

PROGRAMAS DE PARENTALIDAD

**Divna Haslam, Anilena Mejia, Matthew R Sanders,
Petrus J de Vries**

Edición: Matías Irrarrázaval, Andres Martin

Traducción: Fernanda Prieto Tagle, Mercedes Fernández



Los jugadores de cartas. Basile de Loose (1809-1885)

Divna Haslam PhD

Centro de Apoyo a la Parentalidad y las Familias, Universidad de Queensland, Australia

Anilena Mejia PhD

Centro de Apoyo a la Parentalidad y las Familias, Universidad de Queensland, Australia e Instituto de Investigación Científica y Tecnología (INDICASAT), Panamá

Matthew R Sanders PhD

Centro de Apoyo a la Parentalidad y las Familias, Universidad de Queensland, Australia

Conflictos de interés: el Dr Sanders y el Dr Haslam son autores de varios recursos disponibles de *Triple P*. El Programa de Parentalidad Positiva – Triple P es

Esta publicación está dirigida a profesionales en formación o con práctica en salud mental y no para el público general. Las opiniones vertidas en este libro son de responsabilidad de sus autores y no representan necesariamente el punto de vista del Editor o de IACAPAP. Esta publicación busca describir los mejores tratamientos y las prácticas basadas en la evidencia científica disponible en el tiempo en que se escribió, tal como fueron evaluadas por los autores, y éstas pueden cambiar como resultado de una nueva investigación. Los lectores deberán aplicar este conocimiento a los pacientes de acuerdo con las directrices y leyes de cada país en el que ejercen profesionalmente. Algunos medicamentos pueden no estar disponibles en algunos países por lo que los lectores deberán consultar la información específica del fármaco debido a que ni se mencionan todas las dosis ni todos los efectos no deseados. Las citas de organizaciones, publicaciones y enlaces de sitios de Internet tienen la finalidad de ilustrar situaciones o se enlazan como una fuente adicional de información; lo que no significa que los autores, el editor o IACAPAP avalen su contenido o recomendaciones, que deberán ser analizadas de manera crítica por el lector. Los sitios de Internet, a su vez, también pueden cambiar o dejar de existir.

©IACAPAP 2017. Esta es una publicación de acceso libre bajo criterios de [Licencia Creative Commons Atribución No Comercial](#). El uso, distribución y reproducción a través de cualquier medio están permitidos sin previa autorización siempre que la obra original esté debidamente citada y su uso no sea comercial.

Cita sugerida: Haslam D, Mejia A, Sanders MR & de Vries PJ. Programas de parentalidad (Irrarrázaval M & Martin A, eds. Fernanda Prieto-Tagle, Mercedes Fernández, trad.). En Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines 2017.

No se puede subestimar la importancia de crecer en un ambiente familiar nutritivo y de apoyo. Criar a niños en un ambiente cálido y amoroso los sitúa en una trayectoria de desarrollo positiva para el éxito en su vida posterior (Biglan et al, 2012). Por el contrario, los niños criados con parentalidad inconsistente y severa o con altos niveles de conflicto pueden verse afectados negativamente.

Los programas de parentalidad han sido desarrollados para apoyar a los padres y dotarlos de habilidades disciplinarias efectivas para manejar los desafíos actuales del ser padres, con la esperanza de proteger a los niños de adversidades a lo largo de su vida. En este capítulo usted aprenderá acerca de los programas de parentalidad, sus fundamentos teóricos, para qué tipo de problemas se recomiendan, cómo evaluar su impacto y los principales problemas que podría encontrarse al intervenir con los padres, particularmente en países de bajos y medianos ingresos y otros contextos con escasez de recursos.

ANTECEDENTES TEÓRICOS DE LOS PROGRAMAS DE PARENTALIDAD

Antes de los años mil novecientos sesenta, los comportamientos problemáticos de los niños se trataban típicamente utilizando métodos terapéuticos dirigidos al niño o al adolescente (p.ej., psicoanálisis/psicoterapia individual o institucionalización infantil). El final de los años sesenta estuvo marcado por un cambio en el campo de la psicología y la psiquiatría infantil. Alrededor de este tiempo, las intervenciones comenzaron a centrarse en cambiar los comportamientos de los padres y hacerlos participantes activos en las intervenciones terapéuticas. Este cambio se debió a una creciente comprensión de cómo los padres pueden influir en el comportamiento de los niños. Las teorías sobre la *modificación de la conducta* (Skinner, 1965), los *modelos cognitivos sociales* (Bandura, 1977) y los que tienen que ver con las *interacciones familiares coercitivas* (Patterson, 1982) modelaron el desarrollo de lo que se conoció como *programas de parentalidad*. La Tabla A.12.1 presenta una breve síntesis de cada una de estas teorías y su contribución al desarrollo de los programas de parentalidad.

Los programas de parentalidad han proliferado desde la década de 1960 con diferentes programas centrados en desarrollar diferentes tipos de habilidades en los padres (p.e., manejo del comportamiento, autoeficacia y/o conocimiento). Existen varios metaanálisis sobre la eficacia de estas intervenciones, y su comparación con diferentes orientaciones teóricas (p.e., Lundahl et al, 2006). Sin embargo, los programas más ampliamente utilizados son los basados en modelos conductuales y cognitivos sociales (es decir, las teorías descritas en la Tabla A.12.1). Normalmente estos programas son estructurados y cuentan con manuales, materiales de capacitación y sistemas de acreditación. Se les conoce comúnmente como “intervenciones familiares conductuales” o “programas de entrenamiento para padres”. Entre algunos ejemplos se incluyen *Los Años Increíbles (The Incredible Years)* (Webster-Stratton & Reid, 2015), *Triple P—Programa de Parentalidad Positiva* (Sanders, 2012), y *Entrenamiento de Manejo para Padres (Parent Management Training)—El Modelo Oregon* (Forgatch, 1994).

propiedad de la Universidad de Queensland (UQ). La Universidad, por medio de su compañía de transferencia de tecnología, UniQuest Pty Ltd, ha patentado Triple P Internacional Pty Ltd para publicar y diseminar el programa en el mundo. Los derechos derivados de los recursos publicados de Triple P se distribuyen entre la Facultad de Ciencias de la Salud y del Comportamiento de la UQ, el Centro de Apoyo a la Parentalidad y las Familias, la Escuela de Psicología de la Universidad de Queensland, y los autores contribuyentes. Ningún autor tiene participación o propiedad en Triple P Internacional Pty Ltd. La Dra Mejía es una investigadora honoraria en la UQ pero no recibe remuneración por la difusión de Triple P.

Petrus J de Vries MBChB, MRCPsych

División de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Universidad de Ciudad del Cabo, Sudáfrica

Conflictos de interés: No se declaran

Tabla A.12.1 Fundamentos teóricos de los programas de parentalidad

TEORÍAS CONDUCTUALES (Skinner, 1953)	MODELOS COGNITIVOS SOCIALES (Bandura, 1977)	TEORÍA DE LA COERCIÓN (Patterson, 1982)
<p>Principal contribución:</p> <p>Hay contingencias involucradas en la interacción padre-hijo.</p> <ul style="list-style-type: none"> Los padres influyen el comportamiento de los niños por medio del refuerzo positivo o consecuencias, tales como la atención y los elogios La conducta difícil de los niños puede ser reforzada inadvertidamente por la atención que los padres le prestan, mientras que el comportamiento positivo puede ser eliminado por la falta de atención de los padres 	<p>Principal contribución:</p> <p>Las cogniciones de los padres, tales como atribuciones, expectativas y creencias, determinan el comportamiento de los padres.</p> <ul style="list-style-type: none"> Las cogniciones de los padres influirán en su autoconfianza, toma de decisiones, e intenciones conductuales Los padres necesitan entender las explicaciones interaccionales que tienen para el comportamiento de sus hijos y para el suyo propio Las intervenciones deben dirigirse a la autoeficacia 	<p>Principal contribución:</p> <p>Existen interacciones coercivas en las familias.</p> <ul style="list-style-type: none"> La conducta aversiva de cada persona en las interacciones familiares se termina por el comportamiento aversivo de la otra persona, pero el efecto a largo plazo es un aumento de la probabilidad de que la conducta aversiva vuelva a ocurrir. Si un niño protesta cuando se le pide que haga algo y como resultado el padre deja de pedir, cesan las quejas. Sin embargo, tanto la protesta del niño como la exigencia (conducta aversiva) tienen más probabilidades de ocurrir nuevamente Se debe enseñar a los padres estrategias para el manejo positivo del niño, como alternativa a las prácticas coercivas



Pulse en la imagen para ver el programa de parentalidad *Años Increíbles (Incredible Years)* (20:01)



Pulse en la imagen para ver algunas familias que completan el *Triple P* grupal (4 videoclips por Brighton & Hove City Council). Se muestran algunas de las técnicas que *Triple P* enseña, y el efecto que tiene sobre el comportamiento de los niños.

TIPOS DE PROBLEMAS QUE PUEDEN SER TRATADOS CON LOS PROGRAMAS DE PARENTALIDAD

Los programas de parentalidad están recomendados para la prevención y el tratamiento de problemas externalizantes (p.ej., conductas opositoras, agresivas o impulsivas, como la desobediencia, peleas, agresividad y contestar) (Furlong et al, 2012), e internalizantes (p.ej., depresión, ansiedad) en los niños (Kendall et al, 2008). La investigación sugiere que los problemas disminuyen, tanto a nivel clínico como subclínico, cuando estas intervenciones se implementan adecuadamente (Dretzke et al, 2009). Muchas presentaciones clínicas, como el

trastorno oposicionista desafiante y el trastorno de conducta, pueden ser tratadas con intervenciones centradas en los padres (Kazdin, 1997).

Los programas de parentalidad también pueden ser muy útiles como tratamiento complementario para niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastornos del estado de ánimo o trastornos del desarrollo neurológico y del aprendizaje (Petrenko, 2013; Skotarczak y Lee, 2015). En estos casos, por lo general se centran en el manejo de problemas de comportamiento asociados con el diagnóstico principal. Por ejemplo, un niño con TDAH puede beneficiarse de un enfoque terapéutico combinado que incluya medicamentos para el niño (si es necesario) y un programa de parentalidad para los adultos. Del mismo modo, un niño con un diagnóstico de trastorno del espectro del autismo puede beneficiarse de una combinación de terapia conductual y de desarrollo de habilidades sociales aplicada individualmente, mientras que sus padres pueden beneficiarse del entrenamiento para padres (Tellegen & Sanders, 2013). El entrenamiento de los adultos se enfocaría en enseñar a los padres habilidades para manejar problemas de comportamiento (por ejemplo, dificultad con el cambio en las rutinas) que ocurren en el contexto del trastorno primario.

Además de la prevención y el tratamiento de los trastornos de presentación en la infancia, muchos programas de parentalidad también se utilizan para prevenir el desarrollo de problemas más graves en la adolescencia y la adultez temprana. Algunos problemas que podrían prevenirse son la delincuencia adolescente, el absentismo escolar, el comportamiento antisocial en la adolescencia, la actividad sexual temprana, las conductas sexuales de riesgo, el abuso de sustancias y la delincuencia en adultos (Haggerty et al, 2013). Por ejemplo, algunos programas de parentalidad han sido utilizados como parte de intervenciones más amplias para reducir la actividad sexual de riesgo y la prevalencia del VIH-SIDA (Prado et al, 2007). Obsérvese que en este ejemplo la intervención no tiene la intención de cambiar el resultado primario (por ejemplo, VIH-SIDA), sino que se utiliza para detener las trayectorias de desarrollo negativo que podrían conducir a una infección posterior.

Tabla A.12.2 Metas comunes de los programas de parentalidad

METAS PRIMARIAS DE LA INTERVENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar las relaciones entre padres e hijos • Reducir las prácticas de disciplina negativa, coercitiva o violenta • Enseñar a los padres prácticas de parentalidad efectivas y no violentas
METAS SECUNDARIAS DE LA INTERVENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Reducir el estrés, depresión y ansiedad parental • Aumentar la confianza y competencia parental • Reducir la violencia hacia los niños

TIPOS DE PROGRAMAS DE PARENTALIDAD

Los programas de parentalidad son intervenciones que tienen como objetivo mejorar el funcionamiento del niño y de la familia al equipar a los padres con habilidades efectivas para ser padres. Se diferencian del entrenamiento educativo o la psicoeducación—que se centran en aumentar el conocimiento de los padres sobre las etapas del desarrollo o ciertos trastornos—en que los programas de parentalidad incluyen entrenamiento activo en habilidades. Están diseñados para aumentar la competencia y la autoconfianza en los padres, permitiéndoles criar a los niños en un ambiente amoroso, consistente, predecible y no dañino. Las investigaciones sugieren que las mejoras en el estilo de crianza están asociadas con reducción en los problemas socioemocionales y de comportamiento del niño (Sanders y Woolley, 2005). Los programas eficaces tienen como objetivo reducir los factores de riesgo conocidos que dan lugar a pobres resultados en niños y familias, tales como las prácticas disciplinarias severas, y fortalecer los factores protectores (es decir, los factores que predicen resultados familiares positivos). Vea la Tabla A.12.2 para revisar los objetivos típicos de la mayoría de los programas.

Según su enfoque principal, pueden ser divididos en programas de prevención, tratamiento o una combinación de ambos:

- **Los programas preventivos** están diseñados para evitar el desarrollo de comportamientos graves o problemas emocionales en los niños a través de la adquisición de habilidades parentales *antes de que los problemas se desarrollen o a la primera señal de problemas*. Por lo general, se trata de intervenciones de menor intensidad, por lo tanto más fáciles de implementar y con menor coste. Funcionan de una manera similar al cepillado de dientes regular para prevenir las caries. Cuando se enseña a los padres estrategias de disciplina eficaces, seguras y no violentas, los niños tienen menos probabilidades de desarrollar problemas emocionales y de conducta (Forgatch y DeGarmo, 1999).
- **Los programas de tratamiento** buscan reducir los comportamientos problemáticos después de que estos se hayan desarrollado. Para continuar con la analogía de la higiene dental, son similares a ir al dentista a empastar una caries. Al igual que con los programas de prevención, son más eficaces cuando se implementan lo antes posible (antes de que la caries sea demasiado grande o se pierda el diente), pero también pueden ser eficaces incluso cuando los problemas llevan bastante tiempo o son severos. A menudo son más intensivos en términos de tiempo y costo que los programas de prevención dado que cubren más contenido y proporcionan apoyo adicional a las familias. Estos programas son más adecuados para familias con un nivel mayor de necesidad o con muchos factores de riesgo (Kazdin y Whitley, 2003).
- **Los enfoques combinados** son más amplios que los programas de prevención y tratamiento focalizados; pueden ser conceptualizados como *conjuntos de intervenciones*. Los programas combinados a menudo tienen una serie de variantes que pueden desplegarse según sea necesario. Por ejemplo, *Los Años Increíbles (The Incredible Years)* tiene una variante basada en la escuela destinada a prevenir problemas en el aula, así como intervenciones intensivas de crianza de los hijos para su implementación en el hogar. *Triple P* es también un programa combinado con cinco niveles de intervención, que van desde estrategias

COMPONENTES CLAVE DE PROGRAMAS EFECTIVOS

El programa:

- Proporciona estrategias para aumentar el número de interacciones positivas padre-hijo
- Se centra en la coherencia de los padres
- Permite a los padres practicar nuevas habilidades con sus propios hijos
- Enseña el uso apropiado de las consecuencias, como el tiempo fuera (p.e., la retirada temporal de la atención parental en respuesta a una conducta problemática)
- Enseña a los padres a resolver problemas
- Aumenta la sensibilidad y cuidado parental
- Modela (o muestra) conductas positivas
- Proporciona a los padres oportunidades para practicar las estrategias en la sesión por medio de juegos de rol
- Enseña habilidades de comunicación emocional



Muchos investigadores están de acuerdo con que el castigo físico se asocia a peores resultados posteriores, particularmente problemas de conducta.

de comunicación dirigidas a poblaciones completas, hasta servicios individuales intensivos para familias con comorbilidades complejas (Prinz et al, 2009).

La mayoría de las investigaciones sobre el tema se han centrado en los programas focalizados en el tratamiento para niños con problemas conductuales o emocionales a nivel clínico o con alto riesgo de desarrollar tales problemas. Reconociendo la varianza entre países, sólo del 10% al 15% de los niños tienen problemas a este nivel (Jaffee et al, 2005). Sin intervención temprana, los niveles subclínicos de problemas pueden escalar a presentaciones clínicas que son más difíciles de tratar. Por esta razón, los programas de prevención y los enfoques combinados pueden ser beneficiosos para reducir el número de casos en toda la población.

COMPONENTES CLAVE

Las investigaciones indican que los programas que incluyen *una serie de elementos activos clave* tienen más probabilidades de funcionar. Para una revisión de los componentes claves de las intervenciones parentales ver el metanálisis de Kaminski y colaboradores (2008). Los componentes pueden clasificarse, a grandes rasgos, en aquellos que:



[Pulse en la imagen para acceder a la lista de intervenciones en parentalidad basadas en la evidencia de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito \(UNODC\)](#)

Tabla A.12.3 Resumen de una selección de programas de parentalidad basados en la evidencia*

NOMBRE**	RESUMEN	OBJETIVO	RESULTADOS ESPERADOS
Fortaleciendo Familias	<p>Incluye 14 sesiones grupales de dos horas de duración centradas en el desarrollo de habilidades parentales, habilidades sociales en los niños, y habilidades relativas a la vida en familia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puede ser implementado en la etapa preescolar, escolar, primeros años de adolescencia (10-14), adolescencia (12-16), y en clases grupales (7-17) • Existe un DVD para el hogar con diez clases de 30 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> • Niños con alto riesgo de abuso de sustancias, crimen y otros comportamientos delictivos • Las diferentes versiones del programa contienen actividades específicas para los diferentes grupos • El programa para niños de 10 a 14 años está dirigido a familias de bajo riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución del abuso de sustancias y delincuencia • Mejores relaciones familiares • Disminución de los factores de riesgo para el desarrollo de conductas problemáticas en niños con alto riesgo
Terapia de Interacción Padres-Hijos	<p>Tradicionalmente utilizada para el tratamiento del trastorno oposicionista desafiante y el trastorno de conducta. Tiene dos etapas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interacción dirigida por el niño, • Interacción dirigida por el padre <p>Promedio de 14 sesiones semanales (10-20) de una a dos horas de duración.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Padres de niños de 2 a 7 años con problemas de conducta 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejor relación padre-hijo • Habilidades parentales efectivas • Disciplina efectiva
Los Años Increíbles	<ul style="list-style-type: none"> • Existe una versión preventiva y una versión de tratamiento • El programa está dividido por edades: bebés, niños pequeños, niños preescolares, y niños escolares. • Cada programa tiene un método de aplicación diferente 	<ul style="list-style-type: none"> • Familias con niños de 0 a 12 años de edad 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de los problemas de conducta y comportamiento hiperactivo en los niños • Mejores habilidades parentales • Disminución de estrategias de parentalidad negativa • Aumento de la obediencia del niño y del afecto positivo
Asociación Enfermería-Familia	<ul style="list-style-type: none"> • Realizado por personal de enfermería, dirigido a madres primerizas con bajos ingresos • Visitas individuales en el hogar desde el embarazo hasta que el niño tiene dos años de edad • La enfermera hace la visita cada una o dos semanas, de acuerdo al horario definido por los padres y la enfermera • Las enfermeras ofrecen asesoramiento utilizando su conocimiento profesional, criterio y habilidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Madres primerizas de bajos ingresos • El programa es más efectivo con padres y niños que están en alto riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejores resultados del embarazo • Mejor salud y desarrollo del niño • Curso de vida positivo en los padres
Triple P— Programa de Parentalidad Positiva	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de apoyo a la parentalidad y la familia dirigido a la prevención y tratamiento de problemas conductuales y emocionales en niños y adolescentes • La intensidad varía de intervenciones leves a altamente selectivas, dependiendo de las necesidades de cada familia • Puede incluir asesoría individual, cursos grupales o en línea, intervenciones de auto ayuda o seminarios públicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier edad entre el nacimiento y los 16 años. • El programa especializado está dirigido para padres de niños con discapacidad, preocupaciones acerca de la salud o peso, padres en proceso de divorcio, y familias indígenas 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de problemas conductuales y emocionales • Aumento del bienestar parental y las habilidades parentales • Disminución de las estrategias de parentalidad negativas

*Todos estos programas requieren el pago de un costo de licencia para el entrenamiento y los materiales.

**Haga clic en el nombre del programa para acceder al sitio web.

- Enseñan a los padres a responder de forma consistente (p.ej., elogiar a su niño)
- Enseñan a los padres estrategias para manejar conductas difíciles (p.ej., uso del tiempo fuera—*time out*), y
- Utilizan la participación activa de los padres durante el entrenamiento (p.ej., juegos de rol entre padres para practicar las habilidades).

Un resumen de los ingredientes clave que parecen contribuir a la eficacia de estos programas se enumera en el siguiente cuadro.

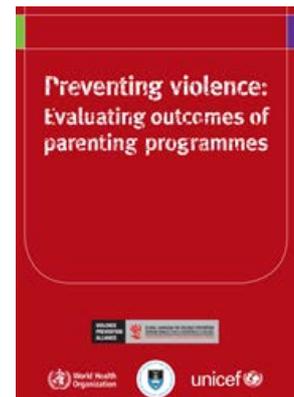
PREGUNTAS QUE SE DEBEN HACER CUANDO SE ESCOGE UN PROGRAMA DE PARENTALIDAD

- ¿Está el programa basado en un marco teórico sólido?
- ¿Señala el programa los factores de riesgo y protectores conocidos?
- ¿Incluye el programa la mayoría de los componentes claves asociados a la parentalidad efectiva?
- ¿Ha sido el programa evaluado científicamente y ha demostrado mejorar los resultados objetivo utilizando:
 - Metodología randomizada controlada
 - Ensayos cuasi experimentales sólidos
 - Diseños en contextos reales
 - Ensayos poblacionales (si la audiencia objetivo es la población total)?
- ¿Puede el programa focalizarse en la población que usted desea tratar?
- ¿Se mantienen los beneficios tras la finalización del programa?
- ¿Han sido replicados los resultados positivos, por investigadores independientes al equipo que llevó a cabo la investigación original?
- ¿Ha sido el programa evaluado en contextos similares al contexto en el cual usted implementará el programa?
- ¿Hay disponibles recursos apropiados y apoyo en el entrenamiento y aplicación del programa?

EVALUANDO LA EFECTIVIDAD

En la sección anterior se discutieron elementos clave o ingredientes activos de los programas de parentalidad. Sin embargo, es importante tener en cuenta que muchos programas son promovidos o implementados sin que se tenga evidencia de que funcionan. Los programas que tienen evidencia de ser efectivos, basándose en investigación empírica (generalmente incluyendo ensayos controlados aleatorios) se conocen como *programas basados en la evidencia*. Los profesionales tienen la responsabilidad ética de asegurar que las intervenciones ofrecidas a las familias tengan evidencia de su efectividad, un principio básico de la práctica basada en la evidencia. Sin embargo, también es necesario maximizar los recursos, especialmente cuando se trabaja en entornos de bajos ingresos. Puede ser tentador *crear programas* (es decir, desarrollarlos desde cero), con el riesgo de que sean ineficaces y un desperdicio de recursos.

Diversos programas han demostrado ser efectivos tras una evaluación rigurosa (Haggerty et al, 2013). Entre estos se encuentran *Los Años Increíbles (The Incredible Years)* (Webster-Stratton & Reid, 2015); la *Terapia de Interacción Padres-Hijos* (Brinkmeyer & Eyberg, 2003); el *Triple P—Programa de Parentalidad Positiva* (Sanders, 2012); la *Asociación Enfermería-Familia (Nurse Family Partnership)* (Olds



Pulse en la imagen para acceder al reporte de la OMS "Previendo la Violencia: Evaluando Resultados de los Programas de Parentalidad"

et al, 2003); y el *Programa Fortaleciendo Familias (Strengthening Families Program)* (Kumpfer et al, 1996). En la Tabla A.12.3 se puede encontrar más información sobre estos programas. Muchos organismos internacionales, como la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2009), tienen listas de intervenciones y programas de parentalidad basados en la evidencia.

Si bien revisar los conceptos claves de la práctica basada en la evidencia escapa al alcance de este capítulo, se pueden encontrar directrices sobre cómo juzgar la efectividad de las intervenciones en el [Capítulo A.6 del Manual de la IACAPAP](#). En el Cuadro 3 se muestran algunas preguntas que le ayudarán a juzgar si es probable que el programa que está considerando sea efectivo. Puede encontrar más información sobre cómo evaluar la evidencia de efectividad en un resumen de la Organización Mundial de la Salud (2013) disponible [aquí](#).

ASPECTOS PRÁCTICOS EN LA REALIZACIÓN DE PROGRAMAS DE PARENTALIDAD

Aún cuando los programas de parentalidad pueden ser muy útiles, es necesario considerar otros aspectos, tales como si el programa es el tratamiento idóneo y los problemas prácticos que pueden surgir en la realización del programa. Entre estos se incluyen:

- **Protección y salvaguardia de los niños.** Es posible que durante la evaluación o el desarrollo de un programa de parentalidad, surjan preocupaciones sobre la seguridad de los niños. Salvaguardar y proteger a los niños es de suma importancia. Cuando la seguridad de los niños se convierte en una preocupación, debe tratarse como prioridad. Los facilitadores tendrán que discutir sus preocupaciones con el supervisor y, si es apropiado, con los padres, y tomar las medidas necesarias rápidamente.



Sesión del programa Triple P en Kenia

- **Problemas de salud mental de los padres.** Existe mucha evidencia de que la presencia de un trastorno mental en los padres (p.e., depresión) puede afectar negativamente a su capacidad para criar a sus hijos (Oyserman et al, 2000). Sin embargo, cuando uno de los padres tiene una enfermedad mental grave, como un trastorno psicótico, depresión o ansiedad severa, puede no ser apropiado ofrecer un programa de parentalidad hasta que el trastorno mental haya sido evaluado y estabilizado. La prioridad en estos casos debería ser ayudar a los padres a recibir un tratamiento apropiado. Por otro lado, si uno de los padres presenta un estado del ánimo bajo o un trastorno de ansiedad, puede estar capacitado para participar en el programa, mientras recibe en paralelo ayuda adicional. Los profesionales deben observar el estado del ánimo y las reacciones de los padres durante el curso del programa y tomar las medidas apropiadas. Por ejemplo, si un padre parece estar molesto o lloroso en una sesión grupal, el profesional debería hablar con el padre en privado, fuera del grupo, para determinar si es necesario ofrecerle un apoyo adicional.
- **Privacidad y confidencialidad.** Es importante que las sesiones se realicen en una sala donde las conversaciones sean privadas y se pueda mantener la confidencialidad. Cuando los programas de parentalidad se realizan en modalidad grupal, es útil declarar explícitamente al inicio del grupo las expectativas de privacidad. Esto permitirá a los padres compartir sus pensamientos y experiencias y facilitará la discusión en grupo. Es importante dejar claro que la información personal discutida en una sesión no debe ser compartida con otras personas fuera de la sesión. También debe informarse a los padres que la privacidad y la confidencialidad se mantendrán a menos que exista preocupación por la seguridad de sus hijos, de ellos mismos o de otros. Esto es parte del deber de cuidado de todos los profesionales de la salud infantil.
- **Programas de parentalidad y problemas específicos del niño.** Aunque los principios generales de los programas de parentalidad son útiles para todos los niños, existen programas especializados en los que se incluyen objetivos muy específicos. Por ejemplo, en algunos programas para el trastorno del espectro del autismo, los padres pueden recibir formación específica, entre otros, sobre temas como la toma de turnos, estrategias para entrar en el “foco de atención” del niño, cómo organizar el medio ambiente para fomentar la comunicación etc. Para una revisión de las “intervenciones conductuales del desarrollo en contextos naturales”, muchas de las cuales incluyen a los padres como colaboradores activos en tratamiento y utilizan herramientas de entrenamiento para padres, [pulse aquí](#).

En estos programas a menudo se hace hincapié en aprender a entender la función de un comportamiento particular. Por ejemplo, un niño con un trastorno del espectro del autismo puede usar un comportamiento particular no para llamar la atención, sino para evitar la atención. Por lo tanto, en ese caso una estrategia de tiempo fuera no sería apropiada. También existe un enfoque especializado para el análisis funcional de la conducta en los niños con discapacidad intelectual y trastornos genéticos específicos, como el síndrome X frágil, Prader-Willi, Angelman o Cornelia de Lange, entre otros. En muchos de estos trastornos genéticos, las conductas específicas pueden estar asociadas a



[Pulse en la imagen para ver un video breve que ilustra la vida y la resiliencia de las mujeres en el barrio de alto riesgo de San Joaquín, Panamá](#)

EVALUANDO UN PROGRAMA DE PARENTALIDAD EN UN ENTORNO DE BAJOS RECURSOS

En el 2012, el gobierno de Panamá financió un proyecto de investigación para explorar la relevancia cultural y la efectividad del programa *Triple P* en comunidades de bajos recursos en Panamá. El equipo de investigación exploró la aceptación del programa por parte de los padres y profesionales de esas comunidades, y realizaron un estudio para evaluar si el programa era efectivo reduciendo los problemas conductuales de niños de 3 a 12 años. El programa fue considerado como aceptable culturalmente, y los padres que participaron en la intervención se mostraron menos estresados y hostiles hacia sus hijos, quienes a su vez, eran más capaces de seguir instrucciones.

De los estudios realizados en programas de parentalidad, pocos se han llevado a cabo en países de bajos niveles socioeconómicos. Para una revisión, vea Mejía et al (2012).

EJEMPLO DE CASO

SER UN PROFESIONAL DE LA PARENTALIDAD EN EL SALVADOR

Josefa es una trabajadora social en un centro comunitario en uno de los barrios más violentos de **San Salvador**.

En este barrio, la mayoría de los padres están en la cárcel, y las madres se encuentran bajo un estrés importante tratando de criar a sus hijos sin apoyo. Gabriel, uno de estos niños, tiene 8 años y graves problemas conductuales. No obedece y es agresivo con su madre y con sus pares. Él está en alto riesgo de involucrarse con pandillas y presentar conductas antisociales en el futuro. Josefa asistió a un programa de formación para liderar programas de parentalidad hace algún tiempo. Sin embargo, ella se enfrenta a varias barreras para realizar el programa en este contexto:

- La madre de Gabriel no sabe ni leer ni escribir, por lo que no puede completar evaluaciones, leer el cuaderno de trabajo o seguir los videos (que solamente están disponibles en Inglés con subtítulos)
- Gabriel y su madre provienen de un pueblo rural, y se mudaron a la ciudad sólo recientemente. Josefa no está segura de si las estrategias de este programa de parentalidad son apropiadas para sus tradiciones y valores
- Así como Gabriel, hay muchos niños en el barrio con dificultades graves. Josefa no tiene la capacidad para atender a todos los padres. Ella solicitará la ayuda de una de las madres en la comunidad para realizar la intervención.
- Josefa recibió entrenamiento hace más de 10 años, y no tiene acceso a la supervisión de sus casos.

Tabla A.12.4 Ejemplos de programas de parentalidad basados en la evidencia implementados en todo el mundo*

PROGRAMA	ORIGINALMENTE DESARROLLADO EN	EVALUADO O IMPLEMENTADO EN
Los Años Increíbles	Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> • Jamaica (Baker-Henningham et al, 2009) • Países Bajos (Posthumus et al, 2012) • Noruega y Suecia (Axberg & Broberg, 2012, Forgatch & Degarmo, 2011) • Reino Unido
Entrenamiento Manejo Parental-Modelo Oregon	Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> • Islandia (Sigmarsdottir et al, 2013) • Noruega (Forgatch & Degarmo, 2011)
Terapia de Interacción Padres-Hijos	Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> • Hong Kong (Leung et al, 2007) • Puerto Rico
Programa Fortaleciendo Familias	Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> • Canadá • Chile • Costa Rica • El Salvador • Países Bajos • Noruega • Panamá (Mejia et al, 2015b) • Perú • Puerto Rico (Matos et al, 2009) • España (Orte et al, 2013) • Suecia • Reino Unido (Seggrott et al., 2014)
Triple P—Programa de Parentalidad Positiva	Australia	<ul style="list-style-type: none"> • China • Curazao • Alemania • Hong Kong (Leung et al, 2003) • Indonesia (Sumargi et al, 2015) • Japón (Matsumoto et al, 2010) • Países Bajos • Panamá (Mejia et al., 2015a) • Reino Unido

*No es una lista exhaustiva.

sensibilidades sensoriales, dolor, inflexibilidad cognitiva, conductas de evitación o una necesidad exagerada de refuerzo conductual con contacto visual. Estos son contextos especiales para los que se requieren módulos o enfoques de parentalidad específicos. Por ejemplo, el programa *Triple P Paso a Paso (Stepping Stones)* ha sido evaluado en padres de niños con una serie de trastornos específicos del neurodesarrollo (Tellegen & Sanders, 2013).

- **Pobreza y nivel socioeconómico bajo.** Es crucial señalar que, especialmente en los países de ingresos bajos y medios, los padres pueden llegar a un programa de parentalidad con el estómago vacío. Así como los niños no pueden aprender si están hambrientos, los padres tampoco podrán hacer uso de la capacitación si tienen hambre o sed. Ofrecer bebidas y galletas puede ser de gran ayuda para que los padres puedan concentrarse en la sesión. Del mismo modo, es útil asegurar que los padres tengan acceso a los materiales impresos, disponer de personas que se hagan cargo del cuidado de los niños mientras los padres asisten o asegurar el transporte de los padres hacia y desde la sesión. Por ejemplo, pueden proporcionarse blocs de notas, bolígrafos y copias de los formularios de registro que los padres deben usar en casa, en lugar de esperar que sean ellos quienes hagan sus propias copias.
- **Estigma y vergüenza.** Muchos padres llegan al programa tras haber recibido el mensaje explícito o encubierto de que no son padres suficientemente buenos o que necesitan ser “capacitados”. Es importante que los líderes del grupo y los facilitadores tengan en cuenta que los padres pueden sentirse estigmatizados y avergonzados. Es importante reconocer y validar estas emociones, y utilizar los conocimientos y experiencias de los padres como un complemento al programa, más que adoptar una postura únicamente de experto. El facilitador debe validar el conocimiento y la experiencia de los padres, y empoderarlos para que alcancen sus propias metas familiares. Se puede decir que ser padres es el trabajo más difícil!

Asuntos relevantes para los países de ingresos bajos y medios

Esta sección trata acerca de cómo asegurar que las intervenciones en parentalidad sean relevantes en culturas específicas, las adaptaciones que pueden realizarse para ajustarse al contexto de los países de bajos ingresos y cómo mejorar su relación coste-beneficio.

La mayoría de las intervenciones en parentalidad han sido desarrolladas, evaluadas e implementadas en países occidentales, angloparlantes y de altos ingresos. Sin embargo, revisiones meta-analíticas indican que los programas de parentalidad basados en la evidencia aplicados en otros países son al menos tan efectivos como en el país donde se originaron (Gardner et al, 2015); requiriendo solamente adaptaciones mínimas. No obstante, existe una serie de adaptaciones culturales y contextuales de bajo riesgo que pueden mejorar la participación y la idoneidad cultural.

Relevancia cultural

Las intervenciones en parentalidad han sido probadas en diversos países y culturas (para ejemplos, ver la Tabla A.12.4). Algunas de ellas han sido adaptadas, siguiendo procedimientos rigurosos y sistemáticos, para mejorar su ajuste a

la población objetivo. Se puede encontrar un ejemplo de esto en el trabajo de Baumann y colaboradores (2014) para la adaptación del *Entrenamiento en Manejo Parental–Modelo Oregon (Parent Management Training–Oregon Model)* en México. Si tiene la intención de usar una intervención en parentalidad que no ha sido probada o adaptada para la población con la que está trabajando, podría ser beneficioso comenzar reflexionando sobre la relevancia cultural del programa. Si está familiarizada con la población objetivo, asegúrese de anticipar posibles barreras culturales en la implementación de estrategias específicas. Por ejemplo, en algunas culturas, promover la resolución de problemas de forma independiente en niños pequeños podría no ser aceptado por los padres. Si no está familiarizada con el grupo que va a asistir, podría preguntar cual es la opinion de los padres sobre aplicar estrategias conductuales como el tiempo fuera o el elogio. ¿Contradice esta estrategia sus valores culturales o estilo de comunicación? En caso afirmativo ¿Cómo puede adaptarse la estrategia a esta cultura?

Evaluación apropiada al contexto

Antes de llevar a cabo una intervención en parentalidad, es recomendable tener una idea de las principales dificultades a las que se enfrenta ese grupo de padres. Esto permitirá adaptar la intervención a sus necesidades específicas. Además, padres alrededor del mundo se enfrentan a desafíos muy diferentes, por lo que un enfoque de “talla única” no funcionará. Algunos padres se pueden estar enfrentando, además de a las dificultades emocionales y de conducta de sus hijos, a otros problemas complejos como el maltrato infantil o la violencia de genero; estas familias deben ser referidas a otros servicios, si existen. La mayoría de los programas parentales no están recomendados para problemas como la psicopatología severa de los padres, la violencia de genero o el maltrato infantil.

En relación a las dificultades conductuales y emocionales del niño, los padres pueden estar luchando contra desobediencia, agresividad, rabietas o

EJEMPLO DE CASO

ADAPTACIONES DE BAJO RIESGO PARA AUMENTAR LA PARTICIPACIÓN DE MADRES EN KENIA

Un profesional estaba llevando a cabo un programa de parentalidad en una barriada pobre (comunidad marginal) en las afueras de Nairobi. Una de las modificaciones realizadas fue dedicar tiempo a explicar los cuestionarios para padres en grupos pequeños, más que esperar que los completaran sin ayuda.

Inicialmente los padres parecían muy tímidos. Al notar esto, el profesional preguntó a los padres cómo comenzaban normalmente las reuniones en Kenia. Los padres dijeron que generalmente comenzaban con un canto de alabanza y una oración. Como resultado, de allí en adelante todas las sesiones comenzaron de esa manera, lideradas por uno de los padres.

Otra modificación fue destinar tiempo adicional a la discusión de los beneficios y desafíos de las manifestaciones físicas de afectión hacia los niños—que no es una práctica común entre los padres en Kenia. La conversación abarcó el tipo de cariño que los propios padres habían recibido cuando eran niños y cómo esto había influido su forma de ser padres. De esta manera, los padres pudieron considerar los beneficios de mostrar afecto físico a sus hijos de una forma que fuera coherente con las expectativas culturales. Por ejemplo, las madres de niños varones pudieron considerar formas de afecto físico además de los besos, que son vistos como no apropiados.

Estas adaptaciones de bajo riesgo (p.e., ellos no modificaron el contenido de la intervención ni comprometieron la fidelidad del programa) permitieron que las madres estuvieran más confiadas y abiertas a discutir sus preocupaciones con el grupo, y tuvo un impacto profundo en el clima grupal y la cooperación de los participantes.

Tabla A.12.5 Adaptaciones de bajo y alto riesgo

BAJO RIESGO	ALTO RIESGO
<ul style="list-style-type: none"> Traducción de idiomas realizadas por un traductor certificado, con un procedimiento de traducción inversa y revisadas por un profesional cualificado 	<ul style="list-style-type: none"> Modificar el orden de las sesiones
<ul style="list-style-type: none"> Simplificar los materiales escritos para los padres con bajo nivel de alfabetización (p.ej., utilización de videos, juegos de rol o hacer cuadernos de trabajo más fáciles de leer) 	<ul style="list-style-type: none"> Modificar estrategias específicas y la forma en que son implementadas (p.ej., sugerir a los padres que ayuden al niño a calmarse cuando están en tiempo fuera)
<ul style="list-style-type: none"> Modificar los ejemplos (p.ej., usar ejemplos o historias locales) 	<ul style="list-style-type: none"> Cambiar el orden en el que se presentan las estrategias a los padres
<ul style="list-style-type: none"> Incluir actividades para romper el hielo en las sesiones 	<ul style="list-style-type: none"> No estructurar las sesiones con una agenda
<ul style="list-style-type: none"> Mostrar segmentos de video más de una vez 	<ul style="list-style-type: none"> Eliminar estrategias que van a ser enseñadas en una sesión
<ul style="list-style-type: none"> Realizar de manera grupal ejercicios y actividades individuales 	<ul style="list-style-type: none"> Añadir estrategias inconsistentes
<ul style="list-style-type: none"> Añadir pausas adicionales entre las sesiones 	<ul style="list-style-type: none"> Eliminar las tareas para hacer en casa
<ul style="list-style-type: none"> Dividir una sesión larga en dos sesiones más cortas 	
<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar más sesiones cuando se requiera apoyo adicional 	
<ul style="list-style-type: none"> Aumentar o disminuir la extensión de las sesiones o ejercicios específicos 	
<ul style="list-style-type: none"> Bajar el ritmo de la intervención 	
<ul style="list-style-type: none"> Incluir espacios adicionales para la discusión 	

conflictos entre hermanos. Existen cuestionarios estandarizados que pueden ayudar a evaluar las dificultades con las que los padres se enfrentan. Algunos de estos cuestionarios han sido traducidos a diferentes idiomas. Por ejemplo, el *Cuestionario de Capacidades y Dificultades* (SDQ) ha sido traducido a la mayoría de los idiomas y está disponible de manera gratuita. El SDQ proporciona información tanto de los problemas emocionales (como ansiedad y depresión), como de los problemas conductuales (como rabietas y agresión) (Goodman, 1997). El *Inventario Eyberg de Comportamiento en Niños* (ECBI) también es ampliamente utilizado, pero requiere el pago de una licencia.

Recientemente se han desarrollado dos instrumentos para recoger información de los padres: la *Escala de Adaptación Infantil y Eficacia Paterna* (CAPES) (Morawska et al, 2014), y la *Escala de Adaptación de Crianza y Adaptación Familiar* (PAFAS) (Sanders et al, 2014). Puede encontrar la versión en español de estos instrumentos en el Apéndice A.12.2; también existen versiones en inglés, portugués, turco y chino, todas disponibles gratuitamente. Por favor contacte al [primer autor](#) para recibir una copia de estas escalas.

Es importante saber que en muchos países de bajos ingresos los niveles de alfabetización oscilan entre el 30% y el 80%. Si los padres son analfabetos o si es difícil recopilar datos escritos de ellos, el conductor del programa puede dar a los padres una hoja de notas (como la del Apéndice A.12.1) para que estos puedan anotar la conducta de sus hijos durante un cierto período de tiempo y obtener una estimación de la frecuencia con la que ocurren ciertos problemas de comportamiento. Lo mejor es iniciar el registro antes de presentar estrategias, para conocer con exactitud el comportamiento basal. Muchos programas piden a los padres que observen el comportamiento del niño entre la primera y la segunda sesión. El padre también puede completar un formulario después de que la intervención haya concluido para verificar que los problemas han disminuido. Alternativamente, se puede pedir a los padres que muevan piedras de un frasco a otro cada vez que ocurre un problema y después contar las piedras en cada frasco al término de la semana para registrar la frecuencia de los problemas. También se puede recopilar información en profundidad a través de una entrevista. Asegúrese de reunir información sobre:

- El problema
- Dónde y cuándo es más probable que ocurra (p.ej., detalles contextuales del problema)
- Lo que piensan los padres que es la causa del problema
- Estrategias utilizadas en el pasado que no hayan tenido éxito
- Metas actuales de los padres.

Fidelidad al programa

La mayoría de los programas de parentalidad basados en la evidencia incluyen un manual para profesionales (y frecuentemente un entrenamiento certificado). Por esta razón, se les conoce como programas “manualizados”. La adherencia al manual con respecto a los conceptos clave, el contenido y la estructura, se conoce como la *fidelidad al programa*. Garantizar la fidelidad es importante, porque los programas son más eficaces cuando son realizados según lo prescrito y pueden no funcionar si no se aplican con fidelidad. Sin embargo, también es importante asegurar un buen ajuste entre el contenido del programa y las necesidades de los padres. Por lo tanto es crucial lograr un equilibrio entre fidelidad y flexibilidad (Mazzucchelli & Sanders, 2010).

Adaptación del contenido

Cuando se tiene una comprensión buena del problema a tratar, es aceptable hacer pequeñas adaptaciones al contenido del manual para ajustarse a las necesidades específicas de los padres y a sus expectativas culturales. Sin embargo, es importante tener claro qué modificaciones son de bajo riesgo y cuáles pueden ser de alto riesgo. Las adaptaciones de bajo riesgo incluyen cambios menores que hacen que el contenido sea localmente relevante, como modificar ejemplos o



[Pulse en la imagen para acceder al sitio web de Reach Up](#)

incluir actividades para romper el hielo, lo cual no afectará a los elementos básicos de la intervención. Las adaptaciones de alto riesgo son aquellas que modifican los componentes básicos de la intervención, como excluir el entrenamiento en una habilidad particular (p.ej., elogios o tiempo fuera). Para directrices y ejemplos, vea la Tabla A.12.5.

Dado que la mayoría de las intervenciones para los padres dependen de materiales escritos, también es importante considerar el nivel de alfabetización. Los estudios indican que padres con baja alfabetización o discapacidad intelectual pueden beneficiarse de intervenciones parentales modificadas (por ejemplo, Glazemakers & Deboutte, 2013). Cuando trabaje con padres analfabetos, considere usar un programa que se base en materiales de video doblados en el idioma local. Si no hay acceso a videos, considere el uso de juegos de rol para entrenar a los padres en una habilidad particular y proporcione tiempo adicional para la discusión en grupo. También puede incorporar ejemplos clave en historias familiares, para que resulten más fáciles de recordar a padres procedentes de culturas de transmisión oral del conocimiento. Cuando los padres están alfabetizados pero con bajo nivel de educación (es decir, sólo escuela primaria), los materiales escritos pueden ser adaptados para hacerlos más breves y fáciles de leer.

FORMACIÓN DE PROFESIONALES INTERVINIENTES

La mayoría de las intervenciones de parentalidad tienen un programa de formación bien establecido para acreditar a los profesionales para realizarlas. Sólo profesionales que reciben esta formación (generalmente 3 o 4 días) están acreditados para realizar la intervención. Este requisito tiene por objeto garantizar la calidad y la fidelidad de la intervención.

Existen intervenciones para padres disponibles en línea que no requieren que los monitores sean acreditados asistiendo a un curso. Un ejemplo es *Reach Up*, un programa de parentalidad en infancia temprana. Para poder ofrecer el programa, los monitores potenciales deben realizar una capacitación en línea gratuita. *Reach Up* es bastante intensivo y se ofrece como parte de las visitas domiciliarias para ayudar a los padres a mejorar el desarrollo de sus hijos. Existen varios ensayos que muestran que *Reach Up* ha sido efectivo en Jamaica y hay versiones disponibles en inglés, español, francés y bangladés (Grantham-McGregor & Walker, 2015).

Si bien la mayoría de los programas basados en teorías socio-cognitivas y conductuales sólo permiten entrenar como monitores a profesionales de la salud, existen varios ejemplos documentados en la literatura de otras intervenciones parentales que pueden ser realizadas por personas con formación técnica en el área o miembros cultos de la comunidad. No hay evidencia de que profesionales sanitarios obtienen mejores resultados que personas con formación técnica. El uso de personas con formación técnica no médica (también denominado “distribución de tareas”, véase el [Capítulo J.5 del Manual](#)) puede ser particularmente atractivo en países de bajos ingresos donde profesionales de la salud son escasos. La decisión sobre las credenciales necesarias para aquellos que realicen la intervención debe basarse en:

- La intervención elegida (p.ej., si el programa requiere que sólo pueden capacitarse profesionales de la salud)

- ¿Tiene alguna pregunta?
- ¿Comentarios?

Pulse aquí para acceder a la página de Facebook del Manual para compartir su visión acerca del capítulo con otros lectores, hacer preguntas a los autores o al editor, y hacer comentarios.

- Los recursos disponibles (p.ej., si existen fondos para pagar a los monitores)
- El número de familias que necesitan ser tratadas (p.ej., si el objetivo es abarcar un gran número de familias, usando interventores no profesionales puede ser más factible)
- La gravedad de los problemas (p.ej., psicólogos, psiquiatras y trabajadores de la salud están mejor preparados para tratar niños con problemas graves).

Relación coste-beneficio

Los programas de coste neutro (p.ej., el coste de implementación es similar al ahorro que se generaría al reducir los problemas de los niños) o de coste positivo (p.ej., el coste de implementación es menor que el ahorro que se generarían al reducir los problemas de los niños) deben ser elegidos primero. Una idea de los costes y el retorno de la inversión tras la aplicación de intervenciones parentales se pueden encontrar en sitios web como [Blueprints](#). Sin embargo, estos costes han sido calculados para un conjunto específico de programas en los Estados Unidos. Por lo que sabemos, no hay estudios de rentabilidad en países de bajos ingresos. En ausencia de esta información, para maximizar el impacto de los programas y mejorar la relación coste-beneficio se pueden utilizar las siguientes estrategias:

- Algunos programas pueden ser ofrecidos como seminarios en escuelas y entornos comunitarios; proporcionando información de parentalidad a tantos padres como sea posible en una única sesión reduce los costes y puede ayudar a identificar a aquellos que necesitan un apoyo más intensivo.
- Para llegar a padres con dificultades moderadas se pueden utilizar materiales de aprendizaje autodirigido, como folletos y videos.
- Algunas intervenciones en parentalidad pueden ser llevadas a cabo por personal educado no sanitario.

CONCLUSIONES

Los programas de parentalidad son percibidos cada vez más como una forma rentable de prevenir y tratar problemas emocionales y conductuales en niños. Una cantidad creciente de evidencia empírica apoya su efectividad. Al considerar utilizar un programa de parentalidad:

- Considere la situación particular de la familia específica mediante una evaluación integral para determinar si un programa de parentalidad sería útil o apropiado
- Asegúrese de que el programa elegido tenga en cuenta los factores de riesgo conocidos
- Es preferible ofrecer a los padres intervenciones que sean apropiadas al nivel de sus dificultades. En otras palabras, si ellos tienen dificultades menores, se les puede ofrecer una intervención breve y focalizada. Si las dificultades son más graves, se pueden ofrecer entonces sesiones adicionales con apoyo individual.
- Realice adaptaciones menores o de bajo riesgo para garantizar el ajuste cultural y contextual.

- Siga el progreso de la familia durante el curso de la intervención, utilizando su juicio clínico e instrumentos de evaluación adecuados
- Proporcione ayuda adicional, o derive a otros servicios a padres con otros problemas significativos (p.ej., depresión, violencia doméstica)
- Acceda a apoyo de pares y supervisión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Axberg U, Broberg AG (2012). Evaluation of “The Incredible Years” in Sweden: the transferability of an American parent-training program to Sweden. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53:224-232
- Baker-Henningham H, Walker S, Powell C et al (2009). A pilot study of the Incredible Years Teacher Training program and a curriculum unit on social and emotional skills in community pre-schools in Jamaica. *Child: Care, Health and Development*, 35:624-631
- Bandura A (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84:191-215.
- Baumann AA, Domenech Rodriguez MM, Amador NG et al (2014). Parent Management Training-Oregon Model (PMTO) in Mexico City: Integrating cultural adaptation activities in an implementation model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21:32-47
- Biglan A, Flay BR, Embry DD et al (2012). The critical role of nurturing environments for promoting human well-being. *American Psychologist*, 67:257-271
- Brinkmeyer MY, Eyberg SM (2003). Parent-child interaction therapy for oppositional children. In Weisz JR, Kazdin AE (eds) *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*. New York, NY: Guilford Press
- Dretzke J, Davenport C, Frew E et al (2009). The clinical effectiveness of different parenting programs for children with conduct problems: a systematic review of randomised controlled trials. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3:7
- Forgatch M (1994). *Parenting Through Change: A Training Manual*. Eugene: Oregon Social Learning Centre.
- Forgatch MS, Degarmo DS (2011). Sustaining fidelity following the nationwide PMTO implementation in Norway. *Prevention Science*, 12:235-246
- Forgatch S, Degarmo S (1999). Parenting through change: An effective prevention program for single mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67:711-724
- Furlong M, McGilloway S, Bywater T et al (2012). Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programs for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, Cd008225
- Gardner F, Montgomery P, Knerr W (2015). Transporting evidence-based parenting programs for child problem behavior (age 3–10) between countries: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 18:1-14
- Glazemakers I, Deboutte D (2013). Modifying the ‘Positive Parenting Program’ for parents with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57:616-626
- Goodman R (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38:581-586
- Grantham-Mcgregor S, Walker S (2015). *The Jamaican early childhood home visit intervention*. Early Childhood Matters. The Hague: Bernard van Leer Foundation.
- Haggerty KP, Mcglynn-Wright A, Klima T (2013). Promising parenting programs for reducing adolescent problem behaviors. *Journal of Children’s Services*, 8:229-243
- Jaffee SR, Harrington H, Cohen P et al (2005). Cumulative prevalence of psychiatric disorder in youths. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44:406-407
- Kaminski JW, Valle LA, Filene JH et al (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36:567-589
- Kazdin AE (1997). Parent management training: evidence, outcomes, and issues. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36:1349-1356
- Kazdin AE, Whitley MK (2003). Treatment of parental stress to enhance therapeutic change among children referred for aggressive and antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71:504-515
- Kendall PC, Hudson JL, Gosch E et al (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76:282-297
- Kumpfer KL, Molgaard V, Spoth R (1996). The Strengthening Families Program for the prevention of delinquency and drug use. In: Peters RDeV, McMahon RJ (eds) *Preventing Childhood Disorders, Substance Abuse, and Delinquency*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc
- Leung C, Heung K, Yiu I et al (2007). Evaluation of the effectiveness of the Parent Child Interaction Therapy (PCIT) in treating families with children with behavior problems in Hong Kong. *7th National Parent-child Interactive Therapy (PCIT) Conference*.
- Leung C, Sanders MR, Leung S et al (2003). An outcome evaluation of the implementation of the Triple P-Positive Parenting Program in Hong Kong. *Family Process*, 42:531-544

- Lundahl BW, Nimer J, Parsons B (2006). Preventing child abuse: A meta-analysis of parent training programs. *Research on Social Work Practice*, 16:251-262
- Matos M, Bauermeister JJ, Bernal G (2009). Parent-child interaction therapy for Puerto Rican preschool children with ADHD and behavior problems: a pilot efficacy study. *Fam Process*, 48, 232-52
- Matsumoto Y, Sofronoff K, Sanders MR (2010). Investigation of the effectiveness and social validity of the Triple-P Positive Parenting Program in Japanese society. *Journal of Family Psychology*, 24:87-91
- Mazzucchelli TG, Sanders MR (2010). Facilitating practitioner flexibility within an empirically supported intervention: Lessons from a system of parenting support. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17:238-252
- Mejia A, Calam R, Sanders MR (2012). A review of parenting programs in developing countries: Opportunities and challenges for preventing emotional and behavioral difficulties in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15: 163-175.
- Mejia A, Calam R, Sanders MR (2015a). A pilot randomized controlled trial of a brief parenting intervention in low-resource settings in Panama. *Prevention Science*, 16:707-717
- Mejia A, Ulph F, Calam R (2015b). An exploration of parents' perceptions and beliefs about changes following participation in a family skill training program: A qualitative study in a developing country. *Prevention Science*, 16:674-684
- Morawska A, Sanders MR, Haslam D et al (2014). Child Adjustment and Parent Efficacy Scale: Development and initial validation of a parent report measure. *Australian Psychologist*, 49:241-252
- Olds DL, Hill PL, O'Brien R et al (2003). Taking preventive intervention to scale: The nurse-family partnership. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10:278-290
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Preventing violence: Evaluating outcomes of parenting programs*
- Orte C, Ballester L, March MX et al (2013). The Spanish adaptation of the Strengthening Families Program. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84:269-273
- Oyserman D, Mowbray CT, Meares PA et al (2000). Parenting among mothers with a serious mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70:296-315
- Patterson GR (1982). *Coercive Family Process*. Eugene, OR: Castalia Publishing Co
- Petrenko CL (2013). A review of intervention programs to prevent and treat behavioral problems in young children with developmental disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 25
- Posthumus J, Raaijmakers MJ, Maassen G et al (2012). Sustained effects of Incredible Years as a preventive intervention in preschool children with conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40:487-500
- Prado G, Pantin H, Briones E et al (2007). A randomized controlled trial of a parent-centered intervention in preventing substance use and HIV risk behaviors in Hispanic adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75:914-926
- Prinz R, Sanders M, Shapiro C et al (2009). Population-based prevention of child maltreatment: The U.S. Triple P System Population Trial. *Prevention Science*, 10:1-12
- Sanders MR (2012). Development, evaluation, and multinational dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8:345-379
- Sanders MR, Morawska A, Haslam DM et al (2014). Parenting and Family Adjustment Scales (PAFAS): validation of a brief parent-report measure for use in assessment of parenting skills and family relationships. *Child Psychiatry & Human Development*, 45:255-272
- Sanders MR, Woolley ML (2005). The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: implications for parent training. *Child: Care, Health and Development*, 31:65-73
- Segrott J, Gillespie D, Holliday J et al (2014). Preventing substance misuse: study protocol for a randomised controlled trial of the Strengthening Families Program 10-14 UK (SFP 10-14 UK). *BMC Public Health*, 14:49
- Sigmarsdottir M, Degarmo DS, Forgatch MS et al (2013). Treatment effectiveness of PMTO for children's behavior problems in Iceland: assessing parenting practices in a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54:468-476
- Skinner BF (1965). *Science And Human Behavior*. Free Press
- Skotarczak L, Lee GK (2015). Effects of parent management training programs on disruptive behavior for children with a developmental disability: a meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities*, 38:272-287
- Sumargi A, Sofronoff K, Morawska A (2015). A randomized-controlled trial of the Triple P-Positive Parenting Program seminar series with Indonesian parents. *Child Psychiatry & Human Development*, 46:749-761
- Tellegen CL, Sanders MR (2013). Stepping Stones Triple P-Positive Parenting Program for children with disability: a systematic review and meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities*, 34:1556-1571
- UNODC, United Nations Office on Drugs and Crime (2009). *Compilation of Evidence-Based Family Skills Training Programs*
- Webster-Stratton C, Reid MJ (2015). The Incredible Years parents, teachers and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. In: weisz AE and Kazdin JR (eds) *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*. 2nd ed New York: Guilford Publications

Apéndice A.12.1

Hoja de Registro de Conducta

Instrucciones : Haga una marca en el cuadro correspondiente cada vez que se presente la conducta específica durante el día. Al final del día cuente cuántas marcas hay. Elija sólo una conducta para registrar en cada ocasión, y tenga claro cuál es exactamente dicha conducta antes de comenzar.

Conducta: Negarse a seguir instrucciones claras

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Total
Lunes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓							9
Martes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓									7
Miércoles	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓								8
Jueves	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						10
Viernes	✓	✓	✓	✓	✓	✓										6
Sábado	✓	✓	✓	✓												4
Domingo	✓	✓	✓	✓	✓											5
Total Semanal																49

Este tipo de hoja de registro puede ser utilizada para evaluar cuán frecuentemente ocurren ciertas conductas. En esta hoja de registro de ejemplo, el padre está evaluando con qué frecuencia el niño fracasa en seguir instrucciones. Cada vez que el niño dice "no" o se niega a hacer lo que el padre dice (p.ej. vistete), el padre anota una marca en el cuadro. En este ejemplo, podemos ver que el niño ha fracasado en seguir las instrucciones 9 veces el lunes, 7 veces el martes, y así sucesivamente. Se calcula un total semanal al final de la hoja, que muestra que durante la semana, el niño no siguió las instrucciones 49 veces. En este ejemplo, el niño fracasó 49 veces en seguir las instrucciones. Se esperaría que al término del programa de parentalidad, este número cayera drásticamente.

Hoja de Registro de Conducta

Instrucciones : Haga una marca en el cuadro correspondiente cada vez que se presente la conducta específica durante el día. Al final del día cuente cuántas marcas hay. Elija sólo una conducta para registrar cada vez.

Conducta: _____

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Total
Lunes																
Martes																
Miércoles																
Jueves																
Viernes																
Sábado																
Domingo																

Total Semanal: _____

Apéndice A.12.2

Escala de Adaptación Infantil y Eficacia Paterna (CAPES)* **

Por favor lea cada oración y seleccione un número 0, 1, 2 o 3 que indique cuán cierta es la oración con respecto a su hijo/a (de 2 a 12 años) **durante las últimas cuatro (4) semanas**. Después, usando la escala provista, escriba al lado de la oración el número que mejor describa qué tan confiado/a se siente de que usted puede lidiar con el comportamiento de su hijo, aún cuando sea un comportamiento que ocurre sólo en raras ocasiones o que no le preocupa.

No hay respuestas correctas o incorrectas. No pierda mucho tiempo entre una u otra oración.

Ejemplo:

Mi hijo:							
Se altera o enoja cuando él/ella no se sale con la suya	0	1	2	3		9	

La escala de clasificación es:

0. No es cierto en lo absoluto con respecto a mi hijo/a
1. Un poco o algunas veces cierto con respecto a mi hijo/a
2. Bastante cierto o en muchas ocasiones con respecto a mi hijo/a
3. Muy cierto o en la mayoría de las veces respecto a mi hijo/a

Escala de Adaptación Infantil y Eficacia Paterna (CAPES)* **

Mi hijo/a:	¿Cuán cierto es la oración respecto a su hijo/a?				Califique su confianza del 1 al 10		
	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	1 = No lo puedo hacer 10 = Sí lo puedo hacer		
1. Se altera o se enoja cuando él/ella no se sale con la suya	0	1	2	3			
2. Se niega a realizar tareas o trabajos cuando se le pide	0	1	2	3			
3. Se preocupa	0	1	2	3			
4. Tiene rabieta (pataletas)	0	1	2	3			
5. Se porta mal a la hora de comer	0	1	2	3			
6. Discute o se pelea con otros niños, o con sus hermanos o hermanas	0	1	2	3			
7. Rechaza comerse la comida	0	1	2	3			
8. Se demora mucho en vestirse	0	1	2	3			
9. Me lastima a mí o a otros(p.e., pega, empuja, araña, muerde)	0	1	2	3			
10. Interrumpe cuando estoy hablando con otros	0	1	2	3			
11. Parece temeroso y asustado	0	1	2	3			
12. Tiene dificultad en entretenerse sin la atención de un adulto							
13. Pega gritos, chillidos o es escandaloso	0	1	2	3			
14. Lloriquea o se queja	0	1	2	3			
15. Tiene una actitud desafiante cuando se le pide que haga algo	0	1	2	3			
16. Lloro más que otros niños/as de la edad	0	1	2	3			
17. Me responde en forma grosera	0	1	2	3			
18. Aparenta estar descontento/a o triste	0	1	2	3			
19. Tiene dificultad para organizar tareas y actividades	0	1	2	3			
20. Se entretiene sin la constante atención de un adulto	0	1	2	3			
21. Cooperar a la hora de dormir	0	1	2	3			
22. Puede realizar tareas pertinentes a su edad por sí solo/a	0	1	2	3			
23. Sigue las reglas y límites							
24. Se lleva bien con los miembros de la familia	0	1	2	3			
25. Es bondadoso y servicial con los demás	0	1	2	3			
26. Expresa sus puntos de vista, ideas y necesidades apropiadamente	0	1	2	3			
27. Sigue las instrucciones de los adultos	0	1	2	3			

*Sanders et al, 2014. **Por sus siglas en inglés

Pauta de Corrección para el CAPES

Escala de Problemas Emocionales y Conductuales: 27 ítems (escala de clasificación 0 a 3). Nótese que los ítems sombreados (en negrita) deben puntuarse en forma reversa (p.e., 0=3, 1=2, 2=1, 3=0). Para obtener la *Puntuación de la Subescala Problemas Emocionales*, debe sumar los ítems 3, 11, 18, con un rango posible de 0 a 9. Para obtener la *Puntuación de la Subescala Problemas Conductuales*, debe sumar todos los ítems restantes, con un rango posible de 0 a 72. Para obtener la *Puntuación de Intensidad Total*, debe sumar la *Puntuación de la Subescala Problemas Emocionales* y la *Puntuación de la Subescala Problemas Conductuales*, con un rango posible de 0 a 81. Una mayor puntuación indica un mayor nivel de problemas emocionales o conductuales en el niño.

Escala de Eficacia Parental: debe sumar todas las respuestas de confianza parental (escala de clasificación 1 a 10). Nótese que no hay respuestas de confianza parental en los ítems sombreados. El rango posible para la *Puntuación Total* es de 19 a 190, donde a mayor puntuación, mayor nivel de eficacia parental.

ÍTEM	Puntuación reversa ítems sombreados (p.e. 0=3, 1=2, 2=1, 3=0)	AUTOEFICACIA PARENTAL
Problemas Emocionales		
	3	
	11	
	18	
Problemas Conductuales		
	1	
	2	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	12	
	13	
	14	
	15	
	16	
	17	
	19	
	20	
	21	
	22	
	23	
	24	
	25	
	26	
	27	

Puntuación Intensidad
Total

Escala de Adaptación de Crianza y Adaptación Familiar (PAFAS)*

Por favor lea cada oración y seleccione un número 0, 1, 2 o 3 que indique cuán cierta es la oración **durante las últimas cuatro (4) semanas**. No hay respuestas correctas o incorrectas. No pierda mucho tiempo en una u otra oración.

Ejemplo:				
Si mi hijo/a no hace lo que le pido, me rindo y lo hago yo mismo/a.	0	1	2	3

La escala de clasificación es:

0. No es cierto en lo absoluto con respecto a mí
1. Un poco o algunas veces cierto con respecto a mí
2. Bastante cierto o en muchas ocasiones con respecto a mí
3. Muy cierto o en la mayoría de las veces con respecto a mí

	¿Cuán cierta es la oración respecto a usted?			
	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
1. Si mi hijo/a no hace lo que le pido, me rindo y lo hago yo mismo/a	0	1	2	3
2. Complazco a mi hijo/a con un premio o actividad de diversión por haberse portado bien	0	1	2	3
3. Yo cumplo con la consecuencia programada (p.e. quitarle un juguete a él/ella) cuando mi hijo/a se porta mal	0	1	2	3
4. Amenazo a mi hijo/a con algo (p.e. que apague la televisión) por su mal comportamiento, pero después no cumplo con la amenaza.	0	1	2	3
5. Grito o me enojo con mi hijo/a cuando él/ella se porta mal	0	1	2	3
6. Alabo a mi hijo/a cuando se porta bien	0	1	2	3
7. Hago sentir mal o culpable a mi hijo/a a propósito por portarse mal para darle una lección	0	1	2	3
8. Le doy atención a mi hijo/a con un abrazo, un guiño de ojo, sonrisa o beso cuando él/ella se porta bien	0	1	2	3
9. Le doy unas nalgadas a mi hijo/a cuando se porta mal	0	1	2	3
10. Discuto con mi hijo/a sobre su mal comportamiento o actitud	0	1	2	3
11. Soy consistente cuando trato con el mal comportamiento de mi hijo/a	0	1	2	3
12. Cedó ante las demandas de mi hijo/a cuando él/ella se digusta o altera	0	1	2	3
13. Me enojo con mi hijo/a	0	1	2	3
14. Converso/hablo con mi hijo/a	0	1	2	3
15. Disfruto al abrazar, besar y acurrucar a mi hijo/a	0	1	2	3
16. Estoy orgulloso/a de mi hijo/a	0	1	2	3
17. Disfruto pasar tiempo con mi hijo/a	0	1	2	3
18. Tengo una buena relación con mi hijo/a	0	1	2	3
19. Me siento estresado/a o preocupado/a	0	1	2	3
20. Me siento feliz	0	1	2	3
21. Me siento triste o deprimido/a	0	1	2	3
22. Me siento satisfecho/a con mi vida	0	1	2	3
23. Sobrellevo las exigencias emocionales de ser padre/madre	0	1	2	3
24. Los miembros de nuestra familia se ayudan y apoyan unos a otros	0	1	2	3
25. Los miembros de nuestra familia se llevan bien entre sí	0	1	2	3
26. Los miembros de nuestra familia pelean o discuten	0	1	2	3

	¿Cuán cierta es la oración respecto a su hijo?			
	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
Si usted se encuentra en una relación de pareja, por favor conteste las siguientes 3 preguntas:				
1. Yo trabajo como un equipo con mi pareja en la crianza	0	1	2	3
2. Yo estoy en desacuerdo con mi pareja sobre la crianza	0	1	2	3
3. Yo tengo una buena relación con mi pareja	0	1	2	3

27. Los miembros de nuestra familia se critican entre sí	0	1	2	3
--	---	---	---	---

*Morawska et al, 2014. **Por sus siglas en inglés.

Pauta de Corrección para el PAFAS

Los 30 ítems se puntúan de 0 a 3. Nótese que los ítems en negrita en la pauta de corrección a continuación deben puntuarse en forma reversa (i.e. 0=3, 1=2, 2=1, 3=0) antes de sumar la Puntuación Total para cada subescala. Para más información respecto a la codificación de los ítems, por favor ver la Tabla 2 a continuación. La PAFAS consiste en dos subescalas: Crianza y Adaptación Familiar. La subescala Crianza incluye cuatro subescalas, y la subescala Adaptación Familiar incluye 3 subescalas, que pueden ser interpretadas utilizando la tabla a continuación.

ESCALA	ÍTEMS	INTERPRETACIÓN	RANGO POSIBLE
PAFAS Crianza			
Consistencia parental	1,3,4,11,12	Mayor puntuación indica menor nivel de consistencia	0-15
Crianza coerciva	5,7,9,10,13	Mayor puntuación indica menor crianza coerciva	0-15
Estimulación positiva	2,6,8	Mayor puntuación indica menor nivel de estimulación positiva	0-9
Relación padre-hijo	14,15,16,17,18	Mayor puntuación indica peor relación padre-hijo	0-15
PAFAS Adaptación familiar			
Adaptación parental	19,20,21,22,23	Mayor puntuación indica peor adaptación parental	0-15
Relaciones familiares	24,25,26,27	Mayor puntuación indica peores relaciones familiares	0-12
Trabajo en equipo parental	28,29,30	Mayor puntuación indica peor trabajo en equipo parental	0-9

Codificación de los ítems

Ítem	Ítem
PAFAS Crianza	PAFAS Adaptación Familiar
1	19
2	20
3	21
4	22
5	23
6	24
7	25
8	26
9	27
10	28
11	29
12	30
13	
14	
15	
16	
17	
18	

Apéndice A.12.3

EJERCICIOS DE APRENDIZAJE AUTODIRIGIDO Y AUTOEVALUACIÓN

PSM A.12.1 *¿Cuál de los siguientes es un componente clave en los programas de parentalidad eficaces?*

- A. Tiempo fuera
- B. Seguimiento telefónico
- C. Involucrar a los niños en la intervención
- D. Un cuaderno de trabajo para los padres
- E. Alfabetización de los padres

PSM A.12.2 *¿De qué tipo de programa de parentalidad puede beneficiarse una madre que tiene un hijo que en general se comporta bien, pero en ocasiones responde irrespetuosamente?*

- A. Centrado en el tratamiento
- B. De tipo preventivo
- C. Combinado
- D. Visitas domiciliarias
- E. Psicoeducación

PSM A.12.3 *¿Los programas de parentalidad eficaces se basan típicamente en cuál de los siguientes?*

- A. Teoría de la coerción
- B. Teoría de la autorrealización
- C. Teoría psicoanalítica
- D. Teoría de la responsividad cultural
- E. Teoría cognitiva

PSM A.12.4 *En un grupo de padres, se le enseña a un padre la importancia de mostrar afecto físico a los niños. El padre dice que no puede besar a su hija, ya que no es culturalmente apropiado. ¿Qué debería hacer el profesional?*

- A. Recomendarle que bese a su hija aún cuando no se sienta cómodo
- B. Validar su preocupación y decir que no tiene que mostrar afecto físico si no se siente cómodo
- C. Incitar al padre a pensar en formas culturalmente apropiadas de mostrar afecto físico con las que él estaría más cómodo
- D. Preguntar a la madre si ella puede mostrar afecto físico en lugar del padre
- E. Buscar consejo en los ancianos

PSM A.12.5 *De los siguientes enunciados, ¿Cuál podría ser considerado una modificación de alto riesgo cuando se implementa un programa de parentalidad?*

- A. Dejar fuera la sección del programa que enseña a los padres la técnica del tiempo fuera
- B. Cambiar los ejemplos del cuaderno de trabajo por otros que sean más aplicables a la realidad local de los padres
- C. Dedicar tiempo extra a temas específicos
- D. Añadir sesiones adicionales
- E. Acortar algunas sesiones

RESPUESTAS

PSM A.12.1 Respuesta: A

PSM A.12.2 Respuesta: B

PSM A.12.3 Respuesta: A

PSM A.12.4 Respuesta: C

PSM A.12.5 Respuesta: A