

Esther Garreta¹
Teresa Jimeno²
Mateu Servera³

Análisis de la efectividad de un programa de entrenamiento de padres de niños con TDAH en un ambiente hospitalario

¹Psicóloga Especialista en Psicología Clínica. Instituto Balear de Salud Mental de la Infancia y Adolescencia (IBSMIA). Hospital Universitario Son Espases

²Médico psiquiatra. Instituto Balear de Salud Mental de la Infancia y Adolescencia (IBSMIA). Hospital Universitario Son Espases

³Doctor en Psicología y Psicólogo especialista en Psicología Clínica. Profesor de la Universidad de les Illes Balears, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico

Introducción. En el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) se recomiendan tratamientos combinados con intervenciones psicoeducativas, farmacológicas y programas de entrenamiento para padres. Estos programas han demostrado eficacia en el ámbito experimental, pero existen pocos datos de efectividad y viabilidad en el ámbito profesional. El objetivo del estudio es analizar la efectividad de un programa para padres aplicado en ámbito hospitalario para mejorar las conductas internalizadas, externalizadas y los estilos de crianza en una muestra de niños con TDAH.

Metodología. Se aplicó un programa de entrenamiento para manejo de conductas problema a los padres de 21 niños diagnosticados de TDAH en un diseño cuasi-experimental pre-post, utilizando medidas del *Child Behavior Checklist* (CBCL) y de la *Parenting Scale*.

Resultados. Los datos mostraron mejoras postratamiento especialmente significativas en las medidas de problemas afectivos, de ansiedad y de negativismo desafiante, moderadas en TDAH e insignificantes en disocial. Por otra parte, hubo mejoras moderadas pero significativas en los estilos de crianza.

Conclusiones. Los datos apoyan la eficacia y la viabilidad de los programas de entrenamiento de los padres para los niños con TDAH aplicados en entornos hospitalarios, ya que mejoran una gran parte de los síntomas asociados y los estilos de crianza.

Palabras clave: TDAH, Entrenamiento Parental, Estilos Educativo, Comorbilidad

Actas Esp Psiquiatr 2018;46(1):21-8

Analysis of the effectiveness of a training program for parents of children with ADHD in a hospital environment

Introduction. Regarding the Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), treatments combined with pharmacological, psychoeducational and parents training programs interventions are recommended. Parenting programs have been proven efficacy in the experimental area, but there is few data about their effectiveness and feasibility in the professional area. The objective of the study is to analyze the effectiveness of a parenting program implemented in a hospital setting to improve internalized and externalized behaviors as well as parenting styles in a sample of ADHD children.

Methodology. A training program for behavior management was applied to parents of 21 children with ADHD in a quasi-experimental pretest-posttest design, using measures from *Child Behavior Checklist* (CBCL) and *Parenting Scale*.

Results. Post-treatment data showed significant improvements specially on emotional, anxiety and oppositional defiant disorder measures. A significant but moderate improvement was found on ADHD, and non-significant on conduct problem measure. Additionally, there were moderate but significant improvements in parenting styles.

Conclusions. Data support the effectiveness and feasibility of parent training programs for children with ADHD applied in hospital settings as they improve a large part of associated symptoms and parenting styles.

Keywords: ADHD, Parental Training, Parenting Styles, Comorbidity

Correspondencia:
Esther Garreta
Correo electrónico: esther.garreta@ssib.es
Teresa Jimeno
Correo electrónico: teresa.jimeno@ssib.es
Mateu Servera
Correo electrónico: mservera@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), se caracteriza por ser un trastorno del neurodesarrollo con dificultades en el área atencional, hiperactividad e impulsividad, que interfiere de modo acusado en el funcionamiento familiar, escolar y en el propio desarrollo del niño¹. Tiene una prevalencia estimada alrededor del 5%^{2,3}. Además, presenta una elevada comorbilidad: se puede afirmar que más del 44% de los niño/as con TDAH presentan, por lo menos, un trastorno psiquiátrico comórbido, siendo los más frecuentes: Trastorno de Conducta, Trastorno Opositor Desafiante, Trastorno de Ansiedad, Depresión y Trastornos del Aprendizaje⁴. Por tanto, el TDAH se considera un trastorno heterogéneo con implicaciones en múltiples dominios y áreas de funcionamiento del niño⁵.

Habitualmente el tratamiento del TDAH es psicofarmacológico, pero hay que recordar que según establece la guía para el TDAH del *National Institute for Health and Care Experience* del Reino Unido⁶, este tratamiento debe reservarse para niños mayores de seis años, con síntomas y afectación grave. Para niños menores, o de esas edades pero sin estos niveles de gravedad, se recomiendan los programas educativos y de entrenamiento en manejo de conductas problema. En este sentido la Asociación de Psicología Americana (APA) reconoce que este tipo de tratamientos pueden considerarse, desde el punto de vista empírico, como "bien establecidos"⁷. Por su parte, la Academia Americana de Psiquiatría Infantojuvenil (AACAP)⁸ recomienda, en general si bien debe haber adaptaciones a cada caso, una intervención conjunta con sesiones psicoeducativas, tratamiento farmacológico y entrenamiento de padres. La ventaja del enfoque combinado es que el tratamiento farmacológico consigue mejoras sintomatológicas en poco tiempo y el entrenamiento de padres puede ayudar a consolidar las mejoras⁹. La eficacia y seguridad de los entrenamientos de padres aplicados correctamente, de forma estructurada y por terapeutas expertos ha sido demostrada en múltiples estudios¹⁰.

En este sentido entre los programas de entrenamiento para padres en el manejo de conductas problemas aplicado a niños con TDAH ha destacado en los últimos la propuesta de R. A. Barkley^{11,12}. El programa ha sido aplicado con éxito tanto a nivel individual como grupal¹¹. Durante la aplicación del programa se tiene en cuenta no solo el entrenamiento a padres en las técnicas para mejorar la conducta del niño, las relaciones sociales y la adaptación general sino también se tratan de identificar aquellos factores que pueden estar dificultando su aplicación y, muy especialmente, el efecto que las conductas tienen sobre los padres. Es sabido desde hace tiempo que las conductas típicas de los niños con TDAH impactan negativamente en la percepción que de ellos tienen sus padres o educadores, provocando estrés familiar y estilos de crianza desadaptativos^{13,14}. Por tanto los entrenamientos

de padres no sólo se focalizan en la enseñanza de técnicas específicas a los padres sino especialmente en cambios en las interacciones familiares para que ellos aprendan o vuelvan a vincularse de forma positiva con sus hijos.

En la revisión para la Cochrane de Zwi, Jones, Thorgaard, York y Dennis¹⁵, que analiza la eficacia de las intervenciones basadas en el entrenamiento de padres con niños con TDAH, se encuentran sólo cinco estudios que cumplen con los estrictos criterios metodológicos fijados: cuatro centrados en la modificación de conducta de los niños (dos en casa y dos en el colegio) y uno en la mejora de las habilidades parentales. Uno de los estudios centrados en la mejora de la conducta de los niños en casa no encuentra diferencias entre el entrenamiento de padres y el tratamiento usual (es decir, el entrenamiento de padres es efectivo pero no más que el tratamiento usual), mientras en el otro el entrenamiento de padres fue superior a un grupo control. A pesar de que los autores destacan las importantes limitaciones metodológicas en todos los estudios concluyen que el entrenamiento de padres puede tener efectos positivos, tanto sobre conductas externalizadas como internalizadas como sobre los estilos de crianza de los padres.

De este modo, a pesar de algunas limitaciones, la eficacia de los programas de entrenamiento para padres está bastante aceptada, sin embargo existen pocos trabajos sobre la efectividad de estos tratamientos. Es decir, la mayoría de los datos se han obtenido en un ambiente experimental, con un diseño y una selección de participantes *ex profeso* para el estudio y muy centrados en las medidas directas de los síntomas TDAH (conductas de inatención, impulsividad e hiperactividad) y conductas problema. Sin embargo disponemos de muy pocos estudios llevados a cabo en el ámbito clínico (profesional) y que recojan tanto medidas de conductas externalizantes como internalizantes y además el efecto del tratamiento sobre los estilos de crianza de los padres. Una excepción parcial a esta limitación es el reciente trabajo de Loren et al.¹⁶, en el cual las familias de 241 niños con TDAH recibieron un de entrenamiento de ocho sesiones basado en el programa de Barkley, sin que se controlase si recibían o no tratamiento farmacológico. Se utilizaron sólo dos medidas para evaluar la efectividad del programa: una que medía el nivel disfuncional del niño en distintos ambientes y un ítem que medía el grado de confianza en el manejo del TDAH por parte de los padres. Los resultados indicaron una mejora significativa en todas las medidas, comparable a la obtenida en los estudios controlados.

En una línea similar al trabajo de Loren et al.¹⁶, el primer objetivo del presente trabajo es evaluar la efectividad (es decir, no su eficacia, puesto que en condiciones experimentales la consideramos probada) y la viabilidad de un programa de entrenamiento para padres, aplicado en el contexto del tratamiento usual para niños con TDAH, para reducir las

conductas internalizadas y externalizadas. El segundo objetivo es evaluar si el programa es útil también para mejorar el estilo de crianza percibido por los propios padres. Se hipotetiza que las mejoras serán evidentes en todas las medidas.

METODOLOGÍA

Participantes

Los participantes del entrenamiento en el programa de manejo de conductas fueron los padres de niños derivados por vía pediátrica a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Son Espases de Mallorca por presentar patología compatible con TDAH. Para entrar a formar parte del programa los padres debían tener hijos que cumplieran con estos criterios de inclusión: edad entre 6 y 12 años, diagnóstico confirmado de TDAH según criterios DSM-IV¹⁷ y que no presentaran comorbilidad ni en el Eje I: trastornos generalizados del desarrollo, trastorno bipolar y trastorno psicótico, ni en el Eje II: retraso mental. Al final 27 familias aceptaron participar aunque la muestra final la componen 21 familias, puesto que en seis casos fue imposible obtener la evaluación postratamiento. Todos los niños formaban parte del programa de intervención multimodal en casos de TDAH que se aplica en nuestra unidad, de modo que, aparte del programa de entrenamiento para padres que es el objeto de este estudio, todos ellos empezaron a ser medicados con metilfenidato, entre dos y cuatro semanas antes del inicio del programa, con dosis diaria que variaron entre 18 y 36 miligramos en función del peso de cada niño. La media de edad fue de 8,25 años (con un intervalo entre 7 y 10 años) y el 71% fueron varones. En cuanto a los padres su media de edad fue 38,54 años (con un intervalo entre 28 y 42 años), el 18% eran parejas separadas, y sólo en cinco casos acudieron ambos progenitores (en el resto sólo asistieron las madres).

Procedimiento y diseño experimental

El presente estudio fue aprobado por el comité de ética del Hospital Universitario de Son Espases.

El programa de entrenamiento para padres estuvo compuesto por diez sesiones con una periodicidad semanal. Las sesiones se desarrollaron en grupo, compuesto por un mínimo de cuatro y un máximo de nueve familias, bajo la supervisión de uno o dos terapeutas, y con una duración de 90 minutos. El mínimo de sesiones a las que acudieron todos los padres fue de ocho.

Todas las sesiones presentaron una estructura similar (ver en el anexo la descripción de los contenidos de cada una de las sesiones): con ayuda de diapositivas se empezaba

con la presentación del objetivo de ese día y el tema a tratar. Una vez introducido el tema, se procedía al modelado de las habilidades que tenían que aprenderse y se finalizaba con el entrenamiento y el ensayo de estas habilidades mediante la técnica del *role playing*. A excepción de la primera sesión, todas las demás comenzaron y terminaron con una propuesta de actuación para casa. De este modo, cada sesión empezaba con la revisión de las tareas propuestas en la sesión anterior y terminaba con la asignación de una nueva propuesta de tareas relacionadas con lo que se había aprendido. Con todo ello se pretendía la generalización al contexto familiar de las habilidades aprendidas durante el entrenamiento.

El presente estudio se basa en un diseño cuasi-experimental con un grupo pre-post. La variable independiente es el programa de entrenamiento para padres en ambiente hospitalario y las variables dependientes son seis escalas de psicopatología (medidas internalizadas y externalizadas) y tres de prácticas parentales que se describen en el apartado de instrumentos. Este tipo de diseños no son adecuados para evaluar la eficacia de la variable independiente, puesto que no se dispone de grupo control, pero permiten evaluar su efectividad, es decir, su viabilidad y sus resultados aplicados en condiciones clínicas (no experimentales). El análisis de resultados se basó en una comparación de las medias pre y postratamiento de las variables dependientes. Aparte de la significación estadística se calculó el tamaño del efecto para muestras relacionadas a través del estadístico *d* de Cohen. En el caso de las medidas internalizadas y externalizadas también se analizó la diferencia en el porcentaje de niños que superaban el punto de corte clínico entre las evaluaciones pre y postratamiento. Este punto de corte se estableció a partir de una puntuación T mayor de 65.

INSTRUMENTOS

En primer lugar se utilizó el *Child Behavior Checklist* de Achenbach (CBCL) en su versión para padres¹⁸. Se trata de un cuestionario de evaluación de las conductas adaptativas y los problemas de conducta con edades comprendidas entre 4 a 16 años, donde cada ítem se evalúa de 0 a 2 puntos, siendo las puntuaciones más elevadas indicativas de más problemas de comportamiento. En este trabajo se utilizaron seis escalas que hacen referencia a las categorías diagnósticas DSM-IV (TAF= Trastornos afectivos. TANS= Trastornos de Ansiedad. TSOM= Trastornos somáticos. TDAH= Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. TND= Trastorno Negativista Desafiante. TD= Trastorno Disocial).

En segundo lugar se utilizó se utilizó la *Parenting Scale* (PS) de Arnold, O'Leary, Wolff, y Acker¹⁹. Se trata de un instrumento de 30 ítems destinados a medir las prácticas disfuncionales de disciplina en los padres. Los padres se auto puntuaban en una escala Likert de 7 puntos y al final se extrae

el total en tres medidas de estilo de crianza: permisividad, autoritarismo y palabrería excesiva. Los resultados de la escala no están necesariamente vinculados a la frecuencia del mal comportamiento del niño, de modo que incluso puede permitir la identificación temprana de los padres en riesgo.

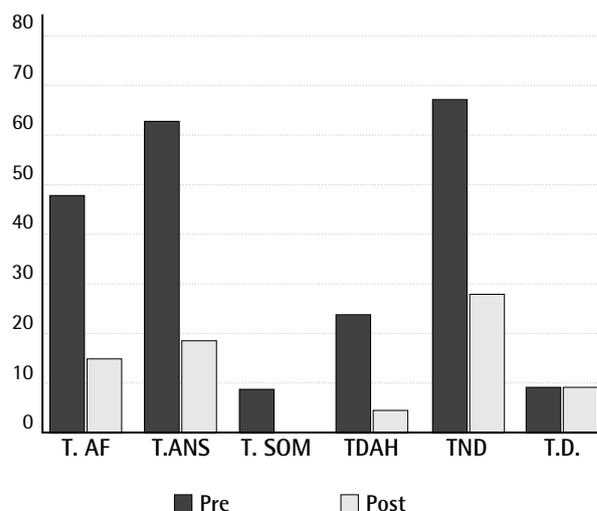
RESULTADOS

En la tabla 1 aparecen las diferencias en las medidas pre y postratamiento en las seis escalas del CBCL. En todas las medidas del CBCL, excepto en el TD y TSOM, se produce una reducción significativa de las puntuaciones. Destacan fundamentalmente las mejoras en tres medidas: TAF, TANS y TND, cuyo tamaño del efecto es grande (>0,80). La mejora en TDAH presenta un tamaño del efecto moderado (>0,50). Como ya se ha indicado, aunque la mejora en TSO no llega a la significación estadística su tamaño del efecto es cercano al 0,50, con lo cual se muestra una tendencia de mejora interesante. En cambio, en la medida del TD no ha habido cambios relevantes.

Con independencia de la mejora global en las puntuaciones continuas también era interesante comparar la evolución del número de sujetos con puntuación "clínica" en cada escala. Esta puntuación se estableció en una puntuación T igual o superior a 65. En la figura 1 aparecen los resultados.

En todas las medidas, excepto en TD, el porcentaje de participantes con puntuación clínica descendió. Este descenso fue significativo, con tamaños del efecto grandes, en las siguientes medidas: TANS, $Z=2,51$, $p=0,012$, $d=1,07$; TND, $Z=2,16$, $p=0,030$, $d=0,89$; TAF, $Z=2,00$, $p=0,045$, $d=0,94$. En cambio no llegó a la significación, y con tamaños del efecto mínimos o no calculables, ni en TD, ni en TSOM. En TDAH las diferencias tampoco llegaron a la significación estadística

pero el descenso del 24% de clínicos en pretratamiento al 4,8% en postratamiento supuso un tamaño del efecto grande, $d=1,01$.



- T. AF: Trastornos afectivos.
- T. ANS: Trastornos de Ansiedad.
- T. SOM: Trastornos somáticos.
- TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
- TND: Trastorno Negativista Desafiante.
- T. D: Trastorno Disocial.

Figura 1 | Porcentaje de participantes con puntuación clínica (T > 65) en las escalas CBCL pre y postratamiento

Tabla 1	Las diferencias en las medidas pre y postratamiento en las escalas del CBCL								
	Pretratamiento (N=21)		Postratamiento (N=21)		t	p	d		
	M	DE	M	DE					
TAF	60,67	9,93	53,76	6,24	3,71	0,001	0,81		
TANS	62,19	9,00	54,62	6,29	4,27	0,000	0,93		
TSOM	52,81	5,78	50,76	1,18	1,83	0,082	0,40		
TDAH	57,19	8,36	52,95	3,63	2,52	0,020	0,55		
TND	64,33	8,22	57,33	7,03	3,77	0,001	0,82		
TD	54,57	6,65	54,81	6,05	-0,40	0,690	0,09		

TAF: Trastornos afectivos; TANS: Trastornos de Ansiedad; TSOM: Trastornos somáticos. TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad; TND: Trastorno Negativista Desafiante; TD: Trastorno Disocial.

Tabla 2	Las diferencias en las medidas pre y postratamiento en la Parenting Scale								
	Pretratamiento (N=21)			Postratamiento (N=21)			t	p	d
	M	DE		M	DE				
PERM	2,22	0,93		1,72	0,56		3,07	0,006	0,46
AUTO	2,26	0,87		1,79	0,54		2,88	0,009	0,46
PALA	2,24	0,90		1,96	0,69		2,10	0,049	0,25

PERM: Permisividad; AUTO: Autoritarismo; PALA: Palabrería excesiva.

En la tabla 2 aparecen las diferencias entre el pre y el postratamiento en la *Parenting Scale*, como puede observarse, se produjo un descenso significativo en las tres escalas medidas, si bien más evidente en permisividad y autoritarismo que en palabrería excesiva. Los tres tamaños del efecto pueden considerarse pequeños, pero mientras que en palabrería excesiva está en el punto que separa un tamaño pequeño del mínimo (0,25), en las otras dos escalas están cerca del 0,50, es decir, del punto que ya señala la presencia de tamaños del efecto moderados. En cualquier caso las puntuaciones iniciales que se asignaron los padres eran ya bastante bajas con lo cual el margen de mejora no era muy elevado.

DISCUSIÓN

Los programas de entrenamiento conductual para padres de niños con TDAH han mostrado, en general, un buen o aceptable nivel de eficacia^{6,7,9,20}. En este sentido, dicha eficacia puede estar más relacionada con las conductas derivadas del TDAH y sus efectos que no con los síntomas nucleares del trastorno²¹. Sin embargo, los programas presentan problemas de adherencia y dificultades en su aplicación²² y, por tanto, es necesario además de comprobar su nivel de eficacia, analizar su efectividad y su viabilidad en ambientes clínicos y profesionales. En la misma línea que Loren et al.¹⁶, el objetivo de nuestro trabajo fue analizar la efectividad y viabilidad de un entrenamiento conductual para padres, basado en el programa de Barkley¹¹, para, en nuestro caso, comprobar su capacidad de mejorar, por un lado, las conductas internalizadas y externalizadas de los niños y, por otro lado, los estilos de crianza percibidos por los propios padres.

De forma resumida, las principales conclusiones de nuestros datos indican lo siguiente: tras la aplicación del programa de entrenamiento para padres los niños han sido evaluados con una mejora muy significativa, y con tamaños del efecto grandes, en las medidas de problemas de afectividad, de ansiedad (ambas internalizadas) y en negativismo

desafiante (externalizada). La mejora ha sido más moderada, aunque significativa, en conductas de TDAH y en síntomas somáticos. Finalmente no ha habido mejora en la medida de conductas disociales. En todo caso, es importante remarcar que tanto en la medida de problemas somáticos como disociales las puntuaciones pretratamiento eran muy bajas, de modo que no dejaban mucho margen a la mejora. Por lo que respecta a las puntuaciones en la escala de crianza, los padres reconocen haber mejorado de forma significativa especialmente en dos medidas: permisividad y autoritarismo, si bien con un tamaño del efecto medio. También han mejorado en la medida de palabrería excesiva, aunque el tamaño del efecto ha sido pequeño.

Entrando más en detalle en los resultados de las medidas internalizadas y externalizadas hay que concluir también que las mejoras referidas a las puntuaciones pre y postratamiento, también se han trasladado al porcentaje de niños que han conseguido salir del grupo "clínico" definido en el CBCL¹⁸. Así, casi entre un 50% y un 60% de niños presentaba sospecha de trastorno afectivo o de ansiedad y, tras el tratamiento, los porcentajes se redujeron significativamente a menos del 20%. Igualmente, alrededor de un 65% de los niños presentaba sospecha de trastorno negativista desafiante y, al final, quedaron en esta situación menos del 30%. El porcentaje de niños con TDAH sólo era algo superior al 20% en el CBCL pero también se redujo al 5%.

En definitiva, las mejoras de nuestro programa en un ambiente aplicado, por lo que respecta a las conductas externalizadas, han sido similares a las informadas en los estudios de eficacia, con incluso más mejoría en las conductas problema que en los síntomas nucleares del trastorno, tal y como se ha encontrado en algunos estudios experimentales²¹.

Por otra parte, nuestros datos también han sido favorables a una mejora muy relevante en las conductas internalizadas. En el estudio del *National Institute of Mental Health* de los Estados Unidos para comparar la eficacia de los distintos tratamientos para el TDAH²³ ya se detectó que aunque la

farmacología era superior a corto plazo a las otras opciones sobre los síntomas nucleares, si se detectaba presencia clara de síntomas ansiosos la acción combinada con el programa de entrenamiento de padres era mejor. Probablemente nuestros resultados pueden interpretarse en la misma línea, es decir, dado que nuestra muestra de niños con TDAH estaba medicada es factible que los síntomas nucleares (inatención, impulsividad y sobreactividad) estuvieran relativamente controlados. En cambio, otros problemas comórbidos habituales, como el negativismo desafiante o la ansiedad y los problemas de estado de ánimo pudieron beneficiarse de los cambios en las interacciones padres e hijos que favoreció el entrenamiento conductual.

En lo que respecta a los resultados centrados en la escala de crianza, el hecho que las mejoras reflejadas en los tamaños del efecto no hayan sido muy grandes puede deberse, en parte, a que las puntuaciones iniciales tampoco eran excesivamente elevadas. Aun así, nuestros resultados han sido bastante similares a los presentados por Harvey, Danforth, Ulaszek y Eberhardt²⁴. La razón por la cual los padres presentan menor mejora en palabrería excesiva no está clara. Sin embargo tal vez ello sea un efecto derivado del comportamiento habitual de los niños con TDAH, que aun mejorando en casi todas las conductas medidas, probablemente sigue exigiendo un nivel alto de intervención de los padres. Por tanto, éstos pueden tener la sensación de que aunque hayan mejorado en ser menos permisivos o autoritarios siguen sermoneando bastante a sus hijos.

Por otra parte, analizando la interacción entre las conductas en donde se han observado más mejoras, los estilos de crianza y las características del programa, creemos que es posible que las mejoras relevantes en afectividad, ansiedad y negativismo pueden haberse debido a que las estrategias utilizadas con los padres estuvieran enfocadas a fomentar hábitos de autonomía, retirada de la sobreprotección, aumento de supervisión de forma positiva para disminuir la conducta oposicionista y mejora del ambiente familiar. Por otra lado, la falta de mejora en la conducta disocial, aparte de lo ya comentado en referencia a que las puntuaciones fueron las más bajas de entrada, puede estar relacionada con factores que en este trabajo no controlamos, pero que sabemos que son determinantes en este tipo de conducta y que tienen que ver,

por ejemplo, con variables familiares y contextuales, como la salud mental materna, un estatus socioeconómico bajo, las familias uniparentales, la depresión materna, la vivienda inestable, la dependencia de las subvenciones sociales o una historia familiar de alcoholismo y abuso de drogas²⁵⁻²⁹.

En definitiva, los resultados apoyan la hipótesis de que los programas de entrenamiento conductual de padres aplicados en ámbito hospitalario son efectivos tanto para reducir la mayor parte de las conductas problema de los niños (tanto del ámbito externalizado como internalizado), como para mejorar las conductas de estilo de crianza de los padres.

Las limitaciones del presente estudio son las siguientes. En primer lugar, aunque sea un estudio aplicado (en ambiente hospitalario), sería recomendable en el futuro disponer de un grupo control en lista de espera que permitiera evaluar con mayor poder estadístico los resultados o, en su caso, poder comparar un grupo medicado con otro sin medicar. En segundo lugar, sería deseable mejorar la adherencia al programa puesto que en este estudio se han perdido los datos de un 22% de la muestra inicial (6 de 27 familias), por tanto cabe presumir cierto sesgo debido a que los datos disponibles corresponden a los padres más motivados (siendo, de todos modos, una evidencia que la motivación es una variable clave para que funcione todo programa de entrenamiento). En tercer lugar, sería conveniente disponer de otras medidas de efectividad del programa diferentes a las proporcionadas por los padres. Por ejemplo, en el caso de las conductas de los niños sería deseable que otros adultos o educadores también pudieran registrar las medidas pre y postratamiento. Y en el caso de la medida de estilo de crianza sería deseable que madre, padre y (según la edad) los propios niños pudieran evaluarla para disponer de una visión más amplia. Es evidente que el hecho de que los propios padres se autoevalúen pre y postratamiento, siendo ellos sujetos de la intervención, puede introducir sesgos que deberían controlarse, aunque es una tarea complicada en intervenciones aplicadas, fuera del ámbito del laboratorio. Por último, como ya hemos comentado, sería útil recoger variables socioculturales y económicas de los padres para poder disponer de variables de control que ayuden a definir y especificar con mayor detalle los niveles de eficacia, o las limitaciones, del programa de entrenamiento.

ANEXO	Descripción de las sesiones
	<p>1ª Sesión: Información sobre TDAH Se ofrece información actualizada sobre los distintos síntomas del TDAH, criterios diagnósticos, etiología y prevalencia, tratamiento multimodal. El objetivo es el conocimiento del trastorno para identificar los síntomas y mejorar las dificultades del niño. Se entrega documentación, bibliografía sobre TDAH y se ofrece espacio para aclarar dudas y preguntas sobre la sesión.</p> <p>2ª Sesión: Conducta del niño con TDAH y sus consecuencias Al principio de la sesión se realiza un resumen interactivo de la sesión anterior. El objetivo principal de esta sesión es dar información básica sobre los principios del aprendizaje social, funcionamiento de la conducta, factores que influyen, y por otro lado incentivar el empleo de técnicas para incrementar las conductas positivas, el refuerzo positivo, elogio y la economía de fichas o sistema de puntos. Para finalizar, la sesión se realiza un pequeño taller para elaborar listado de refuerzos positivos y conductas a elogiar de cada niño. Se enfatiza la importancia de evitar las etiquetas negativas.</p> <p>3ª Sesión: Mejorar Hábitos de autonomía El objetivo de esta sesión es incentivar y potenciar la autonomía del niño con TDAH, conocer los hábitos de autonomía básicos, sus ventajas, que objetivos podemos pedir a un niño con TDAH, crear un sistema de puntos adecuado para cada niño e incrementar la frecuencia de conductas apropiadas y responsables. Los padres deberán utilizar el sistema de puntos, confeccionado en el grupo, durante la semana.</p> <p>4ª Sesión: Reducir conductas inapropiadas Se procede con la presentación de estrategias para disminuir conductas disruptivas menores. La extinción o ignorar es una de las técnicas más relevantes en la actuación sobre los problemas de conducta, pues implica la retirada total de refuerzo sobre la conducta inapropiada, lo que conlleva una rápida desaparición de la misma, si la técnica es implementada correctamente. No obstante, ignorar es una de las estrategias más difíciles de llevar a cabo. Se realiza un entrenamiento de cuándo y cómo realizar extinción de una conducta. El objetivo de la extinción es mejorar las relaciones paterno-filiales, reduciendo las críticas continuas de los padres y focalizar la atención de los padres en las conductas adecuadas. En el taller se define de forma individualizada, las conductas objetivos, para aplicación de extinción en casa.</p> <p>5ª Sesión: Autoestima y autoconcepto Esta sesión se plantea después de que los padres han iniciado sus primeros pasos empleando la estrategia de ignorar y reforzar la conducta positiva. Se inicia la sesión con un taller introductorio de cómo definen a sus hijos, cómo los ven. Se analizan los factores que influyen en la autoestima, identificación de la influencia de los padres en su aumento y mejorar la percepción positiva del niño con TDAH. Al final, se realiza una segunda parte de taller, la visión positiva de los propios hijos con TDAH.</p> <p>6ª Sesión: Alternativas al castigo La sesión empieza con un debate sobre formas de castigo más habituales y la ineficacia del castigo físico y verbal como técnica de disciplina ante la conducta severa, presentándose como alternativa las técnicas de tiempo fuera y reparación del daño. Ante comportamientos agresivos o destructivos, que implican una fuerte carga emocional tanto en el niño como en los padres, el tiempo fuera se plantea como la técnica de elección, al constituir una alternativa no violenta y racional, no dependiente de las emociones hostiles. Se instruye a los padres en una serie de claves para un uso eficaz de las técnicas como: duración, lugar de aplicación y manejo de posibles dificultades durante su aplicación. Al final de la sesión, los padres deberán establecer un plan de uso de la técnica que será revisado en la próxima sesión.</p> <p>7ª Sesión: Autocontrol y retirada de privilegios Esta sesión ofrece un enfoque distinto en el programa, se dirige la acción hacia los padres. El nivel de estrés se ve incrementado en los padres de los niños con TDAH, por lo que es necesario dotarles de estrategias de afrontamiento para evitar repercusiones en las relaciones familiares. Esta sesión pretende mejorar el autocontrol de los padres ante la conducta desadaptada de los hijos, a través de técnicas de control de pensamientos y de relajación basada en la respiración. Al final de la sesión se realiza un taller dedicado a estas técnicas.</p> <p>8ª Sesión: Obediencia El objetivo de esta sesión es mejorar la obediencia. Incrementar la autoridad de los padres de forma apropiada y mejorar la coherencia educativa. Son instruidos en el establecimiento de límites a la conducta formulando adecuadamente órdenes y peticiones a los niños, evitando el exceso de instrucciones y el empleo de órdenes vagas. Se realiza una descripción de los distintos estilos educativos de los padres y la influencia en los niños. Al final de la sesión se debate sobre el establecimiento de reglas básicas para la familia y cómo mejorar los estilos educativos de cada padre.</p> <p>9ª Sesión: Relación padres-hijos Esta sesión está dedicada a que los padres conozcan la importancia de la comunicación en los procesos de interacción diaria con sus hijos. Distintos patrones de relación entre padres e hijos, gestión e identificación de sentimientos en los niños. Para este fin, se entrenará a los padres en habilidades de recepción de mensajes (escucha activa), al igual que en habilidades de transmisión de mensajes (comunicación positiva).</p>

ANEXO

Continuación

10ª Sesión: Resumen sobre las estrategias educativas

Esta sesión cierra el programa, con un repaso de las técnicas aprendidas a largo del programa. Se insiste en la importancia de la creación de una base firme y segura a partir de la promoción de las conductas positivas, y en el empleo selectivo pero consistente de las técnicas de disciplina aprendidas para los comportamientos negativos. Asimismo, se propone una serie de indicaciones para afrontar las conductas problemáticas más frecuentes, algunas sucedidas fuera del hogar. Finalmente, se debate dudas y preguntas.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Cardo E, Servera M, Llobera J. Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población normal de la isla de Mallorca. *Revista de Neurología*. 2007; 44:10-4.
- Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The world wide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):942-8.
- Barkley R. El desorden de hiperactividad y déficit atencional. *Investigación y ciencia* 1998;266:48-53.
- Wählstedt C, Thorell L, Bohlin G. Heterogeneity in ADHD: neuropsychological pathways, comorbidity and symptom domains. *J Abnorm Child Psychol*. 2009;37(4):551-64.
- National Collaborating Centre for mental Health. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. *National Clinical Practice Guideline*. 2008;72.
- Evans S, Sarno J, Bunford N. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2014; 43(4):527-51.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice Parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:7.
- Pliszka S. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(7):894-921.
- Evans S, Schultz B, Sadler J. Psychosocial interventions used to treat children with ADHD: safety and efficacy. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2008;46(8):49-57.
- Barkley R. *Defiant Children: A Clinicians Manual for Assessment and Parent Training*. Guilford. 1997.
- Barkley R. *Defiant Children, Third Edition: A clinician's manual for assessment and parent training*. Guilford; 2013.
- Fischer M. Parenting stress and the child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1990;19:337-46.
- Mash E, Johnston C. Determinants of parenting stress: Illustrations from families of hyperactive children and families of physically abused children. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1990;19:313-38
- Zwi M, Jones H, Thorgaard C, York A, Dennis J. Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;12.
- Loren RE, Vaughn AJ, Langberg JM, Cyran JE, Proano-Raps T, Smolyansky BH, et al. Effects of an 8-session behavioral parent training group for parents of children with ADHD on child impairment and parenting confidence. *J Atten Disord*. 2015; Feb;19(2):158-66.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2000.
- Achenbach TM, Rescorla LA. *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families; 2001.
- Arnold DS, O'Leary SG, Wolff LS, Acker MM. The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychol Evaluar*. 1993;5(2):137-44.
- Montoya A, Colom F, Ferrin M. Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic literature review. *Eur Psychiatry* 2011;26(3):166-75.
- Sonuga-Barke EJ, Brandeis D, Cortese S, Daley D, Ferrin M, Holtmann M, et al. Nonpharmacological interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials of dietary and psychological treatments. *Am J of Psychiatry*. 2013;170(3):275-89.
- Danforth JS. A Flow Chart of Behavior Management Strategies for Families of Children with Co-Occurring Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Conduct Problem Behavior. *Behav Anal Pract*. 2016;9(1):64-76.
- MTA Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Arch General Psychiatry*. 1999;56(12):1073-86.
- Harvey E, Danforth JS, Ulaszek WR, Eberhardt TL. Validity of the Parenting scale for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavior Research and Therapy*. 2001; 39:731-43.
- Kazdin, A. Practitioner Review: Psychosocial Treatments for Conduct Disorder in Children. *J Child Psychol Psychia*. 1997; 38(2):161-78.
- Lundahl BW, Nimer J, Parsons B. Preventing child abuse: A meta-analysis of parent training programs. *Res Soc Work Pract*. 2006;16(3):251-62.
- MacKenzie EP, Fite PJ, Bates JE. Predicting outcome in behavioral parent training: Expected and unexpected results. *Child and Family Behavior Therapy*. 2004;26:37-54.
- Reyno SM, McGrath PJ. Predictors of parent training efficacy for children externalizing behavior problems a meta-analytic review. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47(1):99-111.
- Webster-Stratton C. Enhancing the effectiveness of self-administered videotape parent training for families with conduct-problem children. *J Abnorm Child Psychol*. 1990; 18(5):479-92.