útil en futuros estudios examinar la eficacia del programa por variables moderadoras, tales como severidad y tipo de problemas de conducta; nivel de estudio de los padres; cambios en la estructura familiar; entre otros.

5.2. Conclusiones

Seguidamente, se exponen, de forma resumida, las conclusiones más relevantes de la presente tesis doctoral.

Estructura del estudio

- El programa PEPA es un programa bien estructurado, con doce sesiones, de una hora de duración, con baja tasa de abandonos. Enseña a los padres habilidades parentales y educativas, mediante métodos de aprendizaje estructurado.

Validez cultural

- El programa familiar presenta validez cultural. Se puede considerar una intervención eficaz para los problemas de conducta, adaptada a los rasgos culturales de nuestro país y aportando una fundamentación empírica y experimental, escasa en España sobre entrenamiento a padres.

Efecto específico

- El programa de entrenamiento para padres se muestra eficaz para la mejora de la conducta desobediente de los niños pequeños. El programa familiar PEPA es un programa preventivo para reducir la desobediencia. Las conductas de obediencia son las que mejoran más con respecto a otras conductas infantiles.

Prevención dirigida

- El programa familiar puede considerarse un programa de prevención dirigida o específica. La muestra escolar se seleccionó en base a indicadores iniciales de desobediencia o síntomas de trastorno negativista pero que no cumplen los criterios diagnósticos en ese momento. Los resultados, con el aumento de los efectos a lo largo de los seguimientos, confirman que el programa funciona como prevención indicada.

Mejora de los niños

- Hay una clara mejora en la relación padres-hijos, favoreciendo la ruptura de los procesos de coerción. Se han logrado cambios positivos tanto en la conducta del niño como de los padres, con el incremento de las habilidades parentales, reducción de los problemas de conducta, mejora del ajuste marital y del estado afectivo de los padres

Mejora de los padres

- El programa mejora las habilidades parentales. Los padres aprendieron formas más adecuadas de actuar ante situaciones cotidianas del hijo, disminuyendo la educación crítica y mejorando los apoyos en la educación de los hijos.

Validez Social

- El grado de satisfacción sobre el programa es alto y los padres lo perciben útil para afrontar los problemas de conducta infantil y para resolver problemas futuros. Los profesionales participantes afirman que el programa es de utilidad clínica, donde el empleo de las técnicas del programa es factible de ser aplicados en el contexto clínico.

Mantenimiento

- La mejora lograda con el programa mantiene los cambios sobre los problemas de conducta a los seis y doce meses.

Generalización

- La mejora conseguida en el programa se generaliza al ambiente natural (hogar y escuela) y a otras conductas, distintas a la desobediencia.

En definitiva, el programa PEPA se presenta como una herramienta cultural y socialmente válida y eficaz en la intervención sobre los problemas de conducta de inicio tempra

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T. M. (1992). *Manual for the child behavior checklist/2-3*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1993). *Empirically based taxonomy: How to use syndromes and profile types derived from the CBCL/4-18, TRF, and YSR*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: a review and analysis of empirical efforts. *Psychological bulletin*, 85(6), 1275.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1981). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. *Monographs of the society for research in child development*, 1-82.
- Achenbach, T. M. & Rescola, LS. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*.
- American Psychiatric Association (1995). *DSM IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona; Masson.
- Arnold, I.E. (Ed.) (1990). *Childhood stress*. New York: Wiley.
- Barlow, J. y Stewart-Brown, S. (2000). Behavior problems and group-based parent education programs. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 21 (5), 356-370.
- Barkley, R. A. (1987). *Defiant children: A clinician's manual for parent training*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1997). *Defiant children: A clinician's manual for parent training*. New York: Guilford Press.

- Barkley, R.A. (2004). Adolescents with attention-deficit/ hyperactivity disorder: An overview of empirically based treatments. *Journal of Psychiatric Practice*, 10, 39-56
- Bates, J.E. (1989). Applications of temperament concepts. En G.A. Kohnstamm, J.E. Bates y M.K. Rothbart (Eds), *Temperament in childhood* (pp. 321-335) Chichester Wiley.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. 1979. *New York: Guilford Press Google Scholar*.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & ERBAUGH, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Bor, W., Sanders, M. R., & Markie-Dadds, C. (2002). The effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *Journal of abnormal child psychology*, 30(6), 571-587.
- Buceta, J.M., Polaino-Lorente, A. y Padrón, P. (1982). Déficit de auto-estima y de tipo emocional del «learned helplessness» en un estudio experimental con estudiantes no depresivos y depresivos leves. *Análisis y Modificación de Conducta*, 8, 191-211.
- Bugental, D. B. (1992). Affective and cognitive processes within threat-oriented family systems.
- Buss, A. H., & Plomin, R. (1986). The EAS approach to temperament. *The study of temperament: Changes, continuities and challenges*, 67-79.
- Campbell, S. B. (1991). Longitudinal studies of active and aggressive preschoolers: Individual differences in early behavior and outcome. In *Rochester*

- symposium on developmental psychopathology* (Vol. 2, pp. 57-89). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Campbell, S. B., Shaw, D. S., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and psychopathology*, 12(03), 467-488.
 - Capano, Á., & Ubach, A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. *Ciencias Psicológicas*, 7(1), 83-95
 - Cicchetti, D. y Cohen, D.J. (1995). Perspectives on developmental psychopathology. En D. Cicchetti y D.J. Cohen (Eds). *Developmental psychopathology* (Vol. 1, pp. 3-20). New York: Wiley.
 - Cicchetti, D., & Hinshaw, S. P. (2002). Editorial: Prevention and intervention science: Contributions to developmental theory. *Development and Psychopathology*, 14(04), 667-671.
 - Chess, S., Thomas, A., & Birch, H. G. (1968). Temperament and behavior disorders in children. *NYU Pr, New York*.
 - Chronis, A. M., Pelham, W. E., Gnagy, E. M., Roberts, J. E., & Aronoff, H. R. (2003). The impact of late-afternoon stimulant dosing for children with ADHD on parent and parent-child domains. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(1), 118-126.
 - Coie, J.D. (1996). Prevention of violence and antisocial behavior. En R.D. Peters, y R.J. McMahon (Eds), *Preventing Childhood Disorders, Substance Abuse, and Delinquency* (pp.1-18)
 - Coie, J. D., Terry, R., & Lochman, J. E. (1993). Changing social networks and their impact on juvenile delinquency. In *annual meeting of the American Society of Criminology, Phoenix, AZ*.

- Cummings, E. M., & Cummings, J. L. (1988). A process-oriented approach to children's coping with adults' angry behavior. *Developmental Review*, 8(3), 296-321.
- Díaz-García, M. I. y Díaz-Sibaja, M. A. (2005). Problemas cotidianos del comportamiento infantil. En M.I. Comeche, y M.A. Vallejo (Coor.), *Manual de terapia de conducta en la infancia*. Madrid: Dykinson.
- Dimond, C. y Hyde, C. (1999). *Parent education programmes for children's behaviour problems, medium to long term effectiveness*. Birmingham: West Midlands Development and Evaluation Service.
- Dishion, T. J., Patterson, G. R., Stoolmiller, M., & Skinner, M. L. (1991). Family, school, and behavioral antecedents to early adolescent involvement with antisocial peers. *Developmental psychology*, 27(1), 172.
- Dodge, K. A. (1991). The structure and function of reactive and proactive aggression. En D. J. Pepler y K. H. Rubin (Eds), *The Development and Treatment of Childhood Aggression* (pp. 201-216). Hillsdale NJ: Erlbaum..
- Dodge KA (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annual Review of Psychology*, 44, 559-584
- Dodge, K. A., & Coie, J. D. (1987). Social-information-processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of personality and social psychology*, 53(6), 1146.
- Dunn, J. (2001). The development of children's conflict and prosocial behaviour: Lessons from research on social understanding and gender. *Conduct disorders in childhood and adolescence*, 49-66.

- Edwards, R. T., C elleachair, A., Bywater, T., Hughes, D. A., & Hutchings, J. (2007). Parenting programme for parents of children at risk of developing conduct disorder: cost effectiveness analysis. *bmj*, 334(7595), 682.
- Egger, H. L., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 313-337.
- Eyberg, S. (1988). Parent-child interaction therapy: Integration of traditional and behavioral concerns. *Child & Family Behavior Therapy*, 10(1), 33-46.
- Eyberg, S. M., Funderburk, B. W., Hembree-Kigin, T. L., McNeil, C. B., Querido, J. G., & Hood, K. K. (2001). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: One and two year maintenance of treatment effects in the family. *Child & Family Behavior Therapy*, 23(4), 1-20.
- Eyberg, S. M., & Pincus, D. (1999). *Eyberg child behavior inventory and sutter-eyberg student behavior inventory-revised: Professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Fernández, M. A., Martínez-Arias, R., & Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12(4), 525-532.
- Fernández, E., y Olmedo, M. (1999). Trastorno del comportamiento perturbador. Madrid: UNED-FUE.
- Fernández de Pinedo R, Gorostiza Garay E, Lafuente Mesanza P, Ojembarrena Martínez E, Olaskoaga Arrate A. Versión española del ECBI (Eyberg Child Behavior Inventory): medida de validez. *Aten Primaria* 1998;21: 65-74.
- Forehand, R., King, H. E., Peed, S., & Yoder, P. (1975). Mother-child interactions: Comparison of a non-compliant clinic group and a non-clinic group. *Behaviour Research and Therapy*, 13(2), 79-84.

- Forehand, R. L., & McMahon, R. J. (1981). *Helping the noncompliant child: A clinician's guide to parent training*. New York: Guilford press.
- Forehand, R., Miller, K. S., Dutra, R., & Chance, M. W. (1997). Role of parenting in adolescent deviant behavior: Replication across and within two ethnic groups. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(6), 1036.
- Forehand, R., Wells, K. C., & Griest, D. L. (1980). An examination of the social validity of a parent training program. *Behavior Therapy*, 11(4), 488-502.
- Frías-Armenta, M., López-Escobar, A. E., & Díaz-Méndez, S. G. (2003). Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. *Estudios de Psicología (Natal)*, 8(1), 15-24.
- Frick, P. J., Lahey, B. B., Loeber, R., Tannenbaum, L., Van Horn, Y., Christ, M. A. G., ... & Hanson, K. (1993). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A meta-analytic review of factor analyses and cross-validation in a clinic sample. *Clinical Psychology Review*, 13(4), 319-340.
- Gamazo Garrán, P., Díaz-Caneja Greciano, A., Rapado Castro, M., & SOUTULLO ESPERON, C. (2007). Aplicación de un programa de manejo de conducta para padres de hijos con problemas de comportamiento. In *Anales de psiquiatria* (Vol. 23, No. 4, pp. 172-176). Aran Ediciones.
- García-López, L. J., Olivares, J., & Rosa, A. I. (1997). Un análisis bibliométrico sobre el entrenamiento a padres en España. *Psicología conductual*, 5(2), 191-198.
- García-Tornel, S., Calzada, E., Eyberg, S., Mas, J., Vilamala, C., Baraza, C. Villena, H., Gonzalez, M., Calvo, M. y Trinxant, A. (1998). Inventario Eyberg del comportamiento en niños. Normalización de la versión española y su utilidad para el pediatra extrahospitalario. *Anales Españoles de Pediatría*, 48(5), 475-482.

- Gardner, F., & Ward, S. (2000). Parent–child interaction and children’s well-being: Reducing conduct problems and promoting conscience development. *Promoting children’s emotional well-being*, 95-127.
- Gartstein, M. A., & Rothbart, M. K. (2003). Studying infant temperament via the revised infant behavior questionnaire. *Infant Behavior and Development*, 26(1), 64-86.
- Gottman, J. M., & Silver. (1999). Nan.
- Graham, J. M., Diebels, K. J., & Barnow, Z. B. (2011). The reliability of relationship satisfaction: a reliability generalization meta-analysis.
- Graham, J. M., Liu, Y. J., & Jeziorski, J. L. (2006). The dyadic adjustment scale: A reliability generalization meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 68(3), 701-717.
- Graziano, A. M., & Mooney, K. C. (1984). *Children and behavior therapy*. Aldine De Gruyter.
- Griest, D. L., Forehand, R., Wells, K. C., & McMahon, R. J. (1980). An examination of differences between nonclinic and behavior-problem clinic-referred children and their mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 89(3), 497.
- Harrington, R. (2011). Developmental continuities and discontinuities. *British Journal of Psychiatry*, 179,189-190.
- Herschell, A. D., & McNeil, C. B. (2005). Parent-Child Interaction Therapy for Children Experiencing Externalizing Behavior Problems.
- Hetherington, E. M., Stanley-Hagan, M., & Anderson, E. R. (1989). Marital transitions: A child's perspective. *American Psychologist*, 44(2), 303.

- Hewitt, J. K., Rutter, M., Simonoff, E., Pickles, A., Loeber, R., Heath, A. C. & Neale, M. C. (1997). Genetics and developmental psychopathology: 1. Phenotypic assessment in the Virginia twin study of adolescent behavioral development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(8), 943-963.
- Hibbs, E. D., Hamburger, S. D., Lenane, M., Rapoport, J. L., Kruesi, M. J., Keyser, C. S., & Goldstein, M. J. (1991). Determinants of expressed emotion in families of disturbed and normal children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(5), 757-770.
- Huesmann, L. R., Eron, L. D., Lefkowitz, M. M., & Walder, L. O. (1984). Stability of aggression over time and generations. *Developmental psychology*, 20(6), 1120.
- Jenkins, J. M., Rasbash, J., & O'connor, T. G. (2003). The role of the shared family context in differential parenting. *Developmental psychology*, 39(1), 99.
- Jouriles, E. N., Murphy, C. M., & O'leary, K. D. (1989). Interspousal aggression, marital discord, and child problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 453.
- Kashani, J. H., Daniel, A. E., Dandoy, A. C., & Holcomb, W. R. (1992). Family violence: impact on children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(2), 181-189.
- Kashani, J. H., Orvaschel, H., Rosenberg, T. K., & Reid, J. C. (1989). Psychopathology in a community sample of children and adolescents: A developmental perspective. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28(5), 701-706.
- Kristensen, S., Henriksen, T. B. & Bilenberg, N. (2010). The Child Behavior Checklist for Ages 1.5-5 (CBCL/11/2-5): Assessment and analysis of parent-and caregiver-reported problems in a population-based sample of Danish preschool children. *Nordic journal of psychiatry*, 64(3), 203-209.

- Ladd, G. W., Price, J. M., & Hart, C. H. (1990). Preschoolers' behavioral orientations and patterns of peer contact: Predictive of peer status. *Peer rejection in childhood, 90*, 115.
- Laird, R. D., Jordan, K. Y., Dodge, K. A., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (2001). Peer rejection in childhood, involvement with antisocial peers in early adolescence, and the development of externalizing behavior problems. *Development and psychopathology, 13*(02), 337-354.
- Lapouse, R., & Monk, M. A. (1958). An epidemiologic study of behavior characteristics in children. *American Journal of Public Health and the Nations Health, 48*(9), 1134-1144.
- Ledermann, T., & Kenny, D. A. (2012). The common fate model for dyadic data: variations of a theoretically important but underutilized model. *Journal of Family Psychology, 26*(1), 140.
- Lahey, B. B., y Loeber, R. (1994). Framework for a developmental model of oppositional defiant disorder and conduct disorder. En D.K. Routh (Ed.), *Disruptive behaviour disorders in childhood* (pp.139-180).New York: Plenum.
- Lewis, M. (2000). Toward a development of psychopathology. In *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 3-22). Springer US.
- Liu, J., McCauley, L.A., Zhao, Y., Pinto-Martin, J. & Jintan Cohort Study Group (2010). Cohort Profile: The China Jintan Child Cohort Study. *International Journal of Epidemiology, 39*, 668-674.
- Lynam, D. R. (1996). Early identification of chronic offenders: Who is the fledgling psychopath?. *Psychological bulletin, 120*(2), 209.
- Lobitz, W. C., & Johnson, S. M. (1975). Parental manipulation of the behavior of normal and deviant children. *Child Development, 7*19-726.

- Loeber, R., Farrington, D. P., Stouthamer-Loeber, M., & Van Kammen, W. B. (1998). Multiple risk factors for multiproblem boys: co-occurrence of delinquency, substance use, attention deficit, conduct problems, physical aggression, covert behavior, depressed mood, and shy/withdrawn behavior.
- Loeber, R. y Hay, D. F. (1997). Key issues in the development of aggressive and violence from childhood to early adulthood. *Annual Review of Psychology*, 48, 497-523.
- Loeber, R., & Keenan, K. (1994). Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: Effects of age and gender. *Clinical Psychology Review*, 14(6), 497-523.
- Loeber, R., & Schmalings, K. B. (1985). Empirical evidence for overt and covert patterns of antisocial conduct problems: A metaanalysis. *Journal of abnormal child psychology*, 13(2), 337-353.
- Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (1998). Development of juvenile aggression and violence: Some common misconceptions and controversies. *American Psychologist*, 53(2), 242.
- López-Soler, C., Sáez, M. C., López, M. A., Fernández, V. F., & Pina, J. A. L. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, 21(3), 353-358.
- Lundahl, B. W., Risser, H. J. y Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26, 86-104.
- Maccoby, E. E. (1992). The role of parents in the socialization of children: An historical overview. *Developmental psychology*, 28(6), 1006.
- Magaz, A y García, E. (1998). PEE. Perfil de Estilos Educativos. Baracaldo: Consultores en Ciencias Humanas. Ministerio de Sanidad y Consumo (2007).

Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006. Madrid: Centro de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Mardomingo, M.J. (1990). El síndrome de privación psicosocial: factores ambientales y conducta humana. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 4, 231-244.
- Marinho, M. L., & Silveiras, E. F. M. (2000). Evaluación de la eficacia de un programa de entrenamiento de padres en grupo. *Psicología Conductual*, 8(2), 299-318.
- Maughan, D. R., Christiansen, E. Jenson, W. R., Olympia, D. y Clark, E. (2005). Behavioral parent training as a treatment for externalizing behaviors and disruptive behavior disorder: A meta-analysis. *School Psychology Review*, 34, 267-286.
- Maziade, M. et al (1985). Value of difficult temperament among 7-year-olds in the general population for predicting psychiatric diagnosis at age 12. *Am J Psychiatry*, 142, 943-946.
- McMahon, R. J., & Forehand, R. (2003). *Helping the noncompliant child: Family-based treatment for oppositional behavior* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological review*, 100(4), 674.
- Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and psychopathology*, 13(02), 355-375.
- O'Connor, T. G., Hetherington, E. M., Reiss, D., & Plomin, R. (1995). A Twin-Sibling Study of Observed Parent-Adolescent Interactions. *Child development*, 66(3), 812-829.

- Oliva, Z.L., Castro, L.C. & García, F.G. (2009). Adaptación del cuestionario sobre el comportamiento en niños de 1 1/2 a 5 años de Achenbach para niños de 4 a 5 años. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14 (1), 179-191.
- Olivares, J., & García-López, L. J. (1997). Una revisión del estado actual de la literatura española sobre entrenamiento de padres. *Psicología conductual*, 5(2), 177-190.
- Pacho, Z. R., & Triñanes, E. R. (2011). Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: una revisión de su eficacia. *Anales de psicología*, 27(1), 86-101.
- Parke, R. D., & Slaby, R. G. (1983). The development of aggression. *Handbook of child psychology*, 4, 547-641.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process* (Vol. 3). Castalia Publishing Company.
- Patterson, G. R. (1999). A proposal relating a theory of delinquency to societal rates of juvenile crime: Putting Humpty Dumpty together again. *Conflict and cohesion in families: Causes and consequences*, 11-35.
- Patterson, G. R., Capaldi, D., & Bank, L. (1991). An early starter model for predicting delinquency. In *An earlier draft of this chapter was presented at the Earls court Conference on Childhood Aggression, Toronto, Canada, Jun 1988.*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Patterson, G. R., Chamberlain, P., & Reid, J. B. (1982). A comparative evaluation of a parent-training program. *Behavior therapy*, 13(5), 638-650.
- Patterson, G. R., & Gullion, M. E. (1968). *Living with children: New methods for parents and teachers.*

- Patterson, G. R., Littman, R. A., & Bricker, W. (1967). Assertive behavior in children: A step toward a theory of aggression. *Monographs of the society for research in child development*, 32(5), iii-43.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys* (Vol. 4). Castalia Pub Co.
- Pedreira Massa, J. L., & Sardinero Garcia, E. (1996). Prevalencia de trastornos mentales en la infancia en atención primaria pediátrica [Prevalence of mental disorders in childhood in pediatric primary care]. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 24, 173-190.
- Pihlakoski, L., Sourander, A., Aromaa, M., Rautava, P., Helenius, H. & Sillanpaa, M. (2006). The continuity of psychopathology from early childhood to preadolescence. A prospective cohort study of 3-12-year-old-children. *Eur Child Adolesc. Psychiatry*, 15, 409-417.
- Pike, A., Reiss, D., Hetherington, E. M., & Plomin, R. (1996). Using MZ differences in the search for nonshared environmental effects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(6), 695-704.
- Porter, B. , & O'Leary, K. D. (1980). Marital discord and childhood behavior problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 8, 287-295
- Pulkkinen, L. (1982). Self-control and continuity from childhood to late adolescence. *Life-span development and behavior*.
- Rescorla, L. (2005). Assessment of young children using the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). Mental retardation and developmental disabilities. *Research Reviews*, 11, 226-237.
- Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Harder, V. S., Otten, L., Bilenberg, N. et al. (2011). International comparisons of behavioral and

- emotional problems in preschool children: parents' reports from 24 societies. *J Clin Child Adolesc Psycho*, 40(3), 456-67.
- Rey, C. A. (2006). Entrenamiento de padres: una revisión de sus principales componentes y aplicaciones. *Revista Infancia, Adolescencia y Familia*, 1(1), 61-84.
 - Rutter, M. (1971). Parent-child separation: psychological effects on the children. *Journal of child psychology and psychiatry*, 12(4), 233-260.
 - Rutter, M., Dunn, J., Plomin, R., Simonoff, E., Pickles, A., Maughan, B., ... & Eaves, L. (1997). Integrating nature and nurture: Implications of person-environment correlations and interactions for developmental psychopathology. *Development and psychopathology*, 9(02), 335-364.
 - Reid, J. B., & Eddy, J. M. (2002). Interventions for antisocial behavior: Overview.
 - Reiss, D., Hetherington, E. M., Plomin, R., Howe, G. W., Simmens, S. J., Henderson, S. H., ... & Law, T. (1995). Genetic questions for environmental studies: Differential parenting and psychopathology in adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 52(11), 925-936.
 - Richardson, J. y Joughin, C. (2002). *Parent training programmes for the management of young children with conduct disorders. Findings from research*. London: Gaskell.
 - Robins, R. W., John, O. P., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Stouthamer-Loeber, M. (1996). Resilient, overcontrolled, and undercontrolled boys: Three replicable personality types. *Journal of Personality and Social psychology*, 70(1), 157.
 - Robles Pacho, Z. (2009). *Intervención sobre problemas de conducta de inicio temprano: evaluación de un programa de entrenamiento para padres*. Univ Santiago de Compostela.

- Russo, M. F., Loeber, R., Lahey, B. B., & Keenan, K. (1994). Oppositional defiant and conduct disorders: validation of the DSM-III-R and an alternative diagnostic option. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23(1), 56-68.
- Rutter, Michael (1982). Temperament: Concepts, issues and problems. *Temperamental differences in infants and young children*, 1-19.
- Sampers, J., Anderson, K. G., Hartung, C. M. y Scambler, D. J. (2001). Parent training programs for young children with behavior problems. *Infant Toddler Intervention*, 11, 91-110.
- Sánchez, J. P. E., & Carrillo, F. J. M. (2002). Factores familiares, comportamientos perturbadores y drogas en la adolescencia. In *Intervención familiar en la prevención de drogodependencias* (pp. 21-55). Plan Nacional sobre Drogas.
- Sanz, M. J. M. (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente: método, fundamentos y síndromes*. Ediciones Díaz de Santos.
- Sanz, M. J. M. (2001a). Desarrollo del niño en el entorno familiar. Factores de riesgo. En J. Callabed (Ed.). *Los dos primeros años de la vida del niño* (pp. 59-66). Barcelona. Club de Pediatría Social.
- Sanz, J., & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318.
- Schwab-Stone, M. E., & Briggs-Gowan, M. J. (1998). The scope and prevalence of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Designing mental health services and systems for children and adolescents: A shrewd investment*, 2-25.
- Shaw, D. S., Owens, E. B., Vondra, J. I., Keenan, K., & Winslow, E. B. (1996). Early risk factors and pathways in the development of early disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 8(04), 679-699.

- Serketich, W. J. y Dumas, J. E. (1996). The effectiveness of behavioural parent-training to modify antisocial behaviour in children: a meta-analysis. *Behaviour Therapy*, 27, 171-186.
- Snyder, J. J., & Patterson, G. R. (1995). Individual differences in social aggression: A test of a reinforcement model of socialization in the natural environment. *Behavior Therapy*, 26(2), 371-391.
- Snyder, J., Reid, J., & Patterson, G. (2003). A social learning model of child and adolescent antisocial behavior.
- Soler, C. L., Alcántara, M. V., Fernández, V., & Castro, M. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). *Anales de psicología*, 26(2), 325.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 15-28.
- Taylor, T. K., Schmidt, F., Pepler, D., & Hodgins, C. (1998). A comparison of eclectic treatment with Webster-Stratton's parents and children series in a children's mental health center: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 29(2), 221-240.
- Tennen, H., Hall, J. A., & Affleck, G. (1995). Depression research methodologies in the. *Journal of Personality and Social Psychology*, 870-884.
- Thomas, A., Chess, S., & Birch, H. G. (1968). *Temperament and behavior disorders in children*. New York: New York University Press.
- Tuma, J. M. (1989). Mental health services for children: The state of the art. *American Psychologist*, 44(2), 188.

- Todres, R. y Bunston, T. (1993). Parent-education programme evaluation: A review of the literature. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 12 (1), 225-257.
- Tucker, S. y Gross, D. (1997). Behavioral parent training: An intervention strategy for guiding parents of young children. *The Journal of Perinatal Education*, 6(2), 35-44.
- Vostanis, P., Nicholls, J., & Harrington, R. (1994). Maternal expressed emotion in conduct and emotional disorders of childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(2), 365-376.
- Webster-Stratton, C. (1981). Videotape modeling: A method of parent education. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 10(2), 93-98.
- Webster-Stratton, C. (1982). The long-term effects of a videotape modeling parent-training program: Comparison of immediate and 1-year follow-up results. *Behavior Therapy*, 13(5), 702-714.
- Webster-Stratton, C. (1998). Parent training with low-income families. In *Handbook of child abuse research and treatment* (pp. 183-210). Springer US.
- Webster-Stratton, C. (2006). *The Incredible Years: A trouble-shooting guide for parents of children aged 2-8 years*. Seattle, WA: Incredible years.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1998). Conduct problems and level of social competence in Head Start children: Prevalence, pervasiveness, and associated risk factors. *Clinical child and family psychology review*, 1(2), 101-124.
- Winett, R. A., & Winkler, R. C. (1972). Current behavior modification in the classroom: Be still, be quiet, be docile. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 5(4), 499-504.

- Wittchen, H. U., Nelson, C. B., & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological medicine*, 28(01), 109-126.

- **Xu, W., Zhu, Y. y Chen, L.** (2002). Family environment and temperament of preschool children. *Chinese Mental Health Journal*, 16(6), 414-416.

ANEXOS

Anexo 1

Análisis funcional de las conductas infantiles

Descripción operativa de las conductas		Programa familiar PEPA
CONDUCTA	DESCRIPCIÓN CONCRETA Y OPERATIVA DE LA CONDUCTA	SITUACIONES EN LAS QUE APARECE LA CONDUCTA

Análisis funcional de las conductas del niño

Programa familiar PEPA

<p>ANTECEDENTES ¿Qué pasa antes de que el niño actúe?</p>	<p>CONDUCTA DEL NIÑO</p>	<p>CONSECUENTES</p>	
		<p>¿Qué hacen los padres?</p>	<p>¿Qué hace el niño?</p>

Anexo 2

Cuestionarios

ECBI. Inventario De conducta infantil de Eyberg

¿A su hijo le sucede que ...?

	Nunca	Rara vez		A veces	A menudo		Siempre	¿Representa un problema para usted?	
		1	2		3	4		5	6
1. Pierde tiempo en vestirse	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
2. Pierde el tiempo en la comida	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
3. Tiene malos modos en la comida	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
4. Rehusa comer lo que se le pone	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
5. Rehusa hacer lo que se pide	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
6. Tarda en prepararse para ir a la cama	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
7. Da guerra para ir a la cama a su hora	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
8. No obedece las reglas de la casa	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
9. Rehusa obedecer hasta que se le castiga	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
10. Se rebela cuando se le manda hacer algo	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
11. Discute con los padres sobre las reglas	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
12. Se enfada cuando no consigue lo que quiere	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
13. Tiene mal genio	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
14. Contesta a los adultos	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
15. Se queja	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
16. Lloro con facilidad	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
17. Chilla o vocifera	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
18. Golpea a sus padres	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
19. Rompe juguetes y otros objetos	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
20. Es descuidado con juguetes y otros objetos	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
21. Roba	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
22. Miente	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
23. Enoja o provoca a otros niños	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
24. Tiene disputas verbales con niños de su edad	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
25. Tiene disputas verbales con hermanos/as	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
26. Se pega con niños de su edad	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
27. Se pega con hermanos/as	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
28. Llama constantemente la atención	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
29. Interrumpe	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
30. Se distrae fácilmente	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
31. Presta poca atención	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
32. Abandona tareas o proyectos	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
33. Tiene dificultades para entretenerse a solas	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
34. Tiene dificultades para concentrarse en una cosa	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
35. Es hiperactivo o no se está quieto	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
36. Moja la cama	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO

OTROS PROBLEMAS

_____	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
_____	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
_____	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
_____	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO



Por favor
utilice letra
de imprenta

INVENTARIO DEL COMPORTAMIENTO DE NIÑOS(AS) DE 1½-5 AÑOS PARA PADRES (CBCL/1½-5)

Para llenar en el centro
ID#

NOMBRE DEL NIÑO		Nombre		Apellido		Apellido		TRABAJO HABITUAL DE LOS PADRES, incluso si ahora no están trabajando (por favor especifique - por ejemplo: Mecánico, jardinero, maestro de escuela, ama de casa, obrero, zapatero, sargento en el ejército). TRABAJO DEL PADRE: _____ TRABAJO DE LA MADRE: _____ ESTE CUESTIONARIO FUE CONTESTADO POR: <input type="checkbox"/> Padre (Nombre y apellido): _____ <input type="checkbox"/> Madre (Nombre y apellido): _____ <input type="checkbox"/> Otro (Nombre y apellido): _____			
SEXO DEL NIÑO		EDAD		RAZA O GRUPO ÉTNICO							
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino											
FECHA DE HOY				FECHA DE NACIMIENTO							
Mes		Día		Año		Mes		Día		Año	

Por favor complete este cuestionario con su opinión sobre el comportamiento de su hijo(a), incluso aunque piense que otras personas no están de acuerdo con usted. Si lo cree necesario anote comentarios adicionales al final de cada frase y en el espacio que se proporciona en la página 2.

A continuación hay una lista de frases que describen a los(las) niños(as). Piense en el comportamiento de su hijo(a) **ahora o durante los últimos dos meses**. Haga un círculo en el número **2** si la frase describe a su hijo(a) **muy a menudo o bastante a menudo**. Haga un círculo en el número **1** si la frase describe a su hijo(a) **algo o algunas veces**. Haga un círculo en el **0** si la descripción con respecto a su hijo(a) **no es cierta**. Por favor conteste todas las frases de la mejor manera posible incluso si algunas de ellas parecen no describir a su hijo(a). **Por favor escriba en letra de imprenta. Asegúrese de contestar todas las preguntas.**

0 = No es cierto (que sepa usted) 1 = Algo, algunas veces cierto 2 = Cierto muy a menudo o bastante a menudo

- | | | | | | | | | | |
|---|---|---|-----|--|---|---|---|-----|--|
| 0 | 1 | 2 | 1. | Dolores o molestias (sin causa médica; no incluya dolores de cabeza o de estómago) | 0 | 1 | 2 | 26. | No sabe divertirse, actúa como un adulto |
| 0 | 1 | 2 | 2. | Se comporta como si fuera más pequeño(a) | 0 | 1 | 2 | 27. | No parece sentirse culpable después de portarse mal |
| 0 | 1 | 2 | 3. | Tiene miedo de probar cosas nuevas | 0 | 1 | 2 | 28. | No quiere salir de casa |
| 0 | 1 | 2 | 4. | Evita mirar a los ojos a otras personas | 0 | 1 | 2 | 29. | Se frustra fácilmente |
| 0 | 1 | 2 | 5. | No puede concentrarse o prestar atención durante mucho tiempo | 0 | 1 | 2 | 30. | Se pone celoso(a) fácilmente |
| 0 | 1 | 2 | 6. | No puede estar quieto(a) sentado(a), es movido(a), o hiperactivo(a) | 0 | 1 | 2 | 31. | Come o bebe cosas que no son alimento—no incluya golosinas (ponga ejemplos): _____ |
| 0 | 1 | 2 | 7. | No soporta que las cosas estén fuera de su sitio | 0 | 1 | 2 | 32. | Tiene miedo a ciertos animales, situaciones o lugares diferentes de la escuela (ponga ejemplos): _____ |
| 0 | 1 | 2 | 8. | No soporta esperar, lo quiere todo de inmediato | 0 | 1 | 2 | 33. | Se ofende fácilmente |
| 0 | 1 | 2 | 9. | Mastica cosas que no son comestibles | 0 | 1 | 2 | 34. | Se hace daño con mucha frecuencia, es propenso a tener accidentes |
| 0 | 1 | 2 | 10. | Es demasiado dependiente o apegado(a) a los adultos | 0 | 1 | 2 | 35. | Se mete en muchas peleas |
| 0 | 1 | 2 | 11. | Busca ayuda constantemente | 0 | 1 | 2 | 36. | Se mete en todo |
| 0 | 1 | 2 | 12. | Tiene estreñimiento, no defeca (cuando no está enfermo(a)) | 0 | 1 | 2 | 37. | Se altera demasiado cuando le separan de sus padres |
| 0 | 1 | 2 | 13. | Llora mucho | 0 | 1 | 2 | 38. | Le cuesta quedarse dormido(a) |
| 0 | 1 | 2 | 14. | Es cruel con los animales | 0 | 1 | 2 | 39. | Dolores de cabeza (sin causa médica) |
| 0 | 1 | 2 | 15. | Desafiante | 0 | 1 | 2 | 40. | Pega a otras personas |
| 0 | 1 | 2 | 16. | Sus demandas deben ser satisfechas inmediatamente | 0 | 1 | 2 | 41. | Aguanta la respiración |
| 0 | 1 | 2 | 17. | Rompe sus propias cosas | 0 | 1 | 2 | 42. | Hace daño sin querer a otras personas o a los animales |
| 0 | 1 | 2 | 18. | Rompe las cosas de sus familiares o de otros niños | 0 | 1 | 2 | 43. | Parece triste sin razón aparente |
| 0 | 1 | 2 | 19. | Tiene diarreas (cuando no está enfermo(a)) | 0 | 1 | 2 | 44. | Malhumorado(a) |
| 0 | 1 | 2 | 20. | Desobediente | 0 | 1 | 2 | 45. | Náuseas, se siente mal (sin causa médica) |
| 0 | 1 | 2 | 21. | Cualquier cambio en la rutina le altera | 0 | 1 | 2 | 46. | Movimientos nerviosos o tics (ponga ejemplos): _____ |
| 0 | 1 | 2 | 22. | No quiere dormir solo(a) | 0 | 1 | 2 | 47. | Nervioso(a) o tenso(a) |
| 0 | 1 | 2 | 23. | No contesta cuando otras personas le hablan | 0 | 1 | 2 | 48. | Pesadillas |
| 0 | 1 | 2 | 24. | No come bien (ponga ejemplos): _____ | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 25. | No se lleva bien con otros niños(as) | | | | | |

Copyright 2000 T.M. Achenbach & L. Rescorla

Pase a la página siguiente

ASEBA, University of Vermont, 1 S. Prospect St., Burlington, VT 05401-3456, USA. Web: <http://Checklist.uvm.edu>. Reproducido con permiso.
 Traducido por Unitat d'Epistemologia i de Diagnòstic en Psicologia del Desenvolupament, Universitat Autònoma de Barcelona. <http://www.usd.upb.es>

LA LEY PROHIBE LA REPRODUCCION NO AUTORIZADA

Edición 2-01

Por favor escriba en letra de imprenta. Asegúrese de contestar todas las preguntas.

0 = No es cierto (que sepa usted)	1 = Algo, algunas veces cierto	2 = Cierto muy a menudo o bastante a menudo
0 1 2	49.	Come demasiado
0 1 2	50.	Se cansa demasiado
0 1 2	51.	Siente pánico sin motivo
0 1 2	52.	Dolor al hacer caca (sin causa médica)
0 1 2	53.	Ataca físicamente a otras personas
0 1 2	54.	Se mete el dedo en la nariz; se araña la piel u otras partes del cuerpo (ponga ejemplos): _____
0 1 2	55.	Juega demasiado con sus órganos sexuales
0 1 2	56.	Mala coordinación o torpeza
0 1 2	57.	Problemas con los ojos (sin causa médica) (ponga ejemplos): _____
0 1 2	58.	El castigo no hace cambiar su comportamiento
0 1 2	59.	Pasa rápidamente de una actividad a otra
0 1 2	60.	Erupciones u otros problemas en la piel (sin causa médica)
0 1 2	61.	Se niega a comer
0 1 2	62.	Se niega a participar en juegos activos
0 1 2	63.	Mece repetidamente la cabeza o el cuerpo
0 1 2	64.	Se resiste a ir a la cama por la noche
0 1 2	65.	Se resiste a aprender a usar el váter (ponga ejemplos): _____
0 1 2	66.	Grita mucho
0 1 2	67.	Parece no reaccionar al cariño
0 1 2	68.	Se avergüenza con facilidad, tiene mucho sentido del ridículo
0 1 2	69.	Egoísta o se niega a compartir
0 1 2	70.	Demuestra poco afecto hacia los demás
0 1 2	71.	Demuestra poco interés por lo que le rodea
0 1 2	72.	Demuestra poco temor a hacerse daño
0 1 2	73.	Demasiado tímido(a)
0 1 2	74.	Duerme menos que la mayoría de los/las niños(as) durante el día y/o la noche (ponga ejemplos): _____
0 1 2	75.	Embeduma o juega con las cacas
0 1 2	76.	Problemas para hablar (ponga ejemplos): _____
0 1 2	77.	Se queda mirando al vacío o parece preocupado(a)
0 1 2	78.	Dolores de estómago o retortijones (sin causa médica)
0 1 2	79.	Cambia rápidamente de la tristeza a la alegría
0 1 2	80.	Comportamiento raro (ponga ejemplos): _____
0 1 2	81.	Tozudo(a), malhumorado(a), irritable
0 1 2	82.	Cambios repentinos de humor o sentimientos
0 1 2	83.	Malhumorado(a), pone mala cara con frecuencia
0 1 2	84.	Habla o llora mientras duerme
0 1 2	85.	Tiene rabietas o mal genio
0 1 2	86.	Demasiado preocupado(a) por la limpieza o el orden
0 1 2	87.	Demasiado miedoso(a) o ansioso(a)
0 1 2	88.	Poco cooperador(a)
0 1 2	89.	Poco activo(a), lento(a), o le falta energía
0 1 2	90.	Infeliz, triste o deprimido(a)
0 1 2	91.	Más ruidoso(a) de lo común
0 1 2	92.	Se altera en situaciones nuevas o con personas que acaba de conocer (ponga ejemplos): _____
0 1 2	93.	Vómitos (sin causa médica)
0 1 2	94.	Se despierta con frecuencia durante la noche
0 1 2	95.	Se va de casa
0 1 2	96.	Exige mucha atención
0 1 2	97.	Se queja mucho
0 1 2	98.	Se aísla, no se relaciona con los demás
0 1 2	99.	Se preocupa mucho
0 1 2	100.	Por favor anote cualquier otro problema que tenga su hijo(a) y que no esté incluido en esta lista.
0 1 2		_____
0 1 2		_____
0 1 2		_____

POR FAVOR, VERIFIQUE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS

SUBRAYE LAS QUE LE PREOCUPAN

¿Tiene su hijo(a) alguna enfermedad, o incapacidad física o mental? No Sí Por favor describa:

¿Qué es lo que más le preocupa con respecto a su hijo(a)?

Por favor describa los aspectos más positivos del niño/a:

PEE- pd. Perfil de Estilos Educativos

Los padres tenemos la obligación de educar a nuestros hijos evitándoles cualquier tipo de malestar o incomodidad	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Para que mis hijos progresen en la vida tengo que enseñarles y luego permitirles que practiquen lo que les he enseñado	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
La clave para educar bien a los hijos consiste, esencialmente, en castigarlos cada vez que se porten mal	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Me molesta que alguno de mis hijos me pida ayuda para hacer algo; creo que debería intentar hacerlo solo/a	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Me pongo nervioso/a, cuando veo que alguno de mis hijos quiere hacer algo sin mi ayuda o supervisión	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Los hijos saben cuidarse solos; los padres no tenemos por qué estar constantemente preocupándonos por ellos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Frecuentemente estoy preocupado/a por la posibilidad de que mis hijos sufran algún daño	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Me agrada que mis hijos tengan iniciativa para hacer cosas, aunque cometan errores	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Los padres debemos exigir a nuestros hijos que, en cualquier ocasión, hagan las cosas lo mejor posible	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Me siento mal, cuando alguno de mis hijos rechaza mi ayuda para hacer algo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Creo que los padres tenemos que dejar a los hijos "a su aire", para que aprendan por su cuenta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Me angustio, cuando pienso que, tal vez, no esté educando bien a mis hijos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Me agrada enseñar a mis hijos cosas nuevas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Para que los niños maduren y se hagan responsables se les debe castigar por su mala conducta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
La educación de los hijos puede llevarse a cabo perfectamente sin recompensas ni castigos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Cuando alguno de mis hijos está enfermo, me asusto mucho	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
En mi opinión, es normal que mis hijos cometan errores mientras están aprendiendo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Noto tensión o nerviosismo cuando alguno de mis hijos está fuera de casa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Pienso que los hijos no se merecen premios o elogios por comportarse como deben	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Me preocupo mucho, cuando pienso que algún día mis hijos tendrán que cuidar de sí mismos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Quando alguno de mis hijos se pone enfermo, lo primero que pienso es que es algo propio de su edad o de la época y que se le pasará pronto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Los padres tenemos la obligación de enseñar poco a poco a nuestros hijos a tomar sus propias decisiones	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Lo mejor es que los hijos aprendan por los daños que sufren en su vida	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Los padres somos responsables de todo lo malo que les pueda ocurrir a nuestros hijos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Quando mis hijos aprenden algo nuevo, compruebo que es correcto y adecuado para ellos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Me gustaría ayudar a mis hijos en todo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Creo que la vida es la mejor escuela, sin que sea necesario estar dando constantemente consejos a los hijos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Pienso que los padres debemos supervisar el desarrollo de nuestros hijos, sin angustiarnos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Me siento mal, cuando pienso en todas las contrariedades que mis hijos tendrán en la vida	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Los padres no podemos evitar todos los daños que les puedan ocurrir a nuestros hijos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Me irrito, cuando veo que alguno de mis hijos no hace las cosas exactamente como yo he dicho que las haga	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Quando alguno de mis hijos está enfermo, acudo al pediatra, tranquilo/a, sin preocuparme en exceso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Por lo general, cuando alguno de mis hijos hace algo mal y sufre por ello, procuro consolarlo y ayudarlo a ver en qué se equivocó	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Los padres deben dejar que sus hijos se desarrollen, sin limitarlos con normas o prohibiciones	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Quando a alguno de mis hijos le pasa algo desagradable por no haberme hecho caso, le recrimino por ello	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Para que los hijos progresen, los padres tenemos que ayudarles casi constantemente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Los padres debemos llevar una vida normal, sin preocuparnos demasiado por el desarrollo de los hijos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Los castigos enseñan a los hijos a respetar a los padres	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Los padres no tenemos la culpa de las cosas que les puedan ocurrir a nuestros hijos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Los padres tienen la obligación de establecer normas severas de comportamiento para sus hijos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

- Cuando los hijos se quejan por algo, la mayoría de las veces exageran SI NO
- Cuando veo que alguno de mis hijos va a cometer un error, por lo general, le dejo que lo haga para que aprenda SI NO
- Creo que mis hijos pueden aprender a cuidar de sí mismos por su cuenta SI NO
- Los padres tenemos que utilizar frecuentemente los castigos para prevenir problemas futuros SI NO
- Me pongo nervioso/a, cuando oigo a alguien que dice que los padres debemos ayudar a los hijos a resolver sus problemas SI NO
- Los padres deben enseñar a sus hijos que la vida está llena de dificultades contra las que hay que luchar SI NO
- Cuando un hijo va a salir solo/a, los padres deben enseñarle todo lo que necesita saber para cuidar de sí SI NO
- Cuando los hijos están enfermos, hay que atenderles, pero seguir castigándolos, igual que si estuvieran bien SI NO

S												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
I												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
P												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
A												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

**Inventario de Depresión de Beck
(BDI)**

Nombre _____ Fecha _____

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1. No me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 Me siento desanimado respecto al futuro.
 Siento que no tengo que esperar nada.
 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. No me siento fracasado.
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 Me siento una persona totalmente fracasada.

4. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5. No me siento especialmente culpable.
 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 Me siento culpable constantemente.

6. No creo que esté siendo castigado.
 Me siento como si fuese a ser castigado.
 Espero ser castigado.
 Siento que estoy siendo castigado.

7. No estoy decepcionado de mí mismo.
 Estoy decepcionado de mí mismo.
 Me da vergüenza de mí mismo.
 Me detesto.

8. No me considero peor que cualquier otro.
 Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
 Continamente me culpo por mis faltas.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 Desearía suicidarme.
 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10. No lloro más de lo que solía.
 Ahora lloro más que antes.
 Lloro continuamente.
 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

**Inventario de Depresión de Beck
(BDI)**

11. No estoy más irritado de lo normal en mí.
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 Me siento irritado continuamente.
 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
-
12. No he perdido el interés por los demás.
 Estoy menos interesado en los demás que antes.
 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 He perdido todo el interés por los demás.
-
13. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 Evito tomar decisiones más que antes.
 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 Ya me es imposible tomar decisiones.
-
14. No creo tener peor aspecto que antes.
 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
 Creo que tengo un aspecto horrible.
-
15. Trabajo igual que antes.
 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
 No puedo hacer nada en absoluto.
-
16. Duermo tan bien como siempre.
 No duermo tan bien como antes.
 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
-
17. No me siento más cansado de lo normal.
 Me canso más fácilmente que antes.
 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
-
18. Mi apetito no ha disminuido.
 No tengo tan buen apetito como antes.
 Ahora tengo mucho menos apetito.
 He perdido completamente el apetito.
-
19. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
 He perdido más de 2 kilos y medio.
 He perdido más de 4 kilos.
 He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar: SI NO
-
20. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
-
21. No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
 Estoy menos interesado por el sexo que antes
 Estoy mucho menos interesado por el sexo
 He perdido totalmente mi interés por el sexo

TOTAL _____

ESCALA DE AJUSTE DIADICO (Spanier, 1976)

Adaptación - traducción: J. Caceres, 1982

Nombre: _____

Fecha: _____ Fecha de nacimiento: _____

Marca con una X el espacio que refleje mejor tu posición actual en cada uno de los siguientes aspectos, en tu relación de pareja.

	siempre de acuerdo	de casi siempre de acuerdo	desacuerdo ocasional	desacuerdo frecuente	casi siempre desacuerdo	siempre desacuerdo
1 Manejo de finanzas familiares						
2 Diversiones						
3 Cuestiones religiosas						
4 Demostración de afecto						
5 Amistades						
6 Relaciones sexuales						
7 Convencionalismos (¿Qué es lo correcto o lo incorrecto?)						
8 Filosofía de la vida						
9 Relaciones con suegros						
10 Objetivos, fines, valores						
11 Cantidad de tiempo a pasar juntos						
12 Toma de decisiones importantes						
13 Tareas domésticas						
14 Intereses y actividades a realizar durante el ocio						
15 Decisiones en relación con el trabajo						

	siempre	casi siempre	A menudo	ocasionalmente	raramente	nunca
16. ¿Con que frecuencia habeis pensado en el divorcio o en la separación?						
17. ¿Con que frecuencia te vas de casa tras una pelea?						
18. ¿Con que frecuencia piensas que las cosas os van bien como pareja?						
19. ¿Confías en tu pareja?						
20. ¿Lamentas el haberte casado?						
21. ¿Con que frecuencia reñís?						
22. ¿Con que frecuencia haceis que el otro pierda los estribos?						

23. ¿Besas a tu pareja?

Todos los días Casi todos los días Ocasionalmente Raramente Nunca

24. ¿Participáis juntos en actividades fuera de la pareja?

En todas Casi todas Algunas Pocas Ninguna

¿ Con que frecuencia ocurre lo siguiente entre vosotros?

	nunca	menos de una vez al mes	una o dos veces al mes	una o dos veces por semana	una vez al día	Más a menudo
25 Intercambiáis ideas estimulantes						
26. Os reís juntos						
27. Discutís algo con calma						
28. Trabajáis juntos en un proyecto						

En lo que sigue las parejas a veces están de acuerdo y otras en desacuerdo. Indica si en las últimas semanas el desacuerdo en alguno de los puntos siguientes os ha causado problemas: (Contesta Si o No).

29. Estar demasiado cansado/ a para hacer el amor SI NO

30 Ausencia de demostraciones afectivas SI NO

31. Los puntos de la línea de abajo representan grados diferentes de satisfacción con su relación. Suponiendo que el punto marcado con la palabra "Satisfecho" refleja el grado de satisfacción obtenido por la mayoría de las parejas, rodea con un círculo el punto que mejor refleje tu propio grado de satisfacción

Muy insatisfecho Bastante insatisfecho Un poco insatisfecho Satisfecho Muy satisfecho Extremadamente satisfecho Perfecto

32. De las formas que siguen ¿cuál refleja mejor tu forma de ver el futuro de tu relación?

- Deseo de todo corazón que nuestra relación tenga éxito y haría lo posible porque fuese así
- Deseo muchísimo que nuestra relación tenga éxito y haré lo que pueda para que así sea.
- Deseo mucho que nuestra relación tenga éxito y haré mi parte para que así sea.
- Sería bueno que nuestra relación tuviera éxito, pero no puedo hacer mucho más de lo que ya hago para que así sea.
- Sería bueno que nuestra relación tuviera éxito, pero me niego a hacer más de lo que hago para preservarla.
- Nuestra relación nunca podrá ser un éxito. No hay nada más que yo pueda hacer para preservarla.

SESBI-R **Inventario de conducta para profesores**

Nombre del profesor/ a _____ Centro _____

Horas a la semana de contacto con el niño _____ Fecha actual ____/____/____

Nombre del niño _____ Sexo M ___ F ___

Curso _____ Fecha de nacimiento del niño ____/____/____

Instrucciones: debajo hay una serie de frases que describen el comportamiento del niño. Tache el número que describe la frecuencia del comportamiento del alumno en el momento actual, y tache SI o NO para indicar si el comportamiento del niño le supone un problema en el momento actual.

Por ejemplo, si fuera rara vez, tacharía el 2 para responder la siguiente afirmación:

¿Es un problema para mí?

Nunca Raras veces Alguna vez A menudo Siempre

1 ~~2~~ 3 4 5 6 7 SI ~~NO~~

Es despreciado con la escritura

Tache solamente una respuesta para cada frase y responda a todas.

¿Le sucede a su alumno que.....?

	Nunca	Rara vez	Alguna vez	A menudo	Siempre	¿Es un problema para mí?			
	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
1. Tiene cambios de humor									
2. Se enfada									
3. Fastidia o provoca a otros niños									
4. Dice mentiras									
5. Se frustra con tareas difíciles									
6. No obedece las normas del colegio por sí mismo									
7. Exige la atención del profesor									
8. Tarda en obedecer las normas o indicaciones									
9. Hace de jefe con sus compañeros									
10. Se enfada cuando las cosas no salen como él quiere									
11. Interrumpe al profesor									
12. Es impulsiva, actúa antes de pensar									
13. Se niega a obedecer a no ser que se le amenace con un castigo									
14. Tiene dificultades para permanecer en una tarea									
15. Culpa a otros por sus problemas de comportamiento									
16. Tiene dificultades para estar en grupo									

	¿Le sucede a su alumno que.....							¿Es un problema para mí?	
	Nunca	Rara vez	Alguna vez	A menudo	Siempre			SI	NO
17. Se distrae con facilidad	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
18. Muestra dificultades para aceptar críticas o que le corrijan	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
19. No finaliza tareas o proyectos	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
20. Falta el respeto al profesor	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
21. Tiene discusiones con otros estudiantes	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
22. Se queja	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
23. Es nervioso o inquieto	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
24. Tiene peleas con otros estudiantes	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
25. Hace ruidos en clase	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
26. Desafía cuando se le dice que haga algo	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
27. Discute con el profesor acerca de las normas o indicaciones	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
28. Interrumpe a otros estudiantes	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
29. Es ruidoso	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
30. Tiene problemas para guardar el turno	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
31. Habla excesivamente	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
32. Pierde cosas que necesita para las actividades del colegio	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
33. Está inquieto en el asiento	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
34. No escucha las indicaciones	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
35. Es susceptible o fácilmente irritable	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
36. Molesta a otros a propósito	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
37. Tiene dificultades para prestar atención	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
38. Muestra dificultades para permanecer sentado	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
OTROS PROBLEMAS									
	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO

Cuestionario de Satisfacción del Programa Familiar PEPA

Nombre del padre/ madre/ cuidador _____ Fecha _____

El cuestionario siguiente es parte de nuestra evaluación del programa familiar que usted ha recibido. Es importante que usted conteste tan francamente como le sea posible. La información obtenida nos ayudará a evaluar y mejorar el programa que ofrecemos. Agradecemos su cooperación.

TACHE LA RESPUESTA QUE MEJOR DESCRIBA LA SITUACIÓN

1. El problema principal que me motivó a comenzar el programa familiar en este momento se encuentra:

Considerablemente peor	Peor	Ligeramente peor	Igual	Ligeramente mejorado	Mejorado	Considerablemente mejorado
------------------------	------	------------------	-------	----------------------	----------	----------------------------

2. Sobre el desarrollo del programa me siento:

Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ligeramente insatisfecho	Normal	Ligeramente satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
------------------	--------------	--------------------------	--------	------------------------	------------	----------------

3. ¿En qué grado le ha ayudado el programa con otras personas en general o problemas de familia no directamente relacionados con el niño?

Ha dificultado más que ayudado	Ha dificultado	Ligeramente ha dificultado	Nada, ni ha ayudado ni dificultado	Ligeramente ha ayudado	Ha ayudado	Ha ayudado mucho
--------------------------------	----------------	----------------------------	------------------------------------	------------------------	------------	------------------

4. Siento que el acercamiento a los problemas de comportamiento del niño en casa usando este tipo de programa de formación paternal es:

Muy inapropiado	Inapropiado	Ligeramente inapropiado	Neutral	Ligeramente apropiado	Apropiado	Muy apropiado
-----------------	-------------	-------------------------	---------	-----------------------	-----------	---------------

5. ¿Recomendaría usted el programa a un amigo o pariente?

Muy recomendado	Recomendado	Ligeramente recomendado	Normal	Ligeramente no recomendado	No recomendado	Nada recomendada
-----------------	-------------	-------------------------	--------	----------------------------	----------------	------------------

6. La duración del programa le ha parecido: Adecuado Inadecuado

7. La duración de las sesiones le ha parecido: Adecuado Inadecuado

8. El horario en el que ha venido ha sido a las _____ horas y le parece: Adecuado Inadecuado

9. La puntualidad en el desarrollo del programa ha sido: Adecuado Inadecuado

10. El trato recibido durante el desarrollo del programa ha sido: Adecuado Inadecuado

11. ¿Se considera usted capacitado para manejar futuros problemas de comportamiento en casa con lo que aprendió en este programa?

Muy capacitado	Capacitado	Algo capacitado	Normal	Poco capacitado	Incapacitado	Nada capacitado
----------------	------------	-----------------	--------	-----------------	--------------	-----------------

12. Mi calificación total sobre el programa familiar es:

Totalmente inaceptable									Totalmente aceptable	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

A. FORMATO DE ENSEÑANZA

Dificultad

En esta sección, nos gustaría tener su opinión sobre la dificultad de cada uno de los siguientes tipos de enseñanza. Por favor tache la respuesta que mejor describa su opinión.

Demostración de la destreza por el terapeuta	Muy fácil	Fácil	Normal	Difícil	Muy difícil
Práctica de la destreza en la clínica con el terapeuta	Muy fácil	Fácil	Normal	Difícil	Muy difícil
Práctica de la destreza en la clínica con el hijo	Muy fácil	Fácil	Normal	Difícil	Muy difícil
Práctica del juego infantil en casa con el hijo	Muy fácil	Fácil	Normal	Difícil	Muy difícil
Las tareas para casa	Muy fácil	Fácil	Normal	Difícil	Muy difícil
Los cuadernillos entregados para casa	Muy fácil	Fácil	Normal	Difícil	Muy difícil

Utilidad

En esta sección, nos gustaría tener su opinión sobre la utilidad de cada uno de los siguientes tipos de enseñanza. Por favor tache la respuesta que mejor describa su opinión.

Demostración de la destreza por el terapeuta	Muy útil	Útil	Normal	Poco útil	Nada útil
Práctica de la destreza en la clínica con el terapeuta	Muy útil	Útil	Normal	Poco útil	Nada útil
Práctica de la destreza en la clínica con el hijo	Muy útil	Útil	Normal	Poco útil	Nada útil
Práctica del juego infantil en casa con el hijo	Muy útil	Útil	Normal	Poco útil	Nada útil
Las tareas para casa	Muy útil	Útil	Normal	Poco útil	Nada útil
Los cuadernillos entregados para casa	Muy útil	Útil	Normal	Poco útil	Nada útil

B. TÉCNICAS DE EDUCACIÓN ESPECÍFICAS

Dificultad

En esta sección nos gustaría tener su opinión sobre la dificultad de cada una de las técnicas aprendidas. Por favor tache la respuesta que mejor describe la dificultad.

Atención positiva	Muy fácil	Fácil	Normal	Difícil	Muy difícil
Ignorar	Muy fácil	Fácil	Normal	Difícil	Muy difícil
Instrucciones claras	Muy fácil	Fácil	Normal	Difícil	Muy difícil
Tiempo fuera	Muy fácil	Fácil	Normal	Difícil	Muy difícil
El grupo total de técnicas	Muy fácil	Fácil	Normal	Difícil	Muy difícil

Utilidad

En esta sección, nos gustaría tener su opinión de la utilidad de cada una de las técnicas aprendidas para mejorar la interacción con el niño y la disminución de los comportamientos inadecuados. Por favor tache la respuesta que mejor describa la utilidad de la técnica.

Atención positiva	Muy útil	Útil	Normal	Poco útil	Nada útil
Ignorar	Muy útil	Útil	Normal	Poco útil	Nada útil
Instrucciones claras	Muy útil	Útil	Normal	Poco útil	Nada útil
Tiempo fuera	Muy útil	Útil	Normal	Poco útil	Nada útil
El grupo total de técnicas	Muy útil	Útil	Normal	Poco útil	Nada útil

C. EL TERAPEUTA

En esta sección nos gustaría tener su opinión sobre el terapeuta. Por favor tache la respuesta que mejor exprese como usted se siente.

1. Siento que la enseñanza del terapeuta ha sido:

Pobre	Baja	Por debajo de la media	Normal	Por encima de la media	Alta	Superior
-------	------	------------------------	--------	------------------------	------	----------

2. Yo opino que el terapeuta en el programa familiar en el que he participado ha sido:

Nada provechoso	No provechoso	Ligeramente no provechoso	Normal	Ligeramente provechoso	Provechoso	Muy provechoso
-----------------	---------------	---------------------------	--------	------------------------	------------	----------------

3. Sobre el interés del terapeuta en mí y en mis problemas con el niño me siento:

Muy insatisfecho	Insatisfecho	Algo insatisfecho	Normal	Algo satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
------------------	--------------	-------------------	--------	-----------------	------------	----------------

POR FAVOR, ESCRIBA SU OPINIÓN

- ◆ ¿Qué parte del programa le ha ayudado más?

- ◆ ¿Qué le ha gustado más del programa?

- ◆ ¿Qué le ha gustado menos del programa?

- ◆ ¿De qué manera el programa podría haberle ayudado más?

OBSERVACIONES:

Gracias por su colaboración y por su participación en el Programa Familiar

Cuestionario de Seguimiento PEPA-UMU

FAMILIA _____ N° _____ PEPA _____

Este cuestionario nos ayudará a conocer un poco más cómo han ido las cosas desde el término del programa PEPA. Es decir, nos gustaría saber si las técnicas y contenidos que os mostramos en el programa todavía os siguen siendo útiles con vuestros hijos, si su comportamiento ha cambiado tanto que ya no las necesitáis emplear, o por el contrario, habéis tenido que dejar de practicar alguna de las técnicas porque ya no parece ser eficaz con el comportamiento de vuestro hijo. Gracias por ayudarnos, vuestra información es muy valiosa para nosotros pues nos ayudará a mejorar.

Por favor, marca con una cruz la respuesta o respuestas que desees.

1. Pensando en los comportamientos de tu hijo que intentaste cambiar empleando las técnicas del programa PEPA, ¿cómo están esos comportamientos ahora respecto a como estaban al comienzo del programa?

Han empeorado mucho	Han empeorado algo	Siguen igual	Han mejorado algo	Han mejorado mucho
---------------------	--------------------	--------------	-------------------	--------------------

2. Pensando en los comportamientos de tu hijo que NO intentaste cambiar utilizando las técnicas del programa, ¿cómo están esos comportamientos ahora?

Han empeorado mucho	Han empeorado algo	Siguen igual	Han mejorado algo	Han mejorado mucho
---------------------	--------------------	--------------	-------------------	--------------------

3. Si consideras que hubo una mejora en el comportamiento de tu hijo, ¿crees que se debe a las técnicas del programa?

- Sí, creo que se debe en gran parte a las técnicas aprendidas durante el programa.
- No, creo que la mejora se debe a otros factores. Indicar cuáles: _____
- Mi hijo no ha mejorado

4. ¿En qué medida sigues empleando las técnicas aprendidas durante el programa?. En caso de que sigas empleando las técnicas, por favor, indica a continuación con qué frecuencia las sigues utilizando:

- | | | | |
|---|--------------------------------|----------------------------------|---|
| 1. Compartir tiempo con tu hijo (ratito de juego) | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Con frecuencia |
| 2. Elogiar y reforzar positivamente | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Con frecuencia |
| 3. Ignorar los comportamientos inadecuados (interrumpir, lloros, quejas, miedo,...) | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Con frecuencia |
| 4. Cambiar errores educativos (sobreprotección, no dar responsabilidades, falta de autocontrol,...) | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Con frecuencia |
| 5. Dar órdenes claras | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Con frecuencia |
| 6. Usar el tiempo fuera (silla en el rincón) | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Con frecuencia |

Cuestionario de Utilidad Clínica. Programa PEPA

Este cuestionario nos ayudará a conocer la utilidad del programa PEPA en la práctica clínica.
Nos gustaría saber si las técnicas y contenidos del programa PEPA son útiles en el ejercicio profesional.
Gracias por ayudarnos, vuestra información es muy valiosa para mejorar.

Marca tu profesión	Psicólogo	Pedagogo	Maestro	Pediatra	Otros
--------------------	-----------	----------	---------	----------	-------

Por favor, marca la respuesta o respuestas que desees

1. Pensando en los comportamientos de tus pacientes que intentaste cambiar empleando las técnicas del programa PEPA, ¿cómo han mejorado esos comportamientos a lo largo de la terapia?

- No han mejorado
- Han mejorado algo
- Han mejorado bastante
- Han mejorado muchísimo

2. Pensando en los comportamientos de tus pacientes que NO intentaste cambiar utilizando las técnicas del programa PEPA, ¿cómo están esos comportamientos ahora?

- No han mejorado
- Han mejorado algo
- Han mejorado bastante
- Han mejorado muchísimo

3. Si consideras que hubo mejora en el comportamiento de tus pacientes, ¿crees que se debe a las técnicas del programa PEPA?

- Sí
- No
- No sé

4. ¿En qué medida sigues empleando las técnicas del programa PEPA? Indica la frecuencia

- | | | | |
|--|---|-----------------------------------|---|
| 1. Compartir tiempo con tu hijo (rat lo de juego) | <input type="checkbox"/> Nunca o casi nunca | <input type="checkbox"/> A menudo | <input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre |
| 2. Elogiar y reforzar positivamente | <input type="checkbox"/> Nunca o casi nunca | <input type="checkbox"/> A menudo | <input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre |
| 3. Ignorar los comportamientos inadecuados (interrumpir, lloros, quejas, miedos, ...) | <input type="checkbox"/> Nunca o casi nunca | <input type="checkbox"/> A menudo | <input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre |
| 4. Cambiar errores educativos (sobreprotección, no dar responsabilidades, falta de autocontrol, ...) | <input type="checkbox"/> Nunca o casi nunca | <input type="checkbox"/> A menudo | <input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre |
| 5. Dar órdenes claras | <input type="checkbox"/> Nunca o casi nunca | <input type="checkbox"/> A menudo | <input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre |
| 6. Usar el tiempo fuera (silla de pensar) | <input type="checkbox"/> Nunca o casi nunca | <input type="checkbox"/> A menudo | <input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre |
| 7. Establecer normas y límites en casa | <input type="checkbox"/> Nunca o casi nunca | <input type="checkbox"/> A menudo | <input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre |
| 8. Generalizar fuera de casa | <input type="checkbox"/> Nunca o casi nunca | <input type="checkbox"/> A menudo | <input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre |
| 9. Conjunto de técnicas en general | <input type="checkbox"/> Nunca o casi nunca | <input type="checkbox"/> A menudo | <input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre |

Cuestionario de Utilidad Clínica. Programa PEPA

5. De las técnicas que aprendiste del programa PEPA
¿Hay alguna que ya no le esté siendo útil en la práctica clínica?

- SI NO

Si ha contestado que SI hay alguna/s técnica/s que ya no le resulte útil, por favor, márcala/s a continuación.

- Compartir tiempo con tu hijo; ratillo de juego)
- Elegir y reforzar positivamente
- Ignorar los comportamientos inadecuados (interrumpir, llores, quejas, miedo...)
- Cambiar errores educativos (sobrepotección, no dar responsabilidades, falta de autocontrol,...)
- Dar órdenes claras
- Usar el tiempo libre (ajuda de pensar)
- Establecer normas y límites en casa
- Generalizar fuera de casa
- Conjunto de técnicas en general

6. Si has dejado de utilizar en la práctica clínica las técnicas que aprendiste en el programa, señala por qué:

- Las familias no han mejorado con las técnicas
- Las familias han dejado de utilizarlas
- Las técnicas son demasiado costosas para seguir empleándolas
- Simplemente les he dejado de utilizar
- Otros motivos: _____

7. Respecto a los CUADERNILLOS Y REGISTROS, ¿te resultan de utilidad en la práctica clínica?

CUADERNILLOS (fotocopias de los contenidos del programa/ técnicas)

- SI
- No
- No sé

REGISTROS (árbol de los logros, pillalo portándose bien, caritas, instrucciones claras, normas)

- SI
- No
- No lo sé

Gracias por tu colaboración

ç

Anexo 3

Registro de Observación del Juego Infantil

Familia: F

Registro de observación PEPA

Tiempo: 10 minutos

Terapeuta:													
Observador:													
A↑	A↓	R	C	C	P	P	A↑	A↓	R	C	C	P	P
A↑	A↓	R	C	C	P	P	A↑	A↓	R	C	C	P	P
A↑	A↓	R	C	C	P	P	A↑	A↓	R	C	C	P	P
A↑	A↓	R	C	C	P	P	A↑	A↓	R	C	C	P	P
A↑	A↓	R	I	I	NI	NI	A↑	A↓	R	I	I	NI	NI
A↑	A↓	R	I	PC	IC	PC	IC	PC	IC	PC	IC	PC	
A↑	A↓	R	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	
A↑	A↓	R	A	R	A	R	A	R	A	R	A	R	
A↑	A↓	R	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
A↑	A↓	R	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	
A↑	A↓	R	A	R	A	R	A	R	A	R	A	R	
A↑	A↓	R	TF	TF	TF	TF	TF	TF	TF	TF	TF	TF	
A↑	A↓	R	IC	PC	IC	PC	IC	PC	IC	PC	IC	PC	
A↑	A↓	R	A	R	A	R	A	R	A	R	A	R	

A↑: alabanza alta P: preguntas	A↓: Alabanza baja C: clases	R: refuerzo social
I: ignorar	NI: no ignora	
IC: instrucciones claras S: obedece A: advertencia	PC: instrucciones poco claras N: no obedece TF: tiempo fuera	A/R: Alabanza/ refuerzo social

"Atiendan el Juego del niño. Sólo pueden jugar con los juguetes que hay encima de la mesa.

1. A los 3 minutos, pídale que cambie de juego con los juguetes de la mesa.
2. Cuando suene un ruido en la puerta dígame al niño que el juego ha terminado y que tiene que recoger y guardar los juguetes en la caja"
3. Una vez recogidos los juguetes, dígame que coja de la caja sólo las construcciones para hacer una torre alta.
4. Cuando suene un ruido en la puerta, dígame que guarde las construcciones otra vez en la caja y esperen a que entre el terapeuta a la sala.

2 minutos: distractor
8 minutos: distractor

Anexo 4

Registros. Tareas para casa

Registro 1		Ratito exclusivo de mi hijo		Programa familiar PEPA
Día	Tiempo invertido	Actividad	Respuesta del niño (tranquilo, nervioso, colaborador,..)	

Frases que promueven actitudes

* NEGATIVAS


Eres un desordenado	Desorden
Siempre estás deseando fastidiar	Fastidiar más
Debes aprender de tu primo	Rechazo al primo
Así no llegarás a ningún sitio	Temor
Estoy harta de ti	Desamor
Aprende de tu hermano	Celos
Quedas castigado	Venganza
Como sigas a sí te voy a castigar	Temor
Siempre te estás peleando	Me gusta pelear
Aléjate, no quiero ni verte	Desamor
No sabes estarte quieto	Soy nervioso
Me matas a disgustos	Desamor
Siempre estás peleando	Es lo mío
Cada día te portas peor	Soy así, soy malo
Eres un mentiroso	Lo mío es mentir
No sé cuándo vas a aprender	No puedo
No me quieres nada	Desamor
Así no tendrás amigos	Tristeza
Se lo diré a papá	Temor

* POSITIVAS

Estoy seguro de que eres capaz	Soy capaz
Muy bien, yo sé que lo harás	Soy capaz
No dudo de tu buena intención	Ser bueno
Juan tiene un alto concepto de ti	Juan es mi amigo
Si necesitas algo, pídemelo	Amigo
Sé que lo has hecho sin querer	No lo repetiré
Estoy muy orgullosos de ti	Satisfacción
Sabes que te quiero mucho	Amor
Yo sé que eres bueno	Soy bueno
Te felicito por lo que has hecho	Alegría, mejorar



- Interésate por sus pequeños logros, huye de la alabanza mecánica.
- Vigila tu cansancio o enfado, abono eficaz para que se te escape algún que otro antilogio
- Intenta mantener el respeto al carácter de tu hijo, y plantéate si las expectativas que has depositado en él son justas, razonables y equilibradas.
- Evita el exceso de protección sobre el niño e intenta intervenir en sus andanzas sólo cuando haya algún peligro grave.
- Proponle metas que sea capaz de obtener y saca siempre la parte positiva de su intervención, aunque la negativa fuera mucho más importante.
- Pídele opinión en temas cotidianos(ir de paseo, qué postre preparar,..). esto le hará sentirse importante, autovalorarse y respetarse a sí mismo.
- No recurras nunca a las comparaciones para reprenderle o hacerle ver cómo ha de portarse. No es bueno para ninguno de los dos niños, y siempre hay

<p>Qué sorpresa más buena me has dado Cuando me necesites, yo te ayudaré Sí me gusta, lo has hecho muy bien Noto que cada día eres mejor Creo lo que me dices, sé que lo harás Sabes que quiero para ti lo mejor Tú te mereces lo mejor Puedes llegar donde tú quieras</p>	<p>Alegría Amor Satisfacción Ganas de serlo Confianza Amor Satisfacción Puedo hacerlo</p>	<p>alguno que sale perdiendo. - Proponte la meta de elogiar cada día, al menos, una cosa bien hecha. Si estás atento, no será difícil encontrar la ocasión.</p>
---	--	--

Registro 3		
Fecha	COMPORTAMIENTO POSITIVO ¿Qué ha hecho?	REFUERZO POSITIVO ¿Qué le he dicho?
	"Atrápalo Pilla a tu hijo Siendo portándose bien bueno" cada día	

Registro 4

Programa Familiar PEPA

CONDUCTAS NO OK L 	CONDUCTAS OK J 

Registro 5

Nombre del niño:

Registro de

atención diferencial

CONDUCTAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
J _____ L _____	J L	J L	J L	J L	J L	J L	J L
	J L	J L	J L	J L	J L	J L	J L
	J L	J L	J L	J L	J L	J L	J L
	J L	J L	J L	J L	J L	J L	J L
	J L	J L	J L	J L	J L	J L	J L

Registro 6. Errores en la Educación

Programa Familiar PEPA

Piensa en los siguientes errores educativos y responde a las cuestiones:

- Castigar lo negativo y no reforzar lo positivo
- Atacar el valor del niño como ser humano
- Corregir delante de otras personas
- Ausencia de límites claros
- Etiquetas limitantes y negativas
- Comparaciones.
- Utilización de la culpa
- Ausencia de afectividad
- No darle el cariño y la atención que demanda
- Ausencia de responsabilidades
- No ser constante con el nivel de exigencias
- Falta de diálogo
- Temas tabúes

- Sobreprotección
- Dependencia y conformismo
- Modelo de abnegación
- Crear que tu hijo es tuyo y te pertenece
- Ausencia de libertad de elección
- Mensajes contradictorios.
- Falta de unidad de criterios
- No sacar tiempo para compartir con ellos.
- Reñir por causa de las propias frustraciones
- Administrar castigos cuando se está enojado
- Premiar la enfermedad
- Sobrevalorar las calificaciones
- Esperar que los problemas se solucionen solos.

§ ¿Qué errores educativos suelo utilizar más?

§ ¿Qué consecuencias tiene para el niño esos errores educativos?

§ ¿De qué manera contribuyo a que mi hijo no sea responsable?

§ ¿Qué puedo hacer YO para comportarme de otra manera con mi hijo?

Registro de

Registro 7. Durante la próxima semana, déle al menos 1 instrucciones clara al niño todos los días. Anote la instrucción clara abajo, si el niño obedeció o no, y las recompensas y atenciones usadas por la obediencia. Recuerde hacer las instrucciones fáciles para que el niño pueda hacerlas.

instruccione

Fecha	Instrucción clara	¿Ha obedecido?		Refuerzos y atenciones por obedecer
		SI	NO	
1.	_____			1. _____
	_____			_____
2.	_____	SI	NO	2. _____
	_____			_____
3.	_____	SI	NO	3. _____
	_____			_____
4.	_____	SI	NO	4. _____
	_____			_____
5.	_____	SI	NO	5. _____
	_____			_____
6.	_____	SI	NO	6. _____
	_____			_____
-		SI	NO	-

Registro 8. Instrucciones Claras				Programa Familiar PEPA						
Fecha	Hora	Instrucción clara	El niño obedece	Refuerzo por la obediencia	Advertencia	El niño obedece	Refuerzo por la obediencia	Duración tiempo fuera	¿Qué hace en el TF?	El niño obedece
			SI NO			SI NO				SI NO
			SI NO			SI NO				SI NO
			SI NO			SI NO				SI NO
			SI NO			SI NO				SI NO
			SI NO			SI NO				SI NO

Registro 9: Consecuencias de las normas

Programa Familiar PEPA

REFORZADORES SOCIALES (recompensa diaria)

- | | |
|------------------------------|--|
| q Alabanza | q Contárselo a la cuidadora por teléfono |
| q Comentario positivos | q |
| q Reconocimiento de la tarea | q |
| q Sonrisa | q |
| q Felicitar | q |
| q Elogiar | q |
| q Contacto físico | q |
| q Expresión de satisfacción | q |

REFORZADORES DE SITUACIÓN (recompensa diaria)

- | | |
|----------------------------------|--|
| q Programa favorito TV | q Papás cuentan un cuento por la noche |
| q Comer postre favorito | q Poner una pegatina en el álbum de las normas |
| q Ir a casa de un amigo | q |
| q Elegir la ropa | q |
| q Ser primero en..... | q |
| q Llevar la bici al parque | q |
| q Jugar con la pelota | q |
| q Elegir el almuerzo del colegio | |

REFORZADORES MATERIALES (recompensa semanal)

- | | |
|---------------|-------------------------|
| q Juguetes | q Caramelos |
| q Cromos | q Golosinas |
| q Tebeos | q Cuadernos para pintar |
| q Revistas | q Libros de lectura |
| q Plastilina | q Puzzles |
| q Recortables | q Rompecabezas |
| q Pinturas | q Construcciones |
| q Globos | q |
| q Pelotas | q |
| q Pegatinas | q |

Registro 10

Programa Familiar PEPA

NORMAS EN CASA

Las NORMAS que trabajaré con el niño son:

1. _____

REFUERZO POSITIVO. _____

CONSECUENCIA NEGATIVA. _____

2. _____

REFUERZO POSITIVO. _____

CONSECUENCIA NEGATIVA. _____

Anexo 5

Evaluaciones Escuela de Práctica Psicológica de la UMU

Escuela de Práctica Psicológica. Evaluación programa PEPA 2014-15

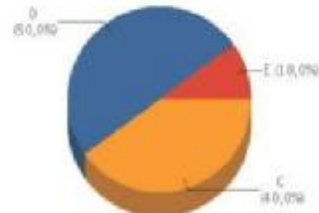


UNIVERSIDAD DE MURCIA

Programa PEPA

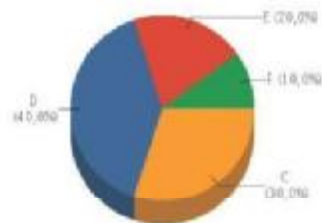
Adecuación de los medios técnicos

Respuesta	Total	%
A Nada	0	0,0
B Poco	0	0,0
C Suficiente	4	40,0
D Bastante	5	50,0
E Mucho	1	10,0
F Sin rellenar	0	0,0



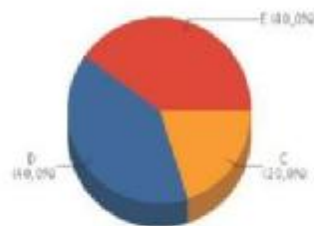
Grado de organización del curso

Respuesta	Total	%
A Nada	0	0,0
B Poco	0	0,0
C Suficiente	3	30,0
D Bastante	4	40,0
E Mucho	2	20,0
F Sin rellenar	1	10,0



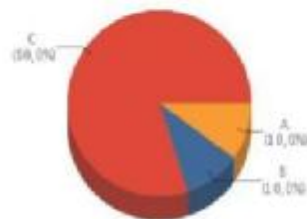
SATISFACCIÓN GLOBAL CON EL CURSO

Respuesta	Total	%
A Nada satisfactorio	0	0,0
B Poco satisfactorio	0	0,0
C Suficientemente satisfactorio	2	20,0
D Bastante satisfactorio	4	40,0
E Muy satisfactorio	4	40,0
F Sin rellenar	0	0,0



Observaciones al curso

Respuesta	Total	%
A Considero positivo que el curso tenga algunas horas mas de duración de modo que se pueda profundizar mas en los contenidos y objetivos del programa, puesto que está enfocado a que los profesionales lo pongamos en práctica .	1	10,0
B me hubiera gustado un día más para poner los conocimientos en práctica. Y que los cursos se puedan hacer dos veces al año, en lugar de sólo en noviembre la.	1	10,0



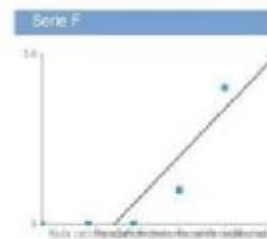
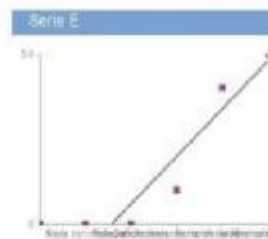
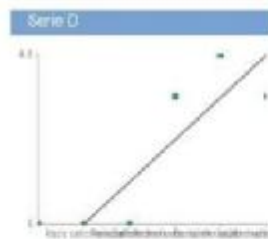
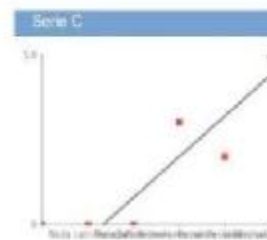
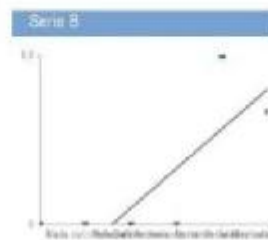
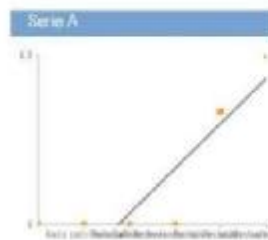
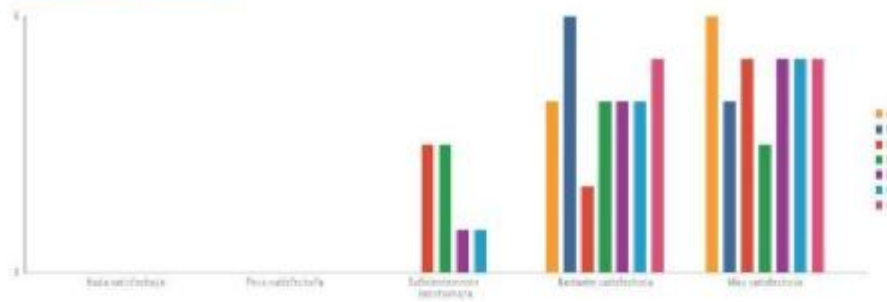


Programa PEPA

Respuesta	Total	%
mayoría		
C. Sin rellenar	8	80.0

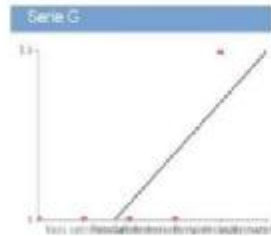
Por favor valora tu grado de satisfacción con los siguientes aspectos relacionados con la docencia del profesorado del curso

	Nada satisfecho/a	Poco satisfecho/a	Suficientemente satisfecho/a	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
A Dominio de los contenidos	0	0	0	4	6
B Adecuación de contenidos a los objetivos del curso/módulo	0	0	0	5	4
C Documentación proporcionada	0	0	3	2	5
D Capacidad didáctica	0	0	3	4	3
E Puntualidad	0	0	1	4	5
F Relación con el alumnado	0	0	1	4	5
G VALORACIÓN GLOBAL DE LOS DOCENTES	0	0	0	5	5



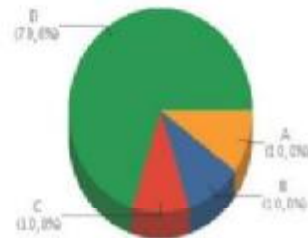


Programa PEPA



Observaciones al profesorado

Respuesta	Total	%
A Excelente labor docente.	1	10.0
B Hubiera deseado más estructuración y organización	1	10.0
C es genial que te traten como un profesional	1	10.0
D Sin rellenar	7	70.0





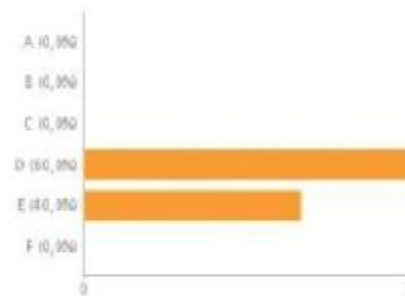
Programa PEPA

(5 encuestas cumplimentadas)

(Realizadas 44 invitaciones de las cuales han sido cumplimentadas el 11,4%)

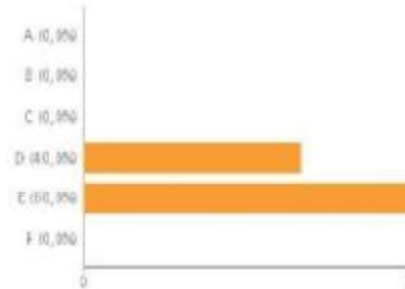
Nivel de consecución de los objetivos propuestos

Respuesta	Total	%
A Nada	0	0,0
B Poco	0	0,0
C Suficiente	0	0,0
D Bastante	3	60,0
E Mucho	2	40,0
F Sin rellenar	0	0,0



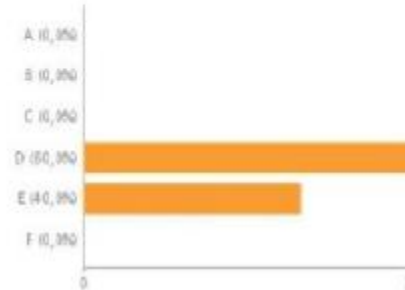
Calidad de los contenidos programados

Respuesta	Total	%
A Nada	0	0,0
B Poco	0	0,0
C Suficiente	0	0,0
D Bastante	2	40,0
E Mucho	3	60,0
F Sin rellenar	0	0,0



Grado de conocimiento adquirido

Respuesta	Total	%
A Nada	0	0,0
B Poco	0	0,0
C Suficiente	0	0,0
D Bastante	3	60,0
E Mucho	2	40,0
F Sin rellenar	0	0,0

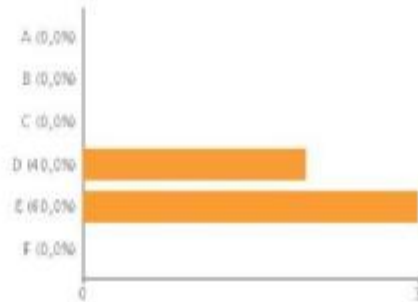


Posibilidad de poner en práctica los contenidos en la práctica profesional

Respuesta	Total	%
A Nada	0	0,0
B Poco	0	0,0
C Suficiente	0	0,0
D Bastante	2	40,0
E Mucho	3	60,0
F Sin rellenar	0	0,0

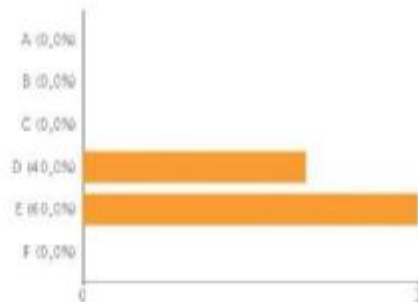


Programa PEPA



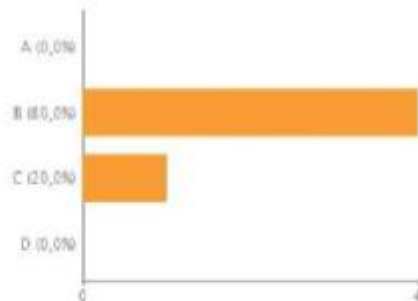
Grado de participación de los asistentes

Respuesta	Total	%
A Nada	0	0,0
B Poco	0	0,0
C Suficiente	0	0,0
D Bastante	2	40,0
E Mucho	3	60,0
F Sin rellenar	0	0,0



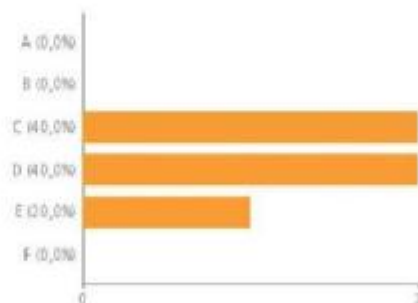
Duración del curso

Respuesta	Total	%
A Insuficiente	0	0,0
B Adecuada	4	80,0
C Excesiva	1	20,0
D Sin rellenar	0	0,0



Adecuación del lugar de trabajo

Respuesta	Total	%
A Nada	0	0,0
B Poco	0	0,0
C Suficiente	2	40,0
D Bastante	2	40,0
E Mucho	1	20,0
F Sin rellenar	0	0,0

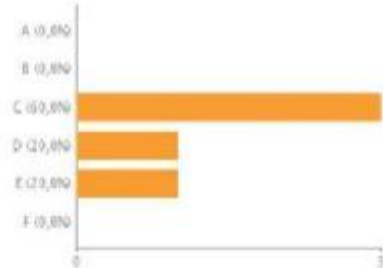




Programa PEPA

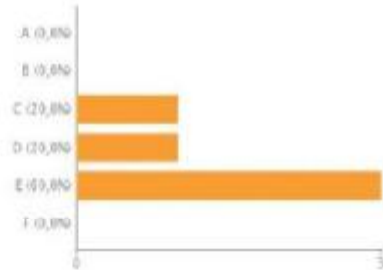
Adecuación de los medios técnicos

Respuesta	Total	%
A Nada	0	0.0
B Poco	0	0.0
C Suficiente	3	60.0
D Bastante	1	20.0
E Mucho	1	20.0
F Sin rellenar	0	0.0



Grado de organización del curso

Respuesta	Total	%
A Nada	0	0.0
B Poco	0	0.0
C Suficiente	1	20.0
D Bastante	1	20.0
E Mucho	3	60.0
F Sin rellenar	0	0.0



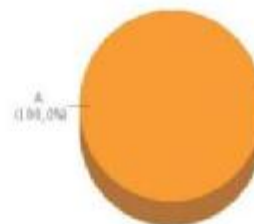
SATISFACCIÓN GLOBAL CON EL CURSO

Respuesta	Total	%
A Nada satisfactorio	0	0.0
B Poco satisfactorio	0	0.0
C Suficientemente satisfactorio	0	0.0
D Bastante satisfactorio	2	40.0
E Muy satisfactorio	3	60.0
F Sin rellenar	0	0.0



Observaciones al curso

Respuesta	Total	%
A Sin rellenar	5	100.0

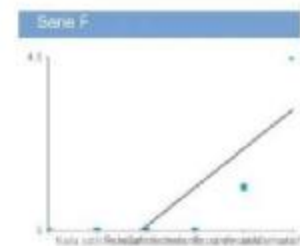
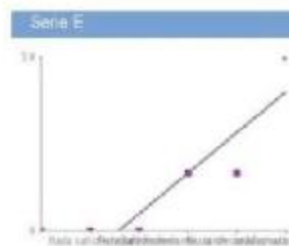
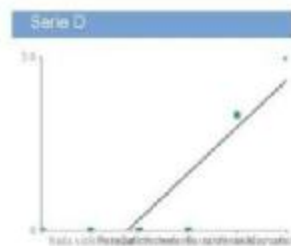
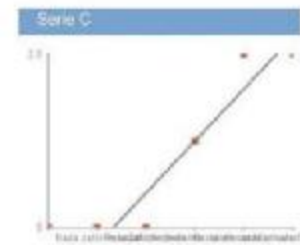
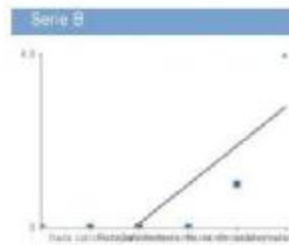
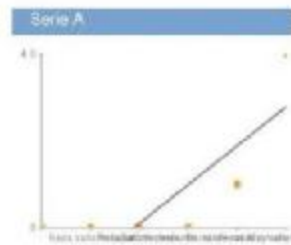
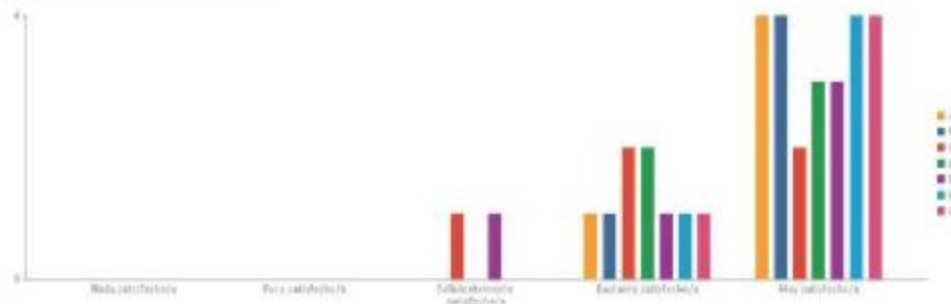




Programa PEPA

Por favor valora tu grado de satisfacción con los siguientes aspectos relacionados con la docencia del profesorado del curso

	Nada satisfecho/a	Poco satisfecho/a	Suficientemente satisfecho/a	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
A Dominio de los contenidos	0	0	0	1	4
B Adecuación de contenidos a los objetivos del curso/módulo	0	0	0	1	4
C Documentación proporcionada	0	0	1	2	2
D Capacidad didáctica	0	0	0	2	3
E Puntualidad	0	0	1	1	3
F Relación con el alumnado	0	0	0	1	4
G VALORACIÓN GLOBAL DE LOS DOCENTES	0	0	0	1	4



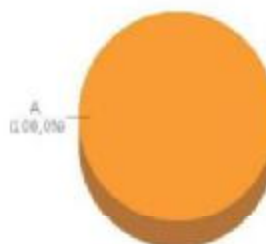


Programa PEPA



Observaciones al profesorado

Respuesta	Total	%
A Sin rellenar	5	100,0



Anexo 6

Premio de Investigación del Colegio de Psicólogos

I PREMIO INVESTIGACIÓN “ JESÚS GÓMEZ AMOR”. COLEGIO PSICÓLOGOS DE LA LA REGIÓN DE MURCIA

Título del artículo

Valoración del programa familiar PEPA para la mejora de los problemas de conducta infantil

Resumen

Aproximadamente la mitad de los padres reconoce tener problemas en la educación de sus hijos pequeños, en muchos casos atribuible a la falta de habilidades parentales. El objetivo de esta investigación fue valorar el Programa Educativo para PADres (PEPA), aplicado a 223 familias, con hijos de 3-6 años. Los padres y profesores cumplimentaron una batería de pruebas en cuatro momentos (pretest, posttest, seguimiento semestral y seguimiento anual).

El programa PEPA comprendió 10 sesiones semanales, de una hora, más sendas sesiones de seguimiento semestral y anual. La intervención consistió en enseñar a los padres habilidades parentales (atender, reforzar, ignorar, ordenar, establecer normas) y educativas (errores y estilos), mediante métodos de aprendizaje estructurado (instrucción didáctica, modelado, ensayo conductual, tareas para casa).

Los resultados confirman la eficacia del programa PEPA para disminuir la intensidad y el número de problemas de conducta infantil, aumentar la asertividad y disminuir la sintomatología depresiva de los padres y mejorar el ajuste marital. Los padres se muestran satisfechos con el programa y lo consideran útil para los problemas de conducta de sus hijos.

Palabras clave

Conducta infantil- desobediencia - entrenamiento a padres - estilo educativo - habilidades parentales

Introducción

Sobre los 5 años un 50% de padres se quejan de conductas desobedientes. Estudios epidemiológicos ponen de relieve la frecuencia de los problemas de conducta de tipo disruptivo en la infancia (Campbell, Shaw y Gilliom, 2000; Edwards, Ceillachair, Bywater, Hughes y Hutchings, 2007). La prevalencia de estos trastornos de conducta infantil es en niños (6,9%) y en niñas (2,8%), buscando ayuda profesional ante las dificultades creadas (Garrán, Greciano, Castro y Esperón, 2007).

Existe evidencia de la aparición de problemas de comportamiento infantil ante prácticas de crianza inadecuadas (Patterson, 1982; Patterson, 1999; Webster-Stratton, 1988). Muchos estudios consideran las variables familiares como responsables del inicio y mantenimiento de los problemas de conducta, por lo que la intervención temprana es decisiva para la modificación de conducta (Díaz-García y Díaz-Sibaja, 2005). En este contexto surgen los programas de entrenamiento de padres como herramienta clínica. Convertir a los padres en agentes activos y de cambio (Barlow y Stewart-

Brown, 2000) resulta un avance en los estudios sobre programa de prevención y tratamiento infanto-juvenil.

Los programas de entrenamiento de padres más ampliamente evaluados son los propuestos por Patterson (1974), Forehand y McMahon (1981) y por Webster-Stratton (1989) y muestran ser efectivos para intervenir sobre los problemas de comportamiento externalizante de niños, a la vez que mejora las habilidades de crianza y disminuye los niveles de estrés de los padres (Herschell & McNeil, 2005). A pesar de los resultados favorables, las conclusiones no son inequívocamente positivas. Las investigaciones han demostrado que problemas conyugales, entre otros, influyen sobre la participación de los padres, la magnitud y el mantenimiento del cambio y la satisfacción con el programa, exigiendo que sean adoptadas actitudes eficaces para su superación. Según Taylor, Schmidt, Pepler y Hodgins (1998), una limitación importante es que pocos de los factores que contribuyen al éxito son factibles de ser aplicados en el contexto clínico.

Robles y Romero (2011), realizan una revisión sobre la eficacia de los programas de entrenamiento para padres desde 1989 a 2009. Los resultados fueron satisfactorios en la promoción de cambios positivos en la conducta de los niños (Dimond y Hide, 1999; Lundhal et al., 2006; Maughan et al., 2005; Rey, 2006; Richardson y Joughin, 2002; Serketich y Dumas, 1996; Todres y Bunston, 1993; Tucker y Gross, 1997), mejora en las interacciones entre padres e hijos (Tucker y Gross, 1997), y en las conductas y actitudes parentales (Sampers et al., 2001).

La revisión bibliográfica (Olivares y García-López, 1997) y bibliométrica (García-López, Olivares y Ana I. Rosa, 1997) del entrenamiento a padres en España hasta 1997 señala que hay un escaso número de trabajos científicos y necesidad de generar instrumentos útiles en la intervención sobre los problemas de conducta de acuerdo a nuestros rasgos culturales (Olivares et al, 2002).

En base a las revisiones hemos elaborado un programa para padres con el fin de garantizar la adquisición y el mantenimiento de habilidades parentales, mejorar el ajuste de la pareja y prevenir y disminuir las conductas problemáticas en la primera infancia, aplicable en escuelas y clínicas.

El objetivo principal de este estudio es comprobar la efectividad del programa familiar PEPA en la disminución de las conductas problemáticas en el hogar y en escuela y el mantenimiento de la mejora conseguida a largo plazo.

Metodología

En el estudio, llevado a cabo en la Universidad de Murcia, en la Sección Universitaria de Instrumentación Psicológica (SUIP), del Servicio de Apoyo a las Ciencias Experimentales (SACE), participaron 223 familias, con 91 niñas y 132 niños, de 3 (37%), 4 (30%), 5 (19%) y 6 (14%) años. Los participantes fueron asignados al grupo experimental (N = 164) y control (N = 59), de manera aleatoria, en proporción 3:1 a petición de los padres que no deseaban permanecer en lista de espera.

Las familias fueron reclutadas en 22 colegios de Educación Infantil de Murcia. Se mantuvo reunión con los padres para exponer los objetivos de la investigación. Los criterios de inclusión fueron, edad comprendida ente 3-6 años, problemas de conducta, sobre todo oposicionismo y

participación de ambos padres. Quedaron excluidos los niños mayores de 6 años, con trastornos mentales, y las familias monoparentales.

El estudio constó de cuatro fases, que abarcó desde 2007 a 2012. 1) estudio piloto para comprobar la idoneidad de la estructura del programa; 2) selección y formación de monitores/psicólogos para el estudio; 3) reclutamiento de familias en centros educativos; 4) evaluación e implementación del programa en 6 promociones, que recibieron 14 sesiones, distribuidas en 4 bloques: pretest (1 sesión), intervención (10 sesiones), posttest (1 sesión) y seguimientos (2 sesiones). Se desarrolló de manera individual con cada familia y participaron en cada una de ellas los dos padres y el niño. Todas las familias completaron una batería de pruebas de conductas infantiles (ECBI; CBCL), de características parentales (PEE; BDI; DAS), cuestionarios de satisfacción del programa y de seguimiento del mantenimiento de los cambios sobre los problemas de conducta, durante las cuatro medidas descritas. Los profesores completaron el inventario de conductas infantiles (SESBI-R) en las mismas medidas.

El bloque de intervención constó de una parte Motivacional (1 sesión) con el análisis funcional de conductas; parte Educativa (4 sesiones: refuerzo positivo, extinción, errores y estilos educativos); parte Práctica (5 sesiones: instrucciones claras, establecimiento de normas y generalización en otros entornos). Las sesiones tuvieron métodos de aprendizaje estructurado (instrucción didáctica, modelado, ensayo conductual, tareas para casa).

Se utilizó un diseño factorial mixto 2 x 3, con un factor inter, variable intervención con dos valores: experimental versus control, y un factor intra, variable evaluación con tres valores: pretest, posttest, seguimiento semestral. Y un diseño 1 x 4 en el factor intra con cuatro valores: pretest, posttest, seguimiento semestral y anual, debido a la falta de muestra representativa en el grupo control a año. Para el análisis de las diferentes condiciones se ajustaron los efectos principales mediante ajustes post-hoc utilizando Bonferroni. Para analizar el tamaño del efecto se incluyó el índice *d* propuesto por Cohen (1988), con valores ($= 0,20$) tamaño del efecto insignificante, ($0,20$ y $0,49$) tamaño pequeño; ($0,50$ y $0,79$) tamaño moderado y ($< 0,80$) tamaño grande. Para analizar las diferencias en la batería de pruebas entre los seis y doce meses se utilizó la prueba *t* de diferencia de medias para medidas relacionadas. Y para analizar la satisfacción en la aplicación del cuestionario se utilizaron estadísticos descriptivos. Los análisis estadísticos fueron implementados con el paquete estadístico SPSS 22.

Resultados

Tabla 1. Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones de los grupos experimental y control (diseño intergrupos)									
Prueba	Factor (rango)	Pretest	Postest	Seg. 6 meses	$F_{(1, 210)}$	p	η^2	Diseño intergrupos	Diseño intragrupo
ECBI	Desobediencia (4-28) Experimental Control	13,33 (4,24) 12,79 (3,31)	13,67 (4,59) 13,04 (4,39)	11,12 (3,79) 14,18 (3,92)	2.353,18	< 0,001	0,93	ECBI - Desobediencia	ECBI - Desobediencia
	Intensidad (26-182) Experimental Control	120,09 (24,83) 122,14 (22,50)	119,10 (28,56) 122,25 (19,21)	103,69 (24,16) 119,58 (22,97)	4.032,16	< 0,001	0,97	ECBI - Intensidad	ECBI - Intensidad
	Problema (0-26) Experimental Control	15,58 (7,94) 12,53 (6,22)	13,51 (8,43) 12,82 (5,94)	8,30 (8,74) 12,24 (6,82)	352,09	< 0,001	0,81	ECBI - Problemas	ECBI - Problema
CBCL (escala DSM)	Desobediencia(0-12) Experimental Control	4,56 (2,47) 4,49 (2,46)	4,44 (2,41) 4,51 (2,35)	3,46 (2,44) 4,65 (2,01)	910,41	< 0,001	0,82	CBCL - Desobediencia	CBCL - Desobediencia
	Asertivo(0-12) Experimental Control	9,39 (1,63) 10,66 (0,76)	10,71 (1,30) 11,07 (0,88)	11,36 (1,26) 10,66 (0,93)	21.028,75	< 0,001	0,99	PEE-pd - Estilo Asertivo	PEE-pd - Estilo Asertivo
BDI	Total Depresión (0- 63) Experimental Control	5,09 (4,63) 5,06 (5,42)	4,72 (5,73) 5,25 (3,26)	3,53 (6,12) 5,19 (4,11)	284,81	< 0,001	0,59	BDI - Total Depresión	BDI - Total Depresión
DAS	Total Ajuste Diádico (0-151) Experimental Control	104,45 (15,72) 108,53 (16,61)	103,83 (16,50) 110,07 (13,13)	115,38 (17,08) 110,20 (16,17)	9.013,25	< 0,001	0,98	DAS - Total Ajuste Diádico	DAS - Total Ajuste Diádico
SESBI-R	Oposicionismo (30-210) Experimental Control	76,42 (36,52) 73,04 (19,44)	63,97 (33,87) 70 (21,73)	60,43 (33,87) 69,57 (20,99)	,43	< 0,001	0,85	SESBI-R - Oposicionista	SESBI-R - Oposicionista
	Intensidad (38-266) Experimental Control	98,74 (45,91) 93,70 (25,97)	81,39 (42,43) 85,26 (28,76)	78,89 (41,39) 82,65 (29,55)	723,74	< 0,001	0,85	SESBI-R - Intensidad	SESBI-R - Intensidad
	Problema (0-38) Experimental Control	6,12 (9,02) 2,83 (3,38)	4,28 (8,14) 0,22 (2,16)	2,69 (8,79) 0,67 (4)	18,61	< 0,001	0,14	SESBI-R - Problema	SESBI-R - Problema

La batería de pruebas de conducta infantil confirmó una disminución del 10,5% de la intensidad de los problemas y el 28% de la percepción de los problemas de conducta. La desobediencia mejoró 9,2% en ambas pruebas, mientras que el grupo control empeoró. Ambas pruebas tuvieron un efecto de tamaño moderado entre pretest y seguimientos en ECBI ($d = 0,57$; $d = 0,51$) y CBCL ($d = 0,45$ y $d = 0,65$). Los resultados del inventario de conductas del alumno (SESBI-R) en el grupo experimental indicaron que el factor opositorista y la intensidad de los problemas de conducta infantil dentro del aula se redujeron un 9%, con efecto pequeño en el número de conductas infantiles problemáticas.

La batería de pruebas de características paternales constató un aumento del 16,42% en el estilo asertivo de los padres experimentales, con efecto de tamaño grande ($d = 1,36$; $d = 1,49$). Disminuyó el estado depresivo del grupo experimental y aumentó el del control. El grado de armonía de la pareja aumentó un 7,2%; aumentando 9% el grado de acuerdo; 6% la afectividad; 9% grado de satisfacción y 1% grado de cohesión, con mejora de tamaño moderado y grande ($d = 0,72$; $d = 0,79$).

Tabla 2 Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Satisfacción del grupo experimental (diseño intragrupo)

Estadístico descriptivos y rango	Media	DT	Gráfica en porcentaje
El problema principal que me motivó comenzar el programa familiar en este momento se encuentra (1-7) (7= Considerablemente mejorado)	6,13	0,67	
Satisfacción del desarrollo del programa (1-7)	6,23	0,85	
¿En qué grado le ha ayudado el programa con otras personas en general o problemas de familia no directamente relacionadas con el niño? (1-7)	5,79	0,88	
Siento que el programa se ha acercado a otros problemas en casa (1-7)	6,49	0,59	
Recomendación del programa a otros familiares o amigos (1-7)	6,57	0,68	
Capacitado para manejar futuros problemas (1-7)	5,86	0,75	
Calificación total del programa (1 -10)	8,62	1,17	

Tabla 3. Media (desviación estándar) y estadísticos con las puntuaciones del cuestionario de Seguimiento del grupo experimental (diseño intragrupo)

Variable	Seguimiento 6 meses		Seguimiento Doce meses		Significación estadística y magnitud diferencias			
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
¿Cómo están esos comportamientos ahora respecto a cómo estaban al comienzo del programa? (1-5)	4,48	0,64	4,55	0,59	-0,93	310	0,36	-
Pensando en los comportamientos de tu hijo que NO intentaste cambiar, ¿cómo están ahora los comportamientos que no quisiste cambiar? (1-5)	3,73	0,83	3,86	0,83	-1,33	310	0,19	-
La mejoría de tu hijo, ¿Crees que se debe a las técnicas del programa? (0-2)	1,81	0,10	1,82	0,13	-0,44	310	0,66	-

Conclusiones

El programa PEPA es un programa bien estructurado, con un elevado porcentaje de retención de familias participantes (92,7%), considerando los bajos valores (< 20%) hallados en estudios de este tipo (UNODC, 2009). Se dispone de una intervención eficaz para los problemas de conducta, adaptada a los rasgos culturales de nuestro país como recomiendan Olivares et al. (2002), con baja tasa de abandonos (Olivares y García-López, 1997) y aportando una fundamentación empírica y experimental, escasa en España sobre entrenamiento a padres (García-López, Olivares y Rosa, 1997), que junto a la aceptación de los padres de los componentes del programa, apoya la validez social del programa. El Programa atiende a los niveles de validación social propuestos por Wolf (1978): objetivos de acuerdo a los patrones de comportamiento aceptados socialmente, sin olvidarnos de las idiosincrasias de cada familia; procedimientos aceptables por los participantes y la obtención de los resultados esperados en relación al comportamiento infantil y mejorías en otros ambientes.

Se han logrado cambios positivos tanto en la conducta del niño como de los padres, con el incremento de las habilidades parentales, reducción de los problemas de conducta y la mejora del estado afectivo de los padres (Lundhal, Risser y Lovejoy, 2006; Maughan et al., 2005). Hay una clara mejora en las conductas y actitudes parentales (Sampers et al., 2001), favoreciendo, de este modo, la ruptura de los procesos de coerción. Se evidencia una reducción en la educación punitiva, mayor uso de métodos educativos positivos, reducción del conflicto marital, bajo nivel de depresión parental y alta satisfacción en el programa (Patterson, 1974; Forehand y McMahon, 1981; Webster-Stratton, 1989).

El grado de satisfacción sobre el programa es alto y los padres lo perciben útil para afrontar los problemas de conducta infantil y para resolver problemas futuros. La mejora y mantenimiento de los cambios sobre los problemas de conducta se deben al empleo de las técnicas del programa, factible de ser aplicados en el contexto clínico.

Hay generalización a casa, con cambios conductuales en otras conductas no trabajadas; generalización en la escuela, sin haber enseñado habilidades en el manejo de conductas de manera combinada en clínica y escuela; generalización temporal, con efectos a largo plazo en cambios de actitud y comportamiento a padres e hijos; generalización conductual, donde el tratamiento reduce otros comportamientos que no han sido tratados (Wells, Forehand y Griest, 1980).

Bibliografía

Barlow, J. y Stewart-Brown, S. (2000). Behavior problems and group-based parent education programs. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 21 (5), 356-370.

Campbell, S. B., Shaw, D. S., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and psychopathology*, 12(03), 467-488.

Capano, Á., & Ubach, A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. *Ciencias Psicológicas*, 7(1), 83-95

Díaz-García, M. I. y Díaz-Sibaja, M. A. (2005). Problemas cotidianos del comportamiento infantil. En M.I. Comeche, y M.A. Vallejo (Coor.), *Manual de terapia de conducta en la infancia*. Madrid: Dykinson.

Dimond, C. y Hyde, C. (1999). *Parent education programmes for children's behaviour problems, medium to long term effectiveness*. Birmingham: West Midlands Development and Evaluation Service.

Edwards, R. T., Célleachair, A., Bywater, T., Hughes, D. A., & Hutchings, J. (2007). Parenting programme for parents of children at risk of developing conduct disorder: cost effectiveness analysis. *bmj*, 334(7595), 682.

Forehand, R., Wells, K. C., & Griest, D. L. (1980). An examination of the social validity of a parent training program. *Behavior Therapy*, 11(4), 488-502.

Gamazo Garrán, P., Díaz-Caneja Greciano, A., Rapado Castro, M., & SOUTULLO ESPERON, C. (2007). Aplicación de un programa de manejo de conducta para padres de hijos con problemas de comportamiento. In *Anales de psiquiatría* (Vol. 23, No. 4, pp. 172-176). Aran Ediciones.

García-López, L. J., Olivares, J., & Rosa, A. I. (1997). Un análisis bibliométrico sobre el entrenamiento a padres en España. *Psicología conductual*, 5(2), 191-198.

Herschell, A. D., & McNeil, C. B. (2005). Parent-Child Interaction Therapy for Children Experiencing Externalizing Behavior Problems.

Lundahl, B. W., Risser, H. J. y Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26, 86-104.

Marinho, M. L., & Silveiras, E. F. M. (2000). Evaluación de la eficacia de un programa de entrenamiento de padres en grupo. *Psicología Conductual*, 8(2), 299-318.

Maughan, D. R., Christiansen, E. Jenson, W. R., Olympia, D. y Clark, E. (2005). Behavioral parent training as a treatment for externalizing behaviors and disruptive behavior disorder: A meta-analysis. *School Psychology Review*, 34, 267-286.

McMahon, R. J., & Forehand, R. (2003). *Helping the noncompliant child: Family-based treatment for oppositional behavior* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Olivares, J., & García-López, L. J. (1997). Una revisión del estado actual de la literatura española sobre entrenamiento de padres. *Psicología conductual*, 5(2), 177-190.

Pacho, Z. R., & Triñanes, E. R. (2011). Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: una revisión de su eficacia. *Anales de psicología*, 27(1), 86-101.

Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process* (Vol. 3). Castalia Publishing Company.
Patterson, G. R. (1999). A proposal relating a theory of delinquency to societal rates of juvenile crime: Putting Humpty Dumpty together again. *Conflict and cohesion in families: Causes and consequences*, 11-35.

Rey, C. A. (2006). Entrenamiento de padres: una revisión de sus principales componentes y aplicaciones. *Revista Infancia, Adolescencia y Familia*, 1(1), 61-84.

Webster-Stratton, C. (1998). Parent training with low-income families. In *Handbook of child abuse research and treatment* (pp. 183-210). Springer US.

Richardson, J. y Joughin, C. (2002). *Parent training programmes for the management of young children with conduct disorders. Findings from research*. London: Gaskell.

Taylor, T. K., Schmidt, F., Pepler, D., & Hodgins, C. (1998). A comparison of eclectic treatment with Webster-Stratton's parents and children series in a children's mental health center: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 29(2), 221-240.

Sampers, J., Anderson, K. G., Hartung, C. M. y Scambler, D. J. (2001). Parent training programs for young children with behavior problems. *Infant Toddler Intervention*, 11, 91-110.

Serketich, W. J. y Dumas, J. E. (1996). The effectiveness of behavioural parent-training to modify antisocial behaviour in children: a meta-analysis. *Behaviour Therapy*, 27, 171-186.

Todres, R. y Bunston, T. (1993). Parent-education programme evaluation: A review of the literature. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 12 (1), 225-257. Tucker, S. y Gross, D. (1997). Behavioral parent training: An intervention strategy for guiding parents of young children. *The Journal of Perinatal Education*, 6(2), 35-44.