



PROGRAMA EDUCA. ESCUELA DE PADRES PARA MEJORAR LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA, EL CLIMA SOCIAL Y LA SATISFACCIÓN FAMILIAR

Díaz-Sibaja, M.A.*; Comeche Moreno, M.I.**; Díaz-García, M.***

* Facultativo Especialista de Área en Psicología Clínica. Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) de Algeciras.

** Profesora Titular del Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la UNED.

*** Profesora Titular del Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la UNED.

diazsibaja@ono.com

Trastorno del comportamiento perturbador, Clima familiar, Satisfacción familiar, Manual protocolizado de escuela de padres.

RESUMEN:

Los trastornos de conducta son uno de los problemas más frecuentes en las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil. Las estrategias de afrontamiento y las características personales de los padres juegan un papel fundamental en el desarrollo de algunos cuadros psicopatológicos de la infancia y adolescencia. Estos trastornos podrían ser causa de sentimientos como ineficiencia personal, estrés, frustración y rechazo en los padres, afectando negativamente a las relaciones padre-hijo y a la satisfacción de la familia. Los programas de escuela de padres han sido considerados por algunos investigadores la primera opción de tratamiento para los problemas cotidianos del comportamiento infantil. El objetivo principal de nuestro estudio experimental fue diseñar y probar la eficacia de un programa protocolizado de escuela de padres en grupo para la prevención primaria y secundaria de los trastornos del comportamiento perturbador en la infancia y la adolescencia, así como para mejorar la satisfacción y el clima social dentro del contexto familiar. La muestra inicial de nuestro estudio estuvo compuesta por 31 familias (31 madres y 25 padres) que fueron derivadas a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Algeciras por problemas de comportamiento perturbador de sus hijos. Los resultados obtenidos mostraron que el programa EDUCA fue eficaz al producir una mejoría clínica y estadísticamente significativa en las variables: agresividad ($P < 0,01$), Cohesión ($p < 0,02$), Organización ($p < 0,03$) y Satisfacción familiar ($p < 0,01$) medida por los padres; e hiperactividad ($P < 0,05$), Cohesión ($p < 0,001$), Moral-Religiosidad ($p < 0,01$), Organización ($p < 0,01$) y Satisfacción familiar ($p < 0,001$) medida por las madres.

Introducción

La categoría diagnóstica de trastorno del comportamiento perturbador en la infancia y en la adolescencia hace referencia a la presencia de un patrón de conducta persistente, repetitivo e inadecuado para la edad del menor, que se caracteriza por el incumplimiento de las normas sociales básicas de convivencia y por la oposición a los requerimientos de las figuras de autoridad, generando como consecuencia un deterioro en las relaciones familiares y/o sociales (1).

Los trastornos del comportamiento perturbador afectan al 5-10 % de niños de edades comprendidas entre 5 y 15 años (2, 3) y suponen hoy en día uno de los diagnósticos más frecuentes en las unidades de salud mental infanto-juvenil, tanto en España, donde constituyen algo más de la mitad de las consultas clínicas que se realizan (4), como fuera de nuestras fronteras (5).

Los sistemas de clasificación diagnóstica más utilizados en la actualidad (DSM y CIE) consideran la existencia de un continuo en cuanto a la intensidad, severidad, frecuencia y cronicidad de los trastornos del comportamiento perturbador, que va desde la normalidad hasta los trastornos disociales. En este sentido, hacen una distinción entre cuatro trastornos que se caracterizan por la presencia de comportamientos disruptivos o perturbadores, que de menor a mayor gravedad se ordenarían en: problemas paterno-filiares (Z 63.1, si el objeto de atención clínica es el menor), comportamiento antisocial en la niñez o adolescencia (Z 72.8), trastorno negativista desafiante (F 91.3) y trastorno disocial (F 91.8) (1).

Por lo que respecta a la frecuencia e intensidad de la sintomatología, desde un punto de vista evolutivo se considera que el incremento en negatividad y oposicionismo durante edades tempranas son reflejo de conductas normativas, necesarias para el establecimiento de la independencia y autonomía del niño (6). Determinar la significación clínica del comportamiento perturbador en niños pequeños resulta una tarea compleja, debido a que muchas de las conductas de interés son conductas normativas durante este período (7).

No obstante, la evolución dentro del continuo considerado patológico podría producirse como consecuencia de un desarrollo psicosocial deficiente, producto de unas pautas educativas desajustadas y una mayor disponibilidad y accesibilidad a modelos inadecuados. Estos factores promueven el mantenimiento o incremento de comportamientos disruptivos, que en su origen pudieran considerarse como normales, pero que en ciertos casos pueden evolucionar hasta convertirse en muy graves (8).

Cabe añadir que la magnitud y trascendencia de los trastornos del comportamiento perturbador en la infancia no sólo tienen impacto en el desarrollo personal del menor, sino que afecta de manera importante a otras áreas de funcionamiento del niño, como la social y/o la familiar.

En cuanto al área familiar, son numerosas las investigaciones que analizan el impacto que los trastornos de conducta tienen sobre el estrés de los padres y las interacciones paterno-filiales (9,10). En este sentido, el comportamiento perturbador puede ser causa de sentimientos de ineficacia personal, estrés parental, frustración y rechazo en los padres, afectando negativamente a la relación padre-hijo y a la satisfacción familiar (11). Del mismo modo, los trastornos de conducta pueden suponer un factor de riesgo para la aparición de problemas en la convivencia familiar (separaciones matrimoniales, adversidad familiar, etc.) debido a la disrupción que pueden llegar a ocasionar en el seno de la familia (12).

La identificación precoz de los trastornos leves del comportamiento, así como la elaboración de un plan de acción en el cual se implique a los padres, resulta crucial para prevenir y evitar futuros desajustes sociales, que, en los casos más extremos, pueden llegar hasta la delincuencia (13).

No cabe duda de la importancia de la educación como determinante clave del comportamiento infantil, y del papel que juegan los factores familiares en el desarrollo y/o mantenimiento de los trastornos del comportamiento perturbador (2). La familia es el grupo de referencia encargado de transmitir al menor el conjunto de normas y valores sociales, a través de

las actitudes y comportamientos de los padres. El consenso en cuanto a la relación que existe entre la familia y los problemas de conducta, ha motivado el estudio de las variables estructurales y de funcionamiento familiar que pueden explicar el desarrollo de estos trastornos (14, 15). En este sentido, el clima familiar constituye uno de los factores influyentes sobre la dinámica familiar, destacándose la cohesión y la comunicación entre los miembros (16,17).

En este sentido, resulta lógico pensar que el abordaje terapéutico en muchos de estos casos debiera pivotar alrededor de programas de escuela de padres, cuyo objetivo principal sería proporcionar a los padres una variedad de técnicas conductuales y cognitivas de demostrada eficacia que les permita desarrollar de manera más adecuada sus funciones educativas y socializadoras, lo que podría incrementar su nivel de autoeficacia percibida, y esto, a su vez, podría favorecer un aumento en la satisfacción parental y en las relaciones paterno-filiales (18, 13).

Por lo que respecta a la eficacia de los programas de educación a padres, hay estudios que reflejan que este tipo de intervención ha demostrado ser el tratamiento de primera elección para los problemas cotidianos del comportamiento infantil, ya que supone un acercamiento completo, rápido y eficaz de esta problemática (19), con la ventaja añadida de que la mejoría producida en los comportamientos del niño tras el tratamiento se mantiene, en un alto porcentaje de los casos, en los seguimientos a largo plazo (20, 21).

Con respecto a la necesidad de garantizar la eficacia de los distintos procedimientos terapéuticos, el informe Task Force (22), elaborado por Chambless a petición de la Asociación de Psicología Americana, determina que la eficacia de un determinado tratamiento psicológico viene avalada por la presencia de los siguientes tres criterios: a) estar respaldada por la existencia de al menos dos estudios de investigación distintos, con diseños experimentales intergrupales de, al menos, 30 sujetos por cada grupo; b) desarrollo de un manual de tratamiento protocolizado, en el que se describa claramente todo el proceso de evaluación y tratamiento (24); c) y, por último, que el programa haya demostrado su eficacia al ser utilizado con una muestra identificada con arreglo a los mismos criterios diagnósticos.

En base a todo esto, el objetivo principal de nuestro trabajo experimental será el de demostrar la eficacia de un programa de escuela de padres protocolizado en grupo (programa EDUCA) (23) para la prevención primaria y secundaria de los trastornos del comportamiento perturbador en la infancia, así como para mejorar la satisfacción y el clima social dentro del contexto familiar.

Metodología

Sujetos

El estudio se realizó con una muestra inicial de 31 familias, compuestas por 31 madres y 25 padres, que fueron derivados a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (Hospital de Día) de Algeciras (Cádiz) por problemas de comportamiento perturbador de sus hijos.

Como sujetos de la muestra se contabilizó a los niños, aunque los que recibieron el tratamiento fueron los padres. Todos ellos eran menores de 12 años y con un diagnóstico de trastorno del comportamiento perturbador.

Respecto a los datos sociodemográficos de la muestra, la distribución por sexos fue de 80% de varones (n=25) y 20% de mujeres (n=6). La edad media de la muestra fue de 6,04, con un rango de 2-11 años.

Instrumentos de evaluación

A continuación se describen los cuestionarios e instrumentos de medida que se utilizaron como variables dependientes. Los cuestionarios fueron cumplimentados por ambos padres, de tal forma que, los mismos cuestionarios fueron contestados por "papá" y por "mamá".

- *Escala de Áreas de Conductas-Problema (EACP) (25)*. Este cuestionario tiene dos formas de aplicación: una para padres (EACP-Af) y una para profesores (EACP-Ae), aunque sólo se utilizó la versión para padres. Consta de 55 ítems, que deben ser respondidos en base a la frecuencia de aparición de las conductas (*casi nunca, a veces, a menudo o casi siempre*). El resultado se

PROGRAMA EDUCA. ESCUELA DE PADRES PARA MEJORAR LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA, EL CLIMA SOCIAL Y LA SATISFACCIÓN FAMILIAR

refleja en 5 subescalas, que son: *agresividad, rendimiento académico, atención-hiperactividad, ansiedad y retraimiento*. La puntuación viene expresada en centiles, indicando que a mayor puntuación en cada una de las escalas más problemas de conducta presenta el menor.

- *Escala de Clima Social en la Familia (FES) (26)*, un cuestionario de 90 ítems de tipo verdadero/falso, que evalúa el funcionamiento familiar en función de 10 categorías diferentes: Cohesión, Expresividad, Conflicto, Autonomía, Actuación, Intelectual-Cultural, Social-Retraimiento, Moralidad-Religiosidad, Organización y Control.
- *Escala de satisfacción familiar por adjetivos (ESFA) (27)*. Evalúa la Satisfacción Familiar percibida a través de 27 ítems, cada uno de ellos formado por una pareja de adjetivos antónimos. La puntuación viene reflejada en centiles.

Procedimiento

El estudio experimental estuvo formado por 4 fases: selección de la muestra, pre-tratamiento, tratamiento y post-tratamiento.

Fase de selección de la muestra:

La muestra surgió de las primeras entrevistas que los facultativos de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Algeciras (1 psiquiatra y 2 psicólogos) realizaron como parte de sus obligaciones asistenciales. A los padres de los pacientes menores de 12 años con diagnóstico de trastorno del comportamiento perturbador se les informó y ofertó la posibilidad de formar parte del programa EDUCA, escuela de padres.

Fase pre-tratamiento:

Una vez seleccionada la muestra, se evaluaron las variables dependientes mediante los instrumentos de medida anteriormente descritos.

Fase de tratamiento:

En esta fase de la investigación se aplicó el programa EDUCA a los progenitores de las 31 familias seleccionadas.

El programa EDUCA se caracteriza por ser un programa cognitivo-conductual protocolizado y estructurado, basado en el modelo de competencias, con una metodología eminentemente psicoeducativa, cuyo objetivo es el de enseñar una variedad de técnicas conductuales y cognitivas de demostrada eficacia que permita a los padres desarrollar de manera más adecuada sus funciones educativas y socializadoras. Asimismo, cabe decir que es fácil de aprender y de poner en práctica por los padres y terapeutas y se presenta de forma progresiva.

Aunque el programa de intervención fue elaborado originariamente para su aplicación en grupo, no existe ningún problema en adaptarlo a un formato individual.

Tanto en un caso como en otro, las sesiones de tratamiento presenciales se complementan con la lectura de un manual de autoayuda que lleva por título: "Programa EDUCA. Escuela de Padres. Educación positiva para enseñar a los hijos" (23).

Este programa fue diseñado para el tratamiento de la desobediencia y de los problemas cotidianos de conducta en niños de 2 a 12 años, aunque, debido a su eficacia y fácil aplicación, en la actualidad también se está utilizando como un componente más de los programas multicomponente de intervención de otros trastornos, como por ejemplo, los trastornos del comportamiento perturbador.

Por lo que respecta a su aplicación en formato de grupo, no existe ningún criterio de exclusión que desaconseje la participación de cualquier tipo de familia en el programa de entrenamiento a padres, aunque resultaría recomendable hacer grupos homogéneos en cuanto al

PROGRAMA EDUCA. ESCUELA DE PADRES PARA MEJORAR LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA, EL CLIMA SOCIAL Y LA SATISFACCIÓN FAMILIAR

status socioeducativo de las familias, con el fin de adaptar las explicaciones al nivel de comprensión de los padres.

Asimismo, es preferible que asistan al grupo tanto los padres como las madres, ya que, de este modo, se facilita el compromiso de ambos miembros de la pareja en la educación de sus hijos y resulta más enriquecedor porque se fomenta el debate, la reflexión y la puesta en común de los distintos puntos de vista que pudieran surgir entre ellos.

El desarrollo del programa podría realizarse con la participación de un solo terapeuta, aunque la presencia de un coterapeuta facilitaría notablemente la explicación y modelado de las estrategias enseñadas, así como la organización y funcionamiento de las distintas dinámicas grupales.

El programa EDUCA consta de 9 sesiones de dos horas de duración y periodicidad semanal, que se agrupan en dos grandes bloques:

- En el primer bloque, que recoge las tres primeras sesiones, se tratan algunos aspectos teóricos y metodológicos que persiguen el objetivo de fomentar en los padres un cambio de actitud hacia una perspectiva más positiva y más constructiva de la educación.
- En el segundo bloque (las seis siguientes sesiones) se proporciona a los integrantes del grupo el conocimiento de una serie de estrategias, basadas en el modelo de modificación de conducta, que les permitirá: a) enseñar al niño una serie de comportamientos, cuando éste no sepa hacerlos; b) fomentar el buen comportamiento del niño, cuando sabe ponerlo en práctica y lo hace bien; c) eliminar los comportamientos inadecuados; y d) motivar al niño a realizar una serie de conductas que sabe hacerlas pero que aún no las hace.

La estructura de cada una de las sesiones presenciales que se realizaron en grupo comprendió los siguientes aspectos:

- Revisión de las tareas de la semana, para repasar los aspectos más importantes de la sesión anterior y para motivar la puesta en práctica de las estrategias aprendidas.
- Objetivos de la sesión: Descripción de lo que se pretende conseguir con el aprendizaje y la puesta en práctica de lo aprendido en cada sesión.
- Información y contenidos teóricos: Explicación a los padres de los contenidos teóricos de las distintas técnicas o habilidades.
- Ejercicio práctico o de reflexión: Realización de una serie de ejercicios para reflexionar o poner en práctica las estrategias enseñadas, con el fin de mejorar su comprensión y aprendizaje.
- Tareas de la semana. Cada sesión finaliza con la propuesta de tareas para realizar durante la semana. La mejor forma de aprender es mediante la práctica, por lo que se propone una serie de ejercicios para consolidar lo aprendido.

Una exposición detallada de la puesta en práctica del programa EDUCA (las explicaciones que se proporciona a los padres, las dinámicas de grupo, los ejercicios de reflexión y las tareas para casa) puede encontrarse en Díaz-Sibaja MA, Comeche-Moreno MI y Díaz-García MI. *Programa EDUCA. Escuela de padres. Educación positiva para enseñar a tus hijos*. Madrid: Pirámide; 2009.

Fase post-tratamiento:

En esta fase de la investigación se evaluaron de nuevo las variables dependientes mediante la administración de los cuestionarios que se utilizaron en la fase pre-tratamiento.

Resultados

El objetivo de nuestro estudio fue determinar la eficacia del programa EDUCA para disminuir los problemas de conducta de los niños, así como para mejorar el clima y la satisfacción familiar en trastornos del comportamiento perturbador.

Con el fin de precisar en qué variables los progenitores apreciaban un cambio antes y

PROGRAMA EDUCA. ESCUELA DE PADRES PARA MEJORAR LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA, EL CLIMA SOCIAL Y LA SATISFACCIÓN FAMILIAR

después del programa, se utilizó la prueba no paramétrica Friedman para *k* muestras relacionadas, donde se comparaba la puntuación que dieron tanto las madres como los padres a los problemas de conducta de sus hijos antes y después del tratamiento.

Como se muestra en el gráfico 1, se observa una mejoría en la percepción que tienen los padres en relación a los problemas de conducta de sus hijos, en concreto en las variables *agresividad*, *atención-hiperactividad* y *ansiedad*, obteniendo la variable *agresividad* una mejoría estadísticamente significativa ($p < 0,01$).

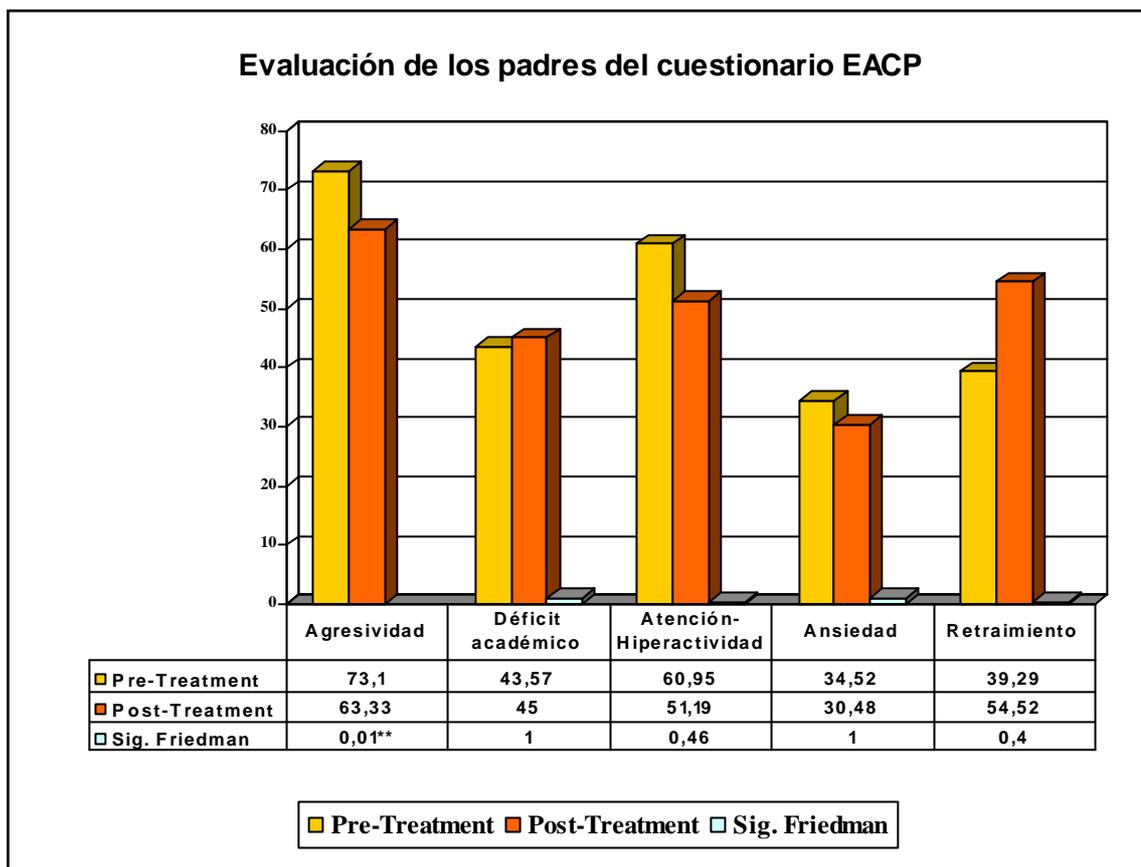


Gráfico 1.- Puntuaciones dadas por los padres en el cuestionario EACP antes y después del tratamiento. Prueba Friedman: ** = $p < 0,01$, se acepta diferencia entre las puntuaciones de las variables antes y después del tratamiento.

PROGRAMA EDUCA. ESCUELA DE PADRES PARA MEJORAR LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA, EL CLIMA SOCIAL Y LA SATISFACCIÓN FAMILIAR

Por su parte, la evaluación de las madres, expuesta en el gráfico 2, muestra una tendencia a percibir menos problemas de conducta en sus hijos en todas las variables estudiadas una vez finalizado el tratamiento, encontrándose mejoría estadísticamente significativas en la variable *atención-hiperactividad* ($p < 0,05$).

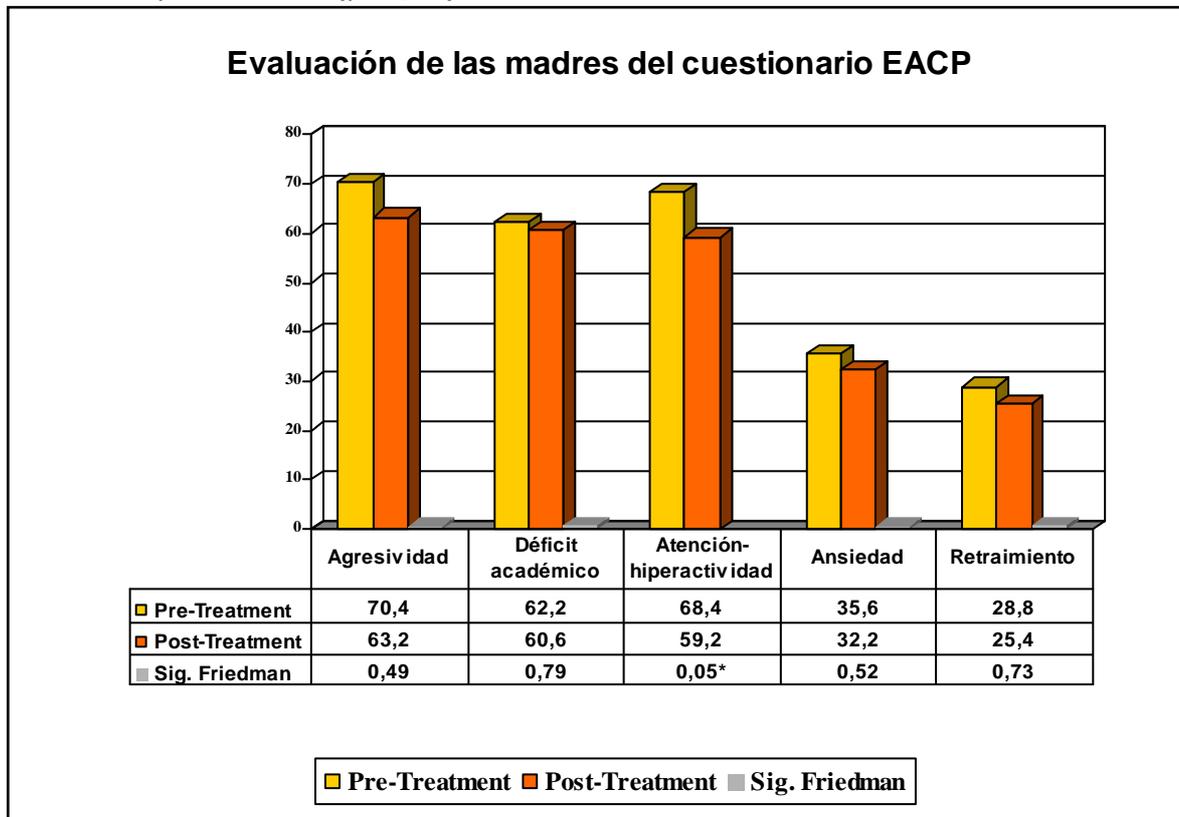


Gráfico 2.- Puntuaciones dadas por las madres en el cuestionario EACP antes y después del tratamiento. Prueba Friedman: * = $p < 0,05$, se acepta diferencia entre las puntuaciones de las variables antes y después del tratamiento.

Como se muestra en el gráfico 3, se observa una mejoría estadísticamente significativa en la apreciación que hacen los padres acerca de las variables del clima social *cohesión* ($p < 0,02$) y *organización* ($p < 0,03$). Además, puede observarse como los padres perciben un incremento significativo en la variable *satisfacción familiar* ($p < 0,01$).

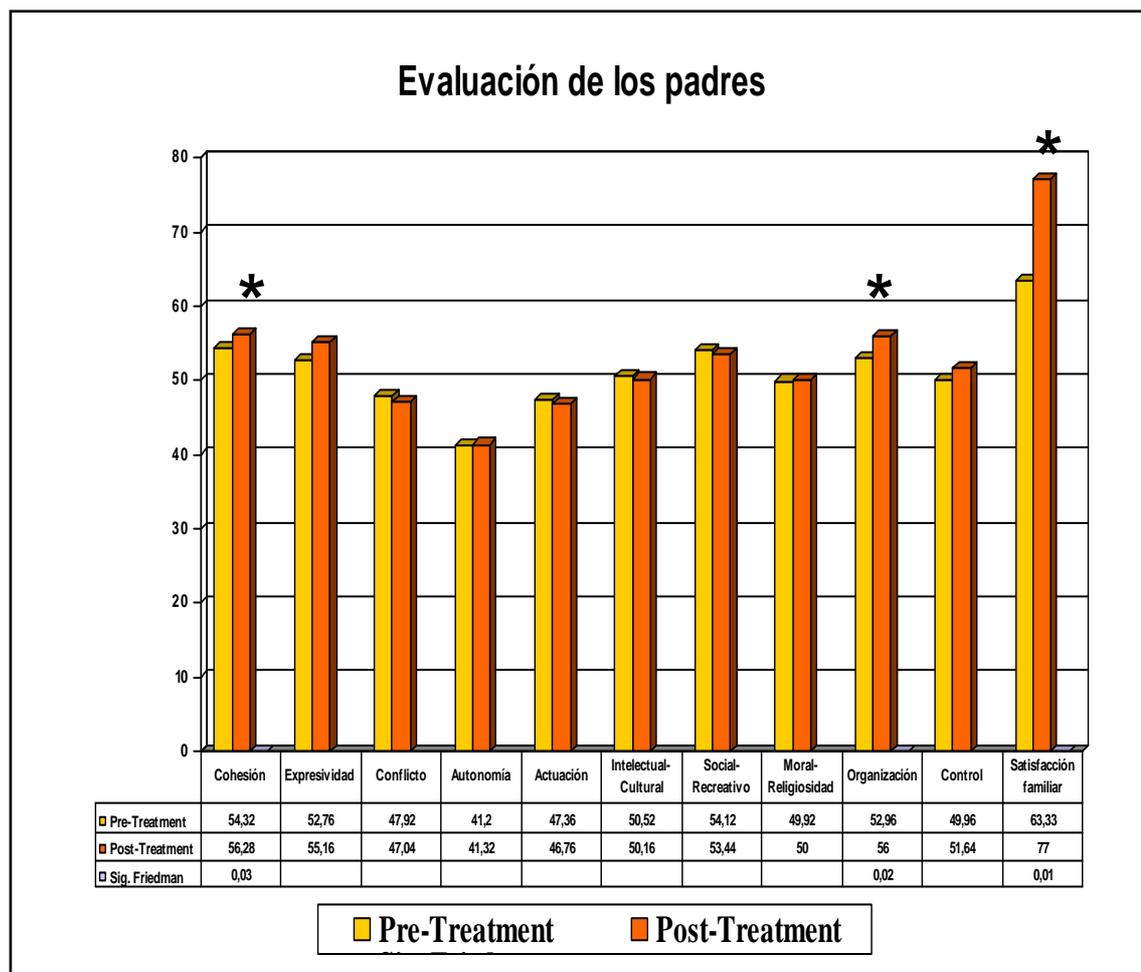


Gráfico 3.- Puntuaciones dadas por los padres en los cuestionario FES y ESFA antes y después del tratamiento. Prueba Friedman: ** = $p < 0,01$, se acepta diferencia entre las puntuaciones de las variables antes y después del tratamiento.

Por su parte, en la evaluación realizada por las madres, expuesta en el gráfico 4, se aprecia una mejoría estadísticamente significativa en las variables *cohesión* ($p < 0,001$) y *organización* ($p < 0,01$) del clima familiar. Además, las madres perciben un aumento significativo de la variable *moral-religiosidad* ($p < 0,01$). Por último, y de nuevo en consonancia con los resultados de los padres, la satisfacción familiar de las madres mejoró con una significación estadística ($p < 0,001$).

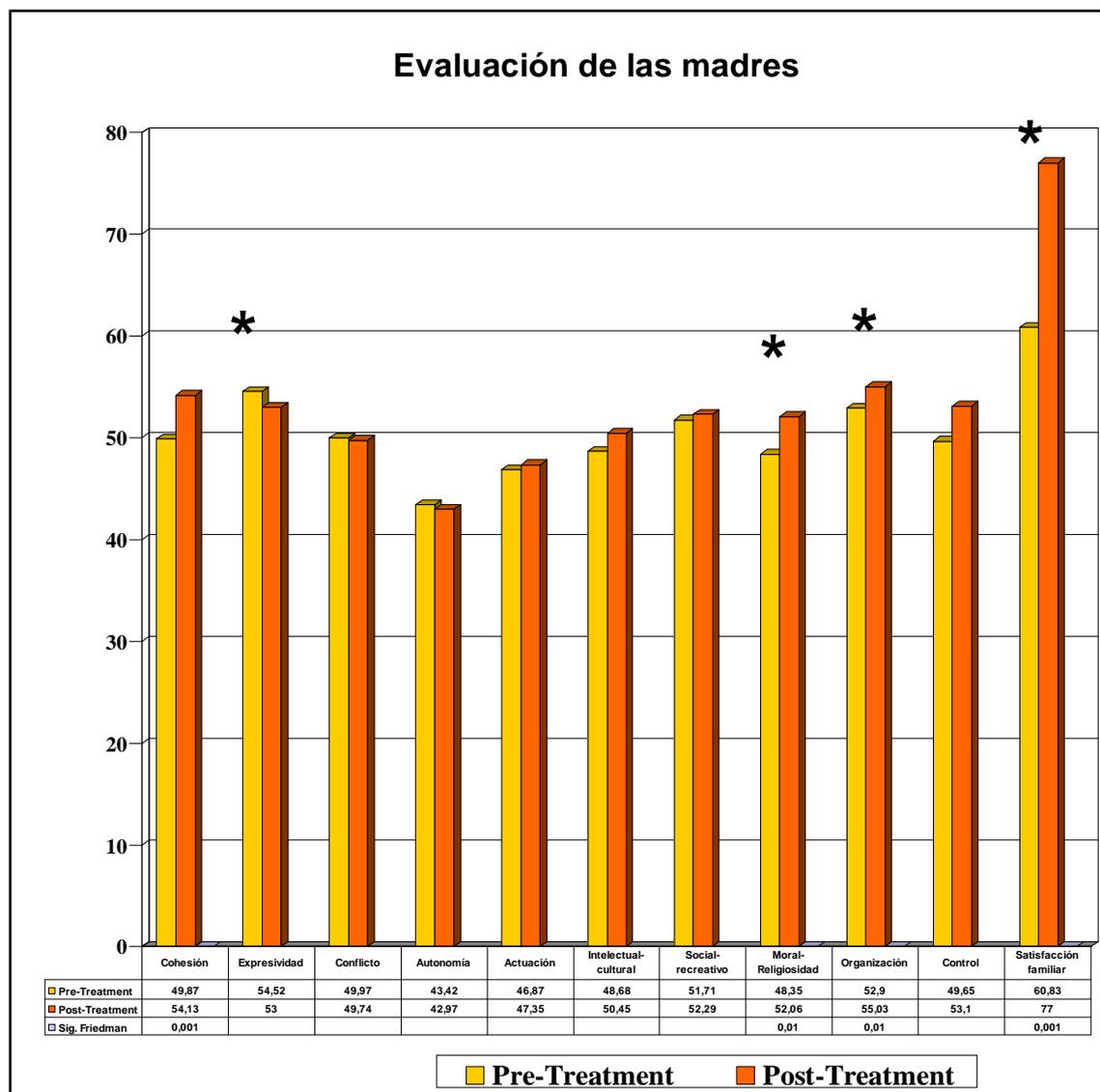


Gráfico 4.- Puntuaciones dadas por las madres en los cuestionario FES y ESFA antes y después del tratamiento. Prueba Friedman: * = $p < 0,05$, se acepta diferencia entre las puntuaciones de las variables antes y después del tratamiento.

Discusión

En líneas generales, los resultados de esta investigación indican que el programa EDUCA demostró ser eficaz para producir una mejoría significativa en la percepción que los progenitores tienen sobre la agresividad e hiperactividad de sus hijos, así como del clima y de la satisfacción familiar.

Además de encontrar una disminución significativa de la agresividad y la hiperactividad, observamos una tendencia, tanto de las madres como de los padres, a considerar que sus hijos tienen menos problemas de conducta en el resto de variables tras finalizar el programa de tratamiento.

En este caso, consideramos que, probablemente, el programa protocolizado de escuela de padres fue efectivo por las siguientes razones:

a) Se ha enseñado a los padres técnicas terapéuticas de probada eficacia, las cuales les ayudan a incrementar y/o mantener los comportamientos adecuados de su hijo; favorecer el

aprendizaje de aquellas conductas que todavía no sabe hacer; corregir aquellos comportamientos que resultan inadecuados; y motivar la emisión de aquellas conductas que sabe hacer pero no hace (19).

b) La formación a los padres en la aplicación de dichas estrategias de afrontamiento podría haber incrementado la cohesión entre los dos miembros de la pareja respecto a las pautas educativas a seguir, lo que probablemente promovería una sensación de autoeficacia respecto a sus habilidades parentales, que les permitiría afrontar futuras situaciones conflictivas sin necesidad de acudir al terapeuta (28, 8). En este sentido, resulta lógico pensar que un programa de tratamiento cuyo objetivo sea incrementar las interacciones familiares saludables y la cohesión familiar, actuaría como factor de protección frente a la aparición y/o mantenimiento de los comportamientos disruptivos (29, 30).

c) Debido a la facilidad de aplicación de las técnicas, se favorece su práctica en el contexto natural del menor (31). Esto, a su vez, fomenta la generalización del aprendizaje a otros entornos donde se desenvuelve la familia. Por su parte, la aplicación en los diversos contextos de las habilidades parentales aprendidas facilita, por otro lado, una optimización de los resultados.

d) El incremento de la satisfacción familiar, tanto en las madres como en los padres, pudiera explicarse atendiendo a la relación existente entre las conductas disruptivas y la insatisfacción familiar, de tal forma que una disminución del comportamiento perturbador del niño produciría un aumento en la satisfacción familiar (11), que, a su vez, pudiera verse favorecida aun más por una mejora en la percepción del clima familiar (cohesión, organización, moral/religiosidad) por parte de los progenitores.

Además, existe evidencia de que el apoyo familiar percibido (cohesión familiar) es el factor que presenta mayor correlación con los sentimientos, la satisfacción y el dominio de la tarea parental (32, 33).

Otro aspecto que merece la pena destacar en esta investigación, es la utilización de un manual de tratamiento protocolizado. Además de ser una de las recomendaciones propuestas por el informe Task Force (22) para la validación de la eficacia de las intervenciones psicológicas, el uso de los manuales de tratamiento protocolizados aporta algunas ventajas tanto en la práctica clínica, como en la investigación y en la formación de psiquiatras y psicólogos que, como señalan Hickling y Blanchard (34) pueden resumirse en:

- *En la práctica clínica:* aquellos manuales que han sido validados empíricamente suponen un ahorro de tiempo para el clínico, ya que permiten realizar el análisis funcional del problema, elegir las conductas objetivo y seleccionar las estrategias de intervención adecuadas, con la garantía que ofrece el hecho de que este tipo de intervenciones han demostrado ser eficaces en estudios controlados.
- *En la investigación:* la estandarización de los tratamientos facilita el que otros investigadores puedan replicar los resultados obtenidos con este tipo de intervenciones. Asimismo, permite la comunicación entre los distintos profesionales y el uso de diseños experimentales que sometan a cada una de las estrategias utilizadas a análisis individualizados, lo que se denomina estrategias de desmantelamiento.
- *En la formación de clínicos:* la estructuración de este tipo de intervenciones facilita la formación de los psicólogos clínicos y la difusión de las estrategias que han demostrado ser eficaces entre los profesionales.

En este sentido, consideramos beneficiosa la protocolización de los tratamientos psicológicos, mediante la descripción clara y precisa de los instrumentos de evaluación, las sesiones de tratamiento y el contenido de cada una de ellas (35).

Por otro lado, la intervención temprana sobre los trastornos del comportamiento perturbador, supondría una actuación con carácter preventivo de otros cuadros psicopatológicos más severos a los que pueden derivar los problemas de conducta (13).

En este mismo sentido, algunas investigaciones que han realizado un análisis de los costes y beneficios (20, 3), coinciden en señalar la efectividad de este tipo de intervenciones preventivas, de

manera que, la prevención de los trastornos de conducta más graves redundaría en una reducción de los gastos públicos destinados al tratamiento de este tipo de trastornos (36).

Aunque los resultados de este estudio pueden resultar esperanzadores, existen diversos motivos que nos hacen considerar los resultados obtenidos con cierta cautela: a) el pequeño tamaño de la muestra (n=31); y b) no se ha utilizado un grupo control que nos permitiera hacer análisis comparativos.

Por este motivo, consideramos que serían necesarias futuras investigaciones que solventasen las limitaciones metodológicas mencionadas y realizaran diseños que contaran con un mayor tamaño de muestra y que incluyeran un grupo control, o placebo, lo que nos permitiría avalar los resultados obtenidos.

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson, S.A.; 2002.
2. Edwards RT, Cèilleachair A, Bywater T, Hughes DA y Hutchings J. Parenting programme for parents of children at risk of developing conduct disorder: cost effectiveness analysis. *British Medical Journal* 2007; 334 (7595): 682.
3. Muntz R, Hutchings J, y Edwards RT. Economic evaluation of treatments for children with severe behavioural problems. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 2004; 7 (4): 177-189.
4. Herreros O, Sánchez F, Rubio B y Gracia R. Actualización en el tratamiento farmacológico de los trastornos del comportamiento de la adolescencia. *Monografías de psiquiatría: Los trastornos de comportamiento en la adolescencia* 2004; 1: 60-69.
5. Dery M, Toupin J, Pauze R y Verlaan P. Frequency of mental health disorders in a sample of elementary school students receiving special educational services for behavioural difficulties. *Canadian Journal of Psychiatry* 2004; 49 (11): 769-75.
6. Miranda Casas A, Uribe LH, Gil Llarío MD, Jarque S. Evaluación e intervención en niños preescolares con manifestaciones de trastorno por déficit de atención con hiperactividad y conducta disruptiva. *Revista de Neurología* 2003; 36 (1): 85-94.
7. Artigas Pallarés J. Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología* 2003; 36 (1): 68-78.
8. Díaz-Sibaja MA. Trastornos del comportamiento perturbador: trastorno negativista desafiante y trastorno disocial. En, Comeche MI, Vallejo MA. (Coor.). *Manual de Terapia de Conducta en la Infancia*. Madrid: Dykinson; 2005.
9. Seipp CM, Johnston C. Mother-son interactions in families of boys with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder with and without oppositional behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2005; 33 (1): 87-98.
10. Johnston C. Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1996; 24 (1): 85-104.
11. Presentación Herrero MJ, García Castellar R, Miranda Casas A, Siegenthaler Hierro R, Jara-Jiménez P. Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados. *Revista de Neurología* 2006; 42 (3): 137-143.
12. Cunningham CE, Boyle MH. Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: family, parenting, and behavioral correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2002; 30 (6): 555-69.
13. Díaz-García MI y Díaz-Sibaja MA. Problemas cotidianos del comportamiento infantil. En, Comeche, M.I. y Vallejo, M.A. (Coor.). *Manual de Terapia de Conducta en la Infancia*. Madrid: Dykinson; 2005.
14. Otero-López JM. Consumo de drogas y comportamientos delictivos en la adolescencia. En C. Saldaña (Dir.), *Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente*. Madrid: Pirámide; 2001.

15. Barkley BK, Edwards GH y Robin AL. *Defiant Teens: A Clinician's Manual for Assessment and Family Interventions*. New York: Guilford Publications; 1999.
16. Montiel Naval C, Montiel Barbero I, Peña AJ. Clima familiar en el trastorno por déficit de atención-hiperactividad. *Psicología Conductual* 2005; 13 (2): 297-310.
17. Zegers B, Larrain ME, Polaino Lorente, A. Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell & Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. *Revista Chilena de neuro-psiquiatría* 2003; 41 (1): 39-54.
18. Díaz-Sibaja MA, Trujillo A y Peris-Mencheta L. Hospital de día infanto-juvenil: programas de tratamiento. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente* 2007; 7 (1): 80-99.
19. Sanders M. Una estrategia de intervención conductual familiar en niveles múltiples para la prevención y el tratamiento de los problemas de comportamiento infantiles. En V. Caballo y M.A. Simón (Dir.), *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente. Trastornos específicos*. Madrid: Pirámide; 2002.
20. Olds DL, Sadler L y Kitzman H. Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2007; 48(3-4): 355-91.
21. Nixon RD, Sweeney L, Erickson DB y Touyz SW. Parent-child interaction therapy: one and two year follow-up of standard and abbreviated treatments for oppositional preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2004; 32(3): 263-71.
22. APA, Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatment: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist* 1995; 48: 2-23.
23. Díaz-Sibaja MA, Comeche-Moreno MI y Díaz-García MI. *Programa EDUCA. Escuela de padres. Educación positiva para enseñar a tus hijos*. Madrid: Pirámide; 2009.
24. Eifert GH, Schulte D, Zvolensky MJ, Lejuez CW y Lau AW. Manualized behaviour therapy: Merits and challenges. *Behaviour Therapy* 1997; 28: 499-509.
25. García-Pérez E y Magaz A. *Escala de Áreas de Conductas-Problema (EACP)*. Bizkaia: ALBOR-Cohs; 2000.
26. Moos, R. y Moos, B. *Family Environment Scale manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press; 1986.
27. Barraca J, López-Yartos L. *Escala de satisfacción familiar por adjetivos (ESFA.)* Madrid: TEA ediciones; 1997.
28. Herbert M. *Padres e hijos: mejorar los hábitos y las relaciones*. Madrid: Pirámide; 2002.
29. Feinberg ME, Ridenour TA, Greenberg MT. Aggregating indices of risk and protection for adolescent behavior problems: the Communities That Care Youth Survey. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine* 2007; 40 (6): 506-13.
30. Richmond MK, Stocker C.M. Associations between family cohesion and adolescent siblings' externalizing behavior. *Journal of family psychology: JFP: journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association* 2006; 20 (4): 663-9.
31. Webster-Stratton C, Reid MJ y Hammond M. Treating children with early-onset conduct problems: intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2004; 33(1): 105-24.
32. Clark T, Johnson V, Fleming JW. Parents' perception of their children's development, perception of satisfaction, social support and level of depression. *Journal of the Association of Black Nursing Faculty in Higher Education* 2002; 13 (1): 13-7.
33. Torrecillas Martín AM, García Hernández MD. Profesionales y padres en el marco de la intervención temprana. Sus expectativas y actitudes. *Revista interuniversitaria de Psicología de la Educación* 1998; 1: 315-331
34. Hickling EJ y Blanchard EB. The private practice psychologist and manual based treatments: A case study in the treatment of post traumatic stress disorder secondary to motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy* 1997; 35: 191-203.
35. Luborsky L y DeRubeis R. The use of psychotherapy treatments manuals: A small revolution

PROGRAMA EDUCA. ESCUELA DE PADRES PARA MEJORAR LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA, EL CLIMA SOCIAL Y LA SATISFACCIÓN FAMILIAR

- in psychotherapy research style. *Clinical Psychology Review* 1984; 4: 5-14.
36. Scott S. Conduct disorders in children. *British Medical Journal* 2007; 334(7595): 646.