



## Eficacia de un programa de entrenamiento para padres destinado a mejorar la comunicación oral y la conducta de sus hijos: un estudio preliminar<sup>1</sup>

Jose Antonio Puertas González<sup>2</sup>; María Ruiz Castilla<sup>3</sup>; María Dolores Fresneda López<sup>4</sup>; Juan Francisco Godoy García<sup>5</sup>

Recibido: 27 de noviembre de 2018 / Aceptado: 5 de marzo de 2019

**Resumen.** El objetivo del presente estudio fue diseñar, aplicar y analizar la eficacia de un programa de entrenamiento para padres, destinado a la mejora de las dificultades en el habla y/o el lenguaje y también dirigido al tratamiento y la prevención de problemas de conducta, en niños desde los 3 años hasta los 5 años y 11 meses de edad. Se llevó a cabo un estudio cuasi-experimental con un grupo experimental (10 familias) y un grupo control (7 familias). Las familias se seleccionaron del Colegio de Educación Infantil y Primaria Elena Martín Vivaldi (Granada) y el programa se compuso por 12 sesiones. Los dos grupos fueron evaluados antes y después del programa. El grupo experimental mejoró su comportamiento en comparación con el grupo control, además, ambos grupos incrementaron sus puntuaciones en diversos instrumentos de evaluación del lenguaje. Sin embargo, únicamente el grupo que recibió la intervención presentó mejoría en la dimensión contenido del lenguaje, a través de la Prueba de Lenguaje Oral de Navarra Revisada. El presente estudio aporta evidencia preliminar sobre la eficacia del programa en la mejora del comportamiento y el lenguaje en niños de preescolar, no obstante, son necesarios más estudios.

**Palabras clave:** problemas de conducta; dificultades del habla; dificultades del lenguaje; entrenamiento para padres.

## Efficacy of a training program for parents to improve oral communication and the behavior of their children: a preliminary study

**Abstract.** The objective of the present study was to design, apply and analyze the effectiveness of a training program for parents, aimed at improving difficulties in speech and / or language and aimed at the treatment and prevention of behavior problems, in children from 3 years to 5 years and 11 months old. A quasi-experimental study was carried out with an experimental group (10 families) and a control group (7 families). The families were selected from the Elena Martín Vivaldi Infant and Primary School (Granada) and the program was composed of 12 sessions. The two groups were evaluated before and after the program. The experimental group improved their behavior in comparison with the control group,

<sup>1</sup> Agradecimientos a la Universidad de Granada por financiar el presente estudio a través de la Beca de Iniciación a la Investigación para Másteres Oficiales 2017/2018.

<sup>2</sup> Universidad de Granada (autor correspondencia). <https://orcid.org/0000-0002-1378-0427>. [jpuertasgonzalez@gmail.com](mailto:jpuertasgonzalez@gmail.com)

<sup>3</sup> Universidad de Granada

<sup>4</sup> Universidad de Granada

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4863-0733>

<sup>5</sup> Universidad de Granada

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1234-5703>

in addition, both groups increased their scores in various language assessment instruments. However, only the group that received the intervention presented improvement in the content dimension of the language, through the *Prueba de Lenguaje Oral de Navarra Revisada*. This study provides preliminary evidence on the effectiveness of the program in improving behavior and language in preschool children, however, more studies are needed.

**Key words:** behavior problems; speech difficulties; language difficulties; training for parents.

**Cómo citar:** Puertas, J.A.; Ruiz, M., Fresneda, M<sup>a</sup>.D.; Godoy, F. (2019). Eficacia de un programa de entrenamiento para padres destinado a mejorar la comunicación oral y la conducta de sus hijos: un estudio preliminar. *Revista de Investigación en Logopedia*, 9(2), 107-127.

## Introducción

La aproximación sociointeraccionista señala al adulto como agente principal en el proceso de desarrollo de conocimiento del niño (Vigotsky, 1986). Por lo tanto, desde dicha perspectiva el desarrollo está influenciado directamente por el rol que desempeñan los adultos significativos para él. En el caso del lenguaje, un input deficitario por parte de los cuidadores ha demostrado ser un facilitador para la aparición de patologías de la comunicación (Acosta y Moreno, 1999). Mientras que, un mal uso de las contingencias en relación al comportamiento del niño puede desembocar en la aparición de trastornos de la conducta. Por lo tanto, la aproximación interaccionista en relación a la intervención en niños aboga por incluir a los padres o cuidadores en el proceso de intervención, teniendo estos diferentes grados de implicación dependiendo del planteamiento del tratamiento (para una revisión ver: Lozano, Conesa y Luque, 2009). Además, los enfoques enmarcados en la visión interaccionista hacen especial hincapié en la detección y atención temprana de las patologías, lo que implica mayor participación de las familias, para paliar o reducir los trastornos y las consecuencias de los mismos a largo plazo (Lozano, Conesa y Luque, 2009).

El comportamiento disruptivo en niños se caracteriza principalmente por conductas de oposición, incumplimiento de normas, agresividad y comportamientos antisociales. Los diagnósticos más frecuentes en los que desembocan dichas conductas son el Trastorno de Conducta (TC) y el Trastorno Negativista Desafiante (TND) (American Psychiatric Association, 2013; Kaminski y Claussen, 2017). Se ha estimado que entre 2007 y 2008, el 4.6% de niños que tenían entre 3 y 17 años habían presentado un TND o un TC, mientras que el 3.5% lo experimentaba en ese momento (Perou et al., 2013).

Por otro lado, se ha estimado que entre el 16% y el 21% de niños de 5 años de edad presentan dificultades en el habla o en el lenguaje y de ellos un 50% experimentan alteraciones en ambas áreas (Reilly et al., 2010). La aparición de dificultades en el habla y el lenguaje en niños es frecuente e interfieren en diversas áreas del desarrollo, especialmente en el desarrollo social y académico (McCormack, Mcleod, Mcallister y Harrison, 2009).

Además, las dificultades en la capacidad de comunicarse de manera óptima se han encontrado constantemente asociadas con problemas de conducta en niños y adolescentes. En esta línea, es bien sabido que la presencia de déficits en la capacidad del lenguaje puede desembocar en dificultades para comunicarse con sus pares y finalmente en problemas posteriores de comportamiento (Beitchman et al., 2001; Silva, Williams y McGee, 1987) y delincuencia (Brownlie et al., 2004). En la literatura, se encuentran diversos estudios longitudinales de niños con dificultades del habla y el lenguaje que han demostrado estas relaciones (Lindsay, Dockrell y Strand,

2007; St Clair, Pickles, Durkin y Conti-Ramsden, 2011). Concretamente, Petersen et al. (2013) han demostrado que las alteraciones en el lenguaje predicen el posterior desarrollo de problemas de conducta externalizantes, lo cual es consistente con otros estudios (Yew y O'kearney, 2013). Las conductas externalizantes constituyen falta de atención, problemas relacionados con desobediencia, agresividad y conducta delictiva, mientras que las internalizantes ansiedad, depresión y problemas somáticos (Achenbach, Edelbrock y Howell, 1987).

Se han propuesto diversas teorías explicativas sobre la relación entre los problemas de conducta y el lenguaje. Keenan y Shaw (1997, 2003) expusieron que el desarrollo del lenguaje podría influir en la aparición de problemas de conducta debido a que las alteraciones en las habilidades comunicativas pueden alterar el proceso de socialización del individuo. Por un lado, los padres podrían emplear más el diálogo y el razonamiento con niños que presentan un buen repertorio de habilidades lingüísticas, mientras que emplearían más técnicas de castigo con los que presentan dificultades en el habla y el lenguaje. Además, los niños con dichas alteraciones pueden manifestar comportamientos disruptivos debido a la frustración generada por los déficits para comunicarse de manera óptima. Esta teoría podría explicar parcialmente las diferencias en relación al género en el desarrollo de los problemas de conducta, ya que los varones son más tardíos en el desarrollo del lenguaje que las niñas y, éstos, tienen una prevalencia mayor en dichos problemas (Keenan y Shaw, 1997, 2003; Lahey y Waldman, 1999, 2005). Por otro lado, las alteraciones en el proceso comunicativo pueden conducir al desarrollo de problemas de conducta como resultado del rechazo entre iguales (Menting, van Lier y Koot, 2011).

En la actualidad, es posible formar a los padres y madres a través de programas de entrenamiento, y así, aportarles habilidades y conocimientos que les capaciten para paliar los problemas en el comportamiento y las dificultades en el habla y el lenguaje de sus hijos en el ambiente natural. Este enfoque permite a los padres empoderarse en su rol paterno, repercutiendo positivamente en el bienestar del niño y en su desarrollo, a diferencia de lo que se fomenta en un tratamiento enfocado directamente en el niño (Rey, 2006). Esta modalidad, enfocada en los padres, es denominada Entrenamiento a Padres (EP) y comenzó a desarrollarse en la década de 1970. El EP presenta varias ventajas en relación al enfoque tradicional de intervención psicológica infantil (McMahon, 1991; Thorley y Yule, 1982): (1) fortalece el papel de crianza del padre y de la madre, dotándolos de herramientas para afrontar con éxito los retos que pueden presentarles sus hijos y previniendo, de esta forma, la aparición de problemas de comportamiento posteriores; (2) se enmarca en un modelo ecológico a diferencia del enfoque tradicional, siendo beneficioso puesto que los problemas de conducta aparecen principalmente en el ambiente natural del niño; y (3) es posible implementarse de manera grupal, constituyendo una buena relación entre costes y beneficios. Además, emplea técnicas de intervención con un respaldo empírico amplio.

Por otro lado, la eficacia de los programas de EP, que tienen como objetivo mejorar la conducta de sus hijos, ha sido ampliamente estudiada (Brestan y Eyberg, 1998; Richardson y Joughin, 2002; Reyno y McGrath, 2006; Robles y Romero, 2011). Diversas revisiones y meta-análisis demuestran que dichos programas son intervenciones eficaces para la mejora de la comunicación entre los hijos y los padres (Lundhal, Risser y Lovejoy, 2006; Maughan, Christiansen, Jenson, Olympia y Clark, 2005), en el desarrollo de cambios positivos en la conducta de los padres y de los niños (Sampers, Anderson, Hartung y Scambler, 2001), en la reducción de problemas de

conducta en el niño (Barlow y Stewart-Brown, 2000), en el aumento de habilidades de afrontamiento parentales (Dimond y Hide, 1999), así como para la prevención de diferentes psicopatologías, por ejemplo: en la disminución del estrés parental (Rey, 2006) y de la depresión posparto (Robles y Romero, 2011).

Además, esta modalidad de intervención ha mostrado beneficios superiores a otras formas de intervención en el ámbito familiar, tales como los programas a domicilio, programas con base en la terapia multisistémica o programas sociales (Farrington y Welsh, 2003). De hecho, Brestan y Eyberg (1998), en su revisión, la identifican como la forma de intervención mejor establecida en relación a diversos tratamientos psicosociales.

En relación a las dificultades del habla y el lenguaje, las revisiones llevadas a cabo por Law et al. (2003), Roberts y Kaiser (2011) y Tosh, Arnott y Scarinci (2017) aportan evidencia preliminar para la eficacia de las EP. Concretamente, el meta-análisis realizado por Roberts y Kaiser (2011), ha mostrado que la intervención en el lenguaje realizada por los padres muestra resultados positivos en las dificultades de los niños en dicha área. Sin embargo, es conveniente mencionar que 7 de los 18 estudios que revisaron incluían resultados investigados específicamente con niños con síndrome de Down, autismo y déficits intelectuales, lo que dificulta la generalización de los resultados en otras poblaciones.

Por otro lado, Law et al. (2003) sí aportaron información sobre los beneficios del EP, concluyendo que no había diferencias significativas en los beneficios terapéuticos que aporta la terapia tradicional en comparación con el tratamiento llevado a cabo por los padres como agentes principales de la intervención.

Por otra parte, Tosh, Arnott y Scarinci (2017) han realizado una revisión en la cual han concluido que el EP es más efectivo que la no intervención y que, a nivel general, la terapia tradicional y el EP son igualmente efectivas. Además, el EP es rentable y los usuarios muestran altos niveles de satisfacción con dicho modelo de prestación de servicios tras recibirlo. Finalmente, concluyen que la terapia tradicional y el EP son comparables en eficacia, siempre que se proporcionen dosis e intensidades similares (Tosh, Arnott y Scarinci, 2017).

Puesto que, diversos estudios previos han demostrado la eficacia de diversos programas de entrenamiento para padres dirigidos a mejorar el habla y/o el lenguaje de sus hijos y programas de entrenamiento para mejorar o prevenir problemas de comportamiento, pero no de la eficacia de un programa que integre ambos objetivos, se hace necesaria la creación y validación de un programa que englobe ambas áreas del desarrollo. En el presente estudio se plantea el siguiente objetivo general: analizar la eficacia de un programa de entrenamiento para padres, destinado a la mejora de las dificultades en el habla y/o el lenguaje y también dirigido al tratamiento y la prevención de problemas de conducta, en niños desde los 3 años hasta los 5 años y 11 meses de edad. Para ello, se ha elaborado y aplicado un programa de entrenamiento para padres y se han comparado los resultados con un grupo control.

Las hipótesis que se han planteado han sido las siguientes:

- Los niños que participarán en el programa, en comparación con los niños del grupo control, presentarán una mejoría significativa tras el mismo en los resultados de los instrumentos de evaluación del comportamiento.
- Los niños que participarán en el programa, en comparación con los niños del grupo control, mostrarán una mejoría significativa tras el mismo en los resultados de las pruebas de evaluación del habla y el lenguaje.

## Método

Se llevó a cabo un estudio cuasi-experimental con un grupo experimental el cual recibió la intervención y un grupo control que no la recibió.

### Diseño del programa y objetivos específicos

El protocolo de intervención se construyó teniendo en cuenta los programas eficaces de entrenamiento para padres existentes en la literatura destinados a mejorar el habla y/o el lenguaje en niños y en los programas eficaces focalizados en solventar los problemas de comportamiento (los programas empíricamente validados y seleccionados se pueden ver en: Puertas, Ruiz y Godoy, 2018). En relación al habla y el lenguaje, se pretendió abarcar las cuatro dimensiones fundamentales del lenguaje: la fonología, la semántica, la morfosintaxis y la pragmática.

Así, el programa elaborado contó con 12 sesiones divididas en 7 módulos, donde se trabajaban los siguientes objetivos específicos (véase Tabla 1).

Módulos	Sesiones	Objetivos	Tareas para casa
Módulo 1. Presentación del programa	1 <sup>a</sup>	-Presentar los contenidos del programa y los beneficios de la lectura de cuentos.	-Lectura de dos cuentos a sus hijos (esta actividad es permanente durante todo el programa)
Módulo 2. El desarrollo del lenguaje y pautas de comunicación asertivas.	2 <sup>a</sup>	-Enseñar las etapas de desarrollo del lenguaje, técnicas de estimulación oral y características de la asertividad.	-Practicar las técnicas de estimulación oral y de asertividad.
Módulo 3. Discriminación auditiva, sistema bucofonatorio, la fonología y principios conductuales básicos.	3 <sup>a</sup>	-Enseñar cómo entrenar la discriminación auditiva y explicar los tipos de estilos de crianza que se han descrito y sus características y consecuencias.	-Entrenar la discriminación auditiva con sonidos de instrumentos y palabras de pronunciación similar, así como, practicar las características de un estilo de crianza democrático.
	4 <sup>a</sup>	-Enseñar cómo mejorar el tono y la fuerza del sistema bucofonatorio y enseñar las principales técnicas de modificación de conducta.	-Practicar las praxias orofaciales con el niño y practicar las técnicas de modificación de conducta.
	5 <sup>a</sup>	-Enseñar a promover la correcta articulación de los fonemas y la conciencia fonológica. Profundizar en las técnicas de refuerzo y el reflejo un habla adecuada o parafraseo, la imitación y la descripción del comportamiento del niño.	-Practicar ejercicios de segmentación de palabras y entrenar los fonemas con dificultades. Practicar las técnicas de refuerzo.

Módulo 4. El contenido del lenguaje y pautas de castigo.	6 <sup>a</sup>	-Enseñar cómo aumentar el vocabulario del niño y cómo se deben emplear las técnicas de castigo.	-Realizar distintos ejercicios para ampliar el vocabulario, tales como el “veo-veo” o jugar con adivinanzas y emplear las técnicas de castigo si el niño se comporta de manera disruptiva.
Módulo 5. La morfosintaxis, el moldeamiento y órdenes y límites.	7 <sup>a</sup>	-Enseñar a entrenar: verbos en presente y en pasado, preposiciones, flexiones nominales del plural y artículos. Y revisión de dudas de las técnicas de modificación de conducta.	-Entrenar con el niño lo visto en la sesión con títeres y láminas.
	8 <sup>a</sup>	-Enseñar a entrenar: pronombres, demostrativos y posesivos, auxiliares, conjunciones, adjetivos y comparativos y superlativos. Y cómo emplear el modelado de conducta.	-Enseñar lo visto en la sesión con títeres y láminas y practicar el moldeamiento.
	9 <sup>a</sup>	-Enseñar distintas actividades para mejorar la comprensión y explicar cuándo son necesarias las órdenes y los límites y cómo imponerlos.	-Realizar ejercicios de dibujar siguiendo directrices, incorporar frases absurdas en el día a día para comprobar si el niño las detecta, dar órdenes compuestas, etc. Practicar ponerle límites al niño si es necesario y la emisión de órdenes efectivas.
Módulo 6. El uso del lenguaje, la autoestima y la independencia.	10 <sup>a</sup>	-Enseñar cómo entrenar la comunicación pragmática del niño y dar pautas para que el niño desarrolle una autoestima sana.	-Realizar ejercicios de role-playing, teléfono imaginario e inventar historias. Practicar las pautas indicadas para desarrollar una autoestima sana en el niño.
	11 <sup>a</sup>	-Enseñar cómo se puede entrenar al niño para que identifique las emociones y las exprese. Explicar los beneficios de promover la independencia en el niño.	-Dibujar caras que expresen distintas emociones con el niño, ver cortos animados focalizados en las emociones y hablar de las emociones a diario. Practicar las pautas dadas para desarrollar la independencia en el niño.
Módulo 7. Recapitulación y despedida.	12 <sup>a</sup>	-Integrar los conocimientos y técnicas vistas durante el programa.	

El procedimiento de las sesiones fue el mismo en cada una de ellas. Se comenzó las sesiones (a excepción de la primera) revisando las tareas para casa y resolviendo las posibles dudas que podían haber aparecido. Posteriormente, se prosiguió presentando los objetivos y el tema a tratar en la sesión presente. El paso siguiente, fue comenzar con una breve explicación sobre el tema a tratar (definiciones, conceptos

básicos, etc.), así como, una exposición breve de las tareas para casa y la justificación de las mismas. Tras presentar el tema, una exposición breve de las tareas y la justificación que avala su uso, se explicó detalladamente cómo se debían llevar a cabo dichas tareas de una manera óptima a través del modelado y ejemplos. Finalmente, se cerraba la sesión con una ronda de preguntas, un debate y aclarando las dudas que podían presentar los participantes. Además, los participantes contaban con un grupo de Whatsapp a través del que podían contactar con el terapeuta entre las sesiones, para resolver inquietudes y dudas en relación a las tareas para casa.

## Participantes

Los participantes del programa fueron seleccionados del Colegio de Educación Infantil y Primaria Elena Martín Vivaldi (Granada). El criterio de inclusión de los participantes en el programa consistió en que los niños debían de estar recibiendo terapia del habla y/o del lenguaje en el propio colegio (intervención tradicional impartida por el maestro de audición y lenguaje), derivados por el equipo de orientación educativa y, además, tener una edad comprendida entre 3 años y 5 años y 11 meses.

Así, en el estudio participaron 17 niños de nacionalidad española y las familias de los mismos, uno de los padres de cada uno de ellos. Se incorporaron al grupo experimental los participantes que tenían disponibilidad para asistir a las sesiones programadas. Finalmente, el grupo experimental quedó constituido por 10 sujetos y el grupo control por 7 sujetos. Es conveniente mencionar que un niño del grupo experimental estaba diagnosticado de Trastorno del Espectro de Autismo y otro de Síndrome de X Frágil (American Psychiatric Association, 2013).

## Instrumentos de medida

Se diseñó y aplicó un cuestionario inicial a los padres de los niños que participaron en el estudio, con el objetivo de recoger diversos datos sociodemográficos tales como: edad, sexo, número de hermanos, formación de los padres y ocupación, entre otros y distintos datos de interés: datos del desarrollo evolutivo del niño (embarazo, parto y desarrollo durante el primer año) y circunstancias actuales (como por ejemplo, en lo relacionado con la comunicación y el lenguaje o con las dificultades de aprendizaje). Además, se utilizaron distintas pruebas psicométricas para evaluar a los padres y a los niños. Concretamente, los padres de los niños fueron evaluados a través de las siguientes pruebas:

*Inventario del Comportamiento de Niños(as) de 1½-5 Años para Padres (CBCL 1 ½ - 5)* (Achenbach y Rescorla, 2000). Se empleó la versión española. Esta prueba tiene como objetivo medir la percepción parental de un grupo de problemas conductuales, emocionales y sociales del hijo/a. Las puntuaciones de los ítems son sumadas constituyendo un puntaje de externalización e internalización, puntaje total, y 13 puntuaciones correspondientes a las escalas: reactividad emocional, ansiedad-depresión, quejas somáticas, comportamiento evitativo, problemas de sueño, problemas de atención, comportamiento agresivo, problemas de estrés, problemas afectivos, problemas de ansiedad, problemas generalizados del desarrollo, Trastorno por Défi-

cit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y TND. El coeficiente de alfa de Cronbach oscila entre 0.81 y 0.95.

*Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ)* (Goodman, 1997). El cuestionario cuenta con cinco escalas referidas al comportamiento y las emociones de los niños: características emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con los compañeros y comportamiento prosocial. Los estudios han demostrado buena fiabilidad y validez. El promedio para las subescalas del alfa de Cronbach es de 0.73 (Goodman, Ford, Simmons, Gatward y Meltzer, 2003; Stone, Otten, Engels, Vermulst y Janssens, 2010).

*Escala de Asertividad* (Rathus, 1973). Se empleó la adaptación española (Carasco, Clemente y Llavona, 1984). La escala tiene como objetivo evaluar el cambio conseguido en los programas de asertividad. La puntuación oscila entre -90 y 90, siendo menor cuanto menor es la asertividad y mayor cuanto mayor es la asertividad. El coeficiente alfa oscila entre 0.73 y 0.86 para esta escala.

Además, se diseñó y aplicó una encuesta de satisfacción que fue rellenada por los padres del grupo de intervención, para evaluar la percepción de cambio que tenían sobre las posibles mejoras que podrían haber aparecido en sus hijos y en ellos mismos. Concretamente, en la encuesta los padres fueron preguntados por el grado de acuerdo o desacuerdo en relación a la consecución de los siguientes objetivos: 1) adquisición de herramientas para promover el desarrollo del lenguaje oral en sus hijos; 2) adquisición de herramientas para fomentar la independencia y la autoestima en sus hijos; 3) adquisición de herramientas para manejar la conducta inadecuada de sus hijos e instaurar nuevos comportamientos; 4) incremento del interés que tienen sus hijos por los cuentos y la lectura; 5) mejora del comportamiento de sus hijos; 6) mejora de su hijo de la identificación de las emociones en él mismo y en los demás; 7) y mejora del lenguaje de sus hijos en relación a la fonología, la morfosintaxis, la semántica y la pragmática. Las puntuaciones de la encuesta oscilan entre 0 puntos (no se han conseguido ninguno de los objetivos) y 59 puntos (se han conseguido todos los objetivos), y la puntuación de cada cuestionario se obtiene tras sumar la puntuación de cada ítem [(0) “no estoy de acuerdo”, (1) “algo de acuerdo” y (2) “muy de acuerdo”].

Por otro lado, los hijos de los participantes del estudio fueron evaluados a través de las siguientes pruebas de evaluación psicométricas:

*Registro Fonológico Inducido* (Monfort y Juárez, 1989). Pretende evaluar los errores de dicción en relación a un conjunto de palabras estandarizadas. Se puede aplicar a niños de edades comprendidas entre los 3 y los 7 años de edad.

*Prueba de Lenguaje Oral de Navarra Revisada (PLON-R)* (Aguinaga, Armentia, Fraile, Olangua y Uriz, 2004). Esta prueba de detección rápida tiene el objetivo de evaluar el desarrollo oral, concretamente evalúa tres aspectos del lenguaje; la forma (fonología y morfosintaxis), el contenido (semántica) y el uso (pragmática). Presenta un alfa de Cronbach de 0.89.

*Test de Vocabulario en Imágenes (PPTV)* (Dunn, Dunn, Bulheller y Häcker, 1965). Pretende evaluar el nivel de adquisición de vocabulario. Se empleó la adaptación española (Dunn, Dunn y Arribas, 2006), la cual aporta buenas propiedades psicométricas. Los valores alfa de Cronbach de la prueba oscilan entre 0.80 y 0.99.

*Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas (ITPA)* (Ballesteros y Cordero, 1984). Esta prueba pretende evaluar las funciones psicolingüísticas del individuo que están a la base de los procesos de comunicación. En el presente estudio se emplearon las

escalas: comprensión auditiva, expresión verbal, integración gramatical e integración auditiva. Se empleó la adaptación española, la cual presenta buena fiabilidad y validez (Ballesteros y Cordero, 2004). La prueba aporta un alfa de Cronbach de entre 0.74 y 0.90.

## **Procedimiento**

La presente investigación fue aceptada por la Comisión de Ética en Investigación de la Universidad de Granada (457/CEIH/2018). Una vez diseñado el programa de intervención, se presentó el proyecto al equipo directivo del Colegio de Educación Infantil y Primaria Elena Martín Vivaldi (Granada). Tras estudiarlo, éste dio su consentimiento para llevar a cabo el estudio en el centro. Posteriormente, se convocó una reunión con los padres de los niños que cumplían los criterios de inclusión. En dicha reunión, se presentó el proyecto y se repartió una hoja informativa del estudio, en la que se detallaba principalmente: las evaluaciones que se llevarían a cabo, el número de sesiones y la información que se trataría en las mismas, objetivos del estudio, condiciones de participación y lugar, día y hora de comienzo. Además, se proporcionó una hoja con el consentimiento informado para que la rellenasen aquellos padres, que junto a sus hijos quisieran, participar en el estudio.

Tras seleccionar a la muestra y construir los grupos en función de la disponibilidad de los participantes para asistir a las sesiones, dio comienzo el proceso de evaluación pre-intervención. Se les dieron a los padres los cuestionarios indicados en el subapartado “Instrumentos de medida” para que los rellenasen en sus hogares. Por otro lado, las evaluaciones de los niños las llevó cabo uno de los autores del estudio (previamente entrenado y, distinto al que impartió las 12 sesiones con los padres), se realizaron en la propia escuela en una sala aislada junto a la maestra de audición y lenguaje del niño. Se llevaron a cabo en dos fases, en la primera, se pasó a todos los niños participantes del estudio el ITPA, y en la segunda fase, el PPTV, el PLON-R y el Registro Fonológico Inducido.

Cuando finalizó la evaluación pre-intervención dio comienzo el programa de intervención, el cual comenzó en enero de 2018 y finalizó en abril de 2018. Las sesiones grupales con los padres se llevaron a cabo en la sala de música del Colegio de Educación Infantil y Primaria Elena Martín Vivaldi. En total se impartieron 12 sesiones de una hora y media aproximadamente de duración cada una, siendo las mismas los lunes a las 16:00 horas.

Los padres que recibieron la intervención debían asistir como mínimo al 80% de las sesiones para participar en el estudio y realizar las tareas que se mandaban para casa, así como rellenar los registros de las mismas. No fue necesario que asistiese el padre y la madre a cada sesión, pero sí uno de ellos.

Al finalizar el programa se realizó la evaluación post-intervención. Los padres de los niños rellenaron los cuestionarios mencionados en el apartado “Instrumentos de medida” y los niños volvieron a ser evaluados en el colegio en dos fases con las mismas pruebas que en la evaluación pre-intervención, no obstante, fue alterada la secuencia de las fases para eludir el efecto orden.

## Análisis de datos

Se empleó el paquete estadístico *Statistical Program for Social Sciences* (SPSS) en su versión 22. En primer lugar, se realizaron diferentes análisis descriptivos para conocer la distribución de los grupos con base en: sexo; edad de los niños; nivel de formación de los padres (universitario y no universitario); y sesiones de logopedia que recibían los niños a la semana. En segundo lugar, para el contraste de normalidad de los datos se utilizó la prueba Shapiro-Wilk y para la homocedasticidad la prueba de Levene. Se llevaron a cabo análisis estadísticos paramétricos y no paramétricos, según correspondiese. El nivel de significación se estableció en  $p \leq .05$ .

Finalmente, para calcular el tamaño del efecto de los cambios estadísticamente significativos de las variables paramétricas que se analizaron con la  $t$  de Student, se empleó la  $d$  de Cohen (tamaño del efecto pequeño  $\geq 0.20$ , tamaño del efecto mediano  $\geq 0.50$  y tamaño del efecto grande  $\geq 0.80$ ). En el caso de las variables no paramétricas, se empleó la fórmula propuesta por Cohen (1988) ( $r = Z/\sqrt{N}$ ). Donde  $[Z]$  es el valor absoluto de la puntuación  $Z$  y  $[N]$  es el número total de observaciones. Esta magnitud del efecto comprende valores de 0 a 1, de los que Cohen (1988) recomendó las siguientes interpretaciones:  $r \geq .10$  tamaño del efecto pequeño,  $r \geq .30$  tamaño del efecto mediano y  $r \geq .50$  tamaño del efecto grande.

## Resultados

### Descriptivos de la muestra

El grupo experimental lo constituyeron 10 sujetos, 8 niños (80%) y 2 niñas (20%), y el grupo control 7 sujetos, 3 niños (42.90%) y 4 niñas (57.10%). La edad media de los sujetos del grupo control fue de 4.17 años con una desviación típica de 0.85, mientras que la del grupo experimental fue de 4.02 años con una desviación típica de 0.86. Por otro lado, el 71.40% de los padres del grupo control no había recibido formación universitaria frente al 28.60% que sí la habían recibido. En el caso del grupo experimental, el 20% no tenía formación universitaria frente al 80% que sí la tenían. Además, los niños del grupo control recibían una media de 2.43 sesiones de 45 minutos de intervención logopédica a la semana, con una desviación típica de 1.72. Los niños del grupo experimental recibían una media de 2.70 sesiones a la semana con una desviación típica de 0.82. Puesto que estas variables no cumplieron los supuestos de normalidad y homocedasticidad, se utilizó prueba  $U$  de Mann-Whitney para comprobar si existían diferencias en las mismas entre los grupos. Se hallaron únicamente diferencias significativas en la cantidad de padres que tenían estudios universitarios frente a los que no los tenían ( $Z = -2.057$ ;  $p = .04$ ), habiendo, por lo tanto, una cantidad significativamente mayor de padres con formación universitaria en el grupo experimental.

### Variabes de conducta

Se realizó un primer análisis de comparación de las medidas pre-intervención de las escalas del SDQ, CBCL 1 ½ - 5 y de la Escala de Asertividad de Rathus, a través de la  $t$  de Student para muestras independientes y la  $U$  de Mann-Whitney, según correspondiese. No se hallaron diferencias significativas entre los grupos en dichos análisis, por lo que se puede afirmar que las características basales eran similares.

Para comprobar la eficacia del programa de entrenamiento, en primer lugar, se realizó para las variables que cumplieran los supuestos paramétricos, un ANOVA mixto con un factor intersujetos con dos niveles (grupo experimental y grupo control) y factor intrasujetos (puntuaciones de las escalas del SDQ, CBCL 1 ½ - 5 y de la Escala de Asertividad de Rathus, de la evaluación pre-intervención y post-intervención). En segundo lugar, las puntuaciones en las escalas que no cumplieron los supuestos, se analizaron con la *U* de Mann-Whitney para analizar si existían diferencias entre las medidas post-intervención de los dos grupos y la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para comprobar si había diferencias entre las puntuaciones pre-intervención y post-intervención de cada grupo.

*SDQ.* De las cinco escalas del SDQ cumplieron los supuestos de normalidad y homocedasticidad en las evaluaciones pre-intervención y post-intervención las escalas: hiperactividad y conducta prosocial. De ellas, se encontró, a través del ANOVA mixto, interacción momento x grupo en la escala de comportamiento prosocial [ $F_{(1,15)} = 5.25$ ;  $p = .37$ ;  $\eta^2 = .259$ ]. Posteriormente, se realizó la prueba *t* de Student para muestra relacionadas entre la evaluación pre-intervención y post-intervención de los dos grupos, hallándose diferencias estadísticamente significativas con un tamaño del efecto grande [ $t_{(6)} = -8$ ;  $p = .00$ ;  $d = 1.22$ ], entre las medidas del grupo control, donde dicho grupo obtuvo una media de 7 con una desviación típica de 0.72 para la evaluación pre-intervención y una media de 8.14 con una desviación típica de 0.77 en la segunda evaluación, tras la finalización del programa (véase la Tabla 2). Por otro lado, a través de la *U* de Mann-Whitney no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en la segunda evaluación en las puntuaciones de las escalas no paramétricas: características emocionales; problemas de conducta; y problemas con los compañeros. Además, tampoco se hallaron diferencias significativas entre la primera y la segunda evaluación en dichas escalas a través de la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon. La Tabla 2 expone los resultados de las escalas del SDQ y del CBCL 1 ½ - 5, en las que se hallaron cambios estadísticamente significativos en alguno de los grupos, a través de la *t* de Student para muestras relacionadas.

Tabla 2. Comparación de medias con la *t* de Student para muestras relacionadas y tamaño del efecto en las variables que aportaron interacción momento x grupo

Escala	Grupo	Pre- intervención (medias y desviaciones típicas)	Post- intervención (medias y desviaciones típicas)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen
SDQ. Conducta prosocial	GC	7.00(0.72)	8.14(0.77)	-8.00	.000*	1.22
CBCL 1 ½ - 5. Comportamiento agresivo	GE	14.60(2.88)	10.40(2.22)	4.64	.001*	1.51

**Nota.** GC = Grupo Control; GE = Grupo Experimental; \* = cambio estadísticamente significativo; tamaño del efecto *d* de Cohen pequeño  $\geq 0.20$ , mediano  $\geq 0.50$  y grande  $\geq 0.80$ .

*CBCL 1 ½ - 5.* De las 15 escalas que componen el CBCL 1 ½ - 5, cumplieron los supuestos de normalidad y homocedasticidad las siguientes escalas: ansiedad-depresión; problemas de atención; comportamiento agresivo; y TND. Se encontró en el ANOVA

mixto, interacción momento x grupo en la escala comportamiento agresivo. Tras realizar la *t* de Student se hallaron diferencias significativas en el grupo experimental entre la evaluación pre-intervención (media = 14.60; DT = 2.88) y post-intervención (media = 10.40; DT = 2.22) en la escala comportamiento agresivo [ $t(9) = 4.64$ ;  $p = .001$ ;  $d = 1.51$ ] (véase la Tabla 3 y Figura 1). Por lo tanto, el grupo experimental mejoró sus puntuaciones en dichas escalas tras el programa de intervención. En relación a las demás escalas, se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones de ambos grupos de la escala quejas somáticas, a través de la *U* de Mann-Whitney ( $Z = -1.99$ ;  $p = .047$ ;  $r = 0.48$ ), siendo la mediana del grupo experimental 7.05 y la del grupo control 11.79. Esto implica que el grupo experimental mostró menos quejas somáticas al final de la intervención. Por otro lado, se hallaron diferencias estadísticamente significativas con la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon en el grupo experimental entre la primera y la segunda evaluación, en las escalas; problemas de estrés, (mediana pre-test = 1.50 y mediana post-test = 0) ( $Z = -2.657$ ;  $p = .046$ ;  $r = 0.45$ ); problemas de ansiedad (mediana pre-test = 3.50 y mediana post-test = 2) ( $Z = -1.982$ ;  $p = .047$ ;  $r = 0.44$ ); TDAH (mediana pre-test = 7.50 y mediana post-test = 5.00) ( $Z = -1.980$ ;  $p = .048$ ;  $r = 0.44$ ); problemas generalizados del desarrollo (mediana pre-test = 6.50 y mediana post-test = 4.50) ( $Z = -1.919$ ;  $p = .050$ ;  $r = 0.43$ ); escala de problemas externalizantes (mediana pre-test = 11.50 y mediana post-test = 7.00) ( $Z = -2.094$ ;  $p = .036$ ;  $r = 0.47$ ); y escala de problemas internalizantes (mediana pre-test = 19.50 y mediana post-test = 13.50) ( $Z = -2.549$ ;  $p = .011$ ;  $r = 0.57$ ) (véase la Tabla 3). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre la primera y la segunda evaluación en el grupo control en ninguna escala del CBCL 1 ½ - 5. En la Tabla 3 se muestran los resultados de las diferentes escalas del CBCL 1 ½ - 5, en las que el grupo experimental presentó cambios estadísticamente significativos tras finalizar el programa, a través de la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.

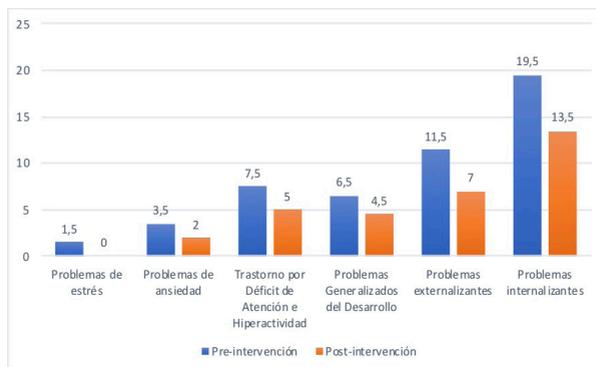
Tabla 3. Comparación de medianas de las escalas del CBCL 1 ½ - 5 con la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon y tamaño del efecto

Escala	Grupo	Pre- intervención (medianas)	Post- intervención (medianas)	Z	p	r
Problemas de estrés	GE	1.50	0.00	-2.657	.046*	0.45
	GC	2.00	1.00	-0.577	.564	
Problemas de ansiedad	GE	3.50	2.00	-1.982	.047*	0.44
	GC	2.00	3.00	-0.431	.666	
TDAH	GE	7.50	5.00	-1.980	.048*	0.44
	GC	4.00	4.00	-0.213	.832	
PGD	GE	6.50	4.50	-1.919	.050*	0.43
	GC	7.00	5.00	-1.364	.172	
Problemas externalizantes	GE	11.50	7.00	-2.094	.036*	0.47
	GC	10.00	6.00	-0.271	.786	
Problemas internalizantes	GE	19.50	13.50	-2.549	.011*	0.57
	GC	12.00	10.00	-0.170	.865	
Reactividad emocional	GE	3.50	2.00	-1.213	.107	
	GC	2.00	1.00	-0.816	.414	

Quejas somáticas	GE	1.50	0.00	-1.063	.288
	GC	2.00	2.00	-0.322	.748
Comportamiento evitativo	GE	4.00	1.50	-1.147	.251
	GC	2.00	1.00	0.000	.999
Problemas de sueño	GE	2.50	2.00	-0.306	.760
	GC	3.00	2.00	-0.649	.516
Problemas afectivos	GE	3.00	3.00	-0.258	.796
	GC	2.00	2.00	-1.134	.257

**Nota.** GE = Grupo Experimental; GC = Grupo Control; \* = cambio estadísticamente significativo; TDAH = Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad; PGD = Problemas Generalizados del Desarrollo; tamaño del efecto  $r$ , pequeño  $\geq 0.10$ , mediano  $\geq 0.30$  y grande  $\geq 0.50$ .

En la Figura 1 se presentan los resultados del grupo experimental de las escalas del CBCL 1 ½ - 5, en las que dicho grupo presentó un cambio estadísticamente significativo, a través de la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.



*Figura 1.* Medianas de las evaluaciones pre-intervención y post-intervención de las escalas del CBCL 1 ½ - 5 en las que existe un cambio estadísticamente significativo en el grupo experimental, a través de la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.

*Escala de Asertividad de Rathus.* No se hallaron diferencias estadísticamente significativas.

### VARIABLES DE HABLA Y LENGUAJE

Del mismo modo que en las variables psicológicas, se llevó a cabo un primer análisis de comparación de las medidas pre-intervención, a través de la  $t$  de Student para muestras independientes y a  $U$  de Mann-Whitney, según correspondiese, en las variables: CI de vocabulario del PPVT; las puntuaciones de las escalas del ITPA (comprensión auditiva, expresión verbal, integración gramatical e integración auditiva); las puntuaciones de las cuatro escalas del PLON-R (forma, contenido, uso y puntuación total); y las puntuaciones del Registro Fonológico Inducidas para los

errores de palabras y de fonemas. Se hallaron diferencias significativas en la escala forma del PLON-R entre el grupo control (mediana = 38) y el grupo experimental (mediana = 22) a través de la *U* de Mann-Whitney ( $Z = -2.025$ ;  $p = .043$ ). Por lo tanto, el grupo control presentaba mejores puntuaciones en esta escala antes de comenzar el programa de intervención. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las demás variables.

Para comprobar la eficacia del programa de entrenamiento, puesto que las medidas de habla y lenguaje no cumplieron los supuestos de normalidad y homocedasticidad, se empleó la *U* de Mann-Whitney y la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.

*PPVT*. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

En la Tabla 4 se presentan los resultados de las escalas del ITPA y PLON-R utilizadas.

Tabla 4. *Comparación de medianas de las escalas del ITPA y PLON-R con la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon y tamaño del efecto*

Escala	Grupo	Pre- intervención (medianas)	Post- interven- ción (medianas)	Z	p	r
ITPA. Compren- sión auditiva	GE	3.08	3.58	-2.313	.021*	0.53
	GC	3.42	4.08	-2.197	.028*	0.59
ITPA. Integración gramatical	GE	3.58	3.33	-0.911	.362	-
	GC	3.83	4.67	-0.169	.866	-
ITPA. Integración auditiva	GE	3.58	3.58	-0.736	.462	-
	GC	3.58	3.58	-0.946	.344	-
ITPA. Expresión verbal	GE	3.17	3.25	-0.771	.441	-
	GC	3.25	3.17	-0.105	.916	-
PLON-R. Con- tenido	GE	38.00	53.00	-2.371	.018*	0.54
	GC	46.00	39.00	-1.572	.116	-
PLON-R. Forma	GE	22.00	33.00	-1.780	.075	-
	GC	38.00	50.00	-0.943	.345	-
PLON-R. Uso	GE	46.00	28.00	-0.921	.357	-
	GC	46.00	39.00	-0.816	.414	-
PLON-R. Puntua- ción total	GE	33.00	34.50	-2.371	.066**	0.42
	GC	36.00	35.00	-1.153	.249	-

**Nota.** GE = Grupo Experimental; GC = Grupo Control; \* = cambio estadísticamente significativo; \*\* = cambio marginalmente significativo; tamaño del efecto *r*, pequeño  $\geq 0.10$ , mediano  $\geq 0.30$  y grande  $\geq 0.50$ .

En la Figura 2 se exponen las medianas de ambos grupos en diversas escalas del ITPA y PLON-R, en las cuales se hallaron cambios estadísticamente significativos en alguno de los grupos tras la finalización del programa.

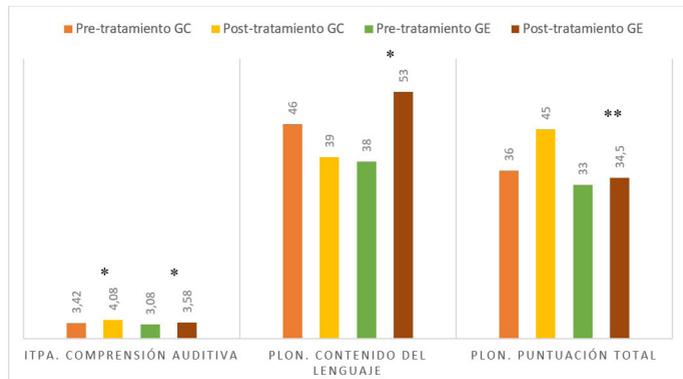


Figura 2. Medianas de las puntuaciones pre-intervención y post-intervención del grupo control y experimental de diversas escalas de interés del ITPA y PLON-R (\* = un cambio estadísticamente significativo,  $p \leq .05$ ; \*\* = un cambio marginalmente significativo,  $p < .07$ ; GC = Grupo Control; GE = Grupo Experimental).

**ITPA.** Para las puntuaciones de las cuatro escalas que se emplearon del ITPA (comprensión auditiva, expresión verbal, integración gramatical e integración auditiva), se emplearon las pruebas de comparaciones no paramétricas. No se hallaron diferencias significativas entre los grupos a través de la *U* de Mann-Whitney en la evaluación post-intervención. En cambio, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas con un tamaño del efecto grande entra la primera y la segunda evaluación, en la escala comprensión auditiva, tanto en el grupo control (mediana pre-test = 3.42; mediana post-test = 4.08) ( $Z = -2.197$ ;  $p = .028$ ;  $r = 0.59$ ), como en el grupo experimental (mediana pre-test = 3.08; mediana post-test = 3.58) ( $Z = -2.313$ ;  $p = .021$ ;  $r = 0.53$ ) (véase la Tabla 4 y Figura 2). En las demás variables no se hallaron diferencias significativas entre la primera y la segunda evaluación en ninguno de los grupos.

**PLON-R.** Se empleó la *U* de Mann-Whitney para analizar las diferencias entre las evaluaciones post-intervención entre ambos grupos, pero no se hallaron diferencias significativas. Por otro lado, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el grupo experimental, entre la evaluación pre-intervención y la evaluación post-intervención en la variable contenido del lenguaje, con un tamaño del efecto grande (mediana pre-test = 38; mediana post-test = 53) ( $Z = -2.371$ ;  $p = .018$ ;  $r = 0.54$ ) y, puntuaciones marginalmente significativas con un tamaño del efecto mediano en la puntuación total (mediana pre-test = 33.00; mediana post-test = 34.50) ( $Z = -2.371$ ;  $p = .066$ ;  $r = 0.42$ ) (véase la Tabla 4 y Figura 2). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el grupo control.

**Registro Fonológico Inducido.** No se hallaron diferencias estadísticamente significativas.

**Encuesta de satisfacción del programa.** Esta encuesta únicamente la rellenaron los padres pertenecientes al grupo experimental, ya que iba destinada a valorar el

acuerdo o desacuerdo en la consecución de objetivos específicos del programa. La media de las puntuaciones que obtuvieron fue de 40.40 puntos, de un máximo de 59, con una desviación típica de 2.53. Por lo tanto, la percepción del grupo según esta encuesta es de haber conseguido todos los objetivos en algún grado o más de la mitad de los mismos completamente.

## Discusión

En relación a la primera hipótesis, los resultados muestran que los niños del grupo que participó en el programa han mejorado tras el mismo en diversos aspectos evaluados a través de distintas escalas del CBCL 1 ½ - 5, a saber: comportamiento agresivo, problemas de estrés, problemas de ansiedad, TDAH, problemas generalizados del desarrollo, problemas externalizantes y problemas internalizantes. Así, se encontraron tamaños del efecto grandes en los cambios de las escalas comportamiento agresivo y problemas internalizantes. En las demás escalas, como, por ejemplo, en la escala problemas externalizantes, se hallaron tamaños del efecto medianos. Las escalas que engloban problemas internalizantes y externalizantes son especialmente relevantes a la hora de valorar los resultados hallados, ya que los problemas de conducta internalizantes comprenden ansiedad, depresión y problemas somáticos, y los problemas de conducta externalizantes abarcan falta de atención, problemas relacionados con desobediencia, agresividad y conducta delictiva (Achenbach, Edelbrock y Howell, 1987). Además, es conveniente mencionar que el grupo que recibió la intervención presentó una puntuación menor que el grupo control, con un tamaño del efecto grande, en la escala quejas somáticas del mismo cuestionario.

Por lo tanto, la intervención ha mejorado la conducta de los destinatarios, así como la probabilidad de sufrir diversos problemas y/o trastornos psicológicos, tales como: estrés, ansiedad, TDAH y problemas generalizados del desarrollo. Estos resultados están en concordancia con diferentes estudios y meta-análisis, que muestran la eficacia de los programas de entrenamiento para padres, por ejemplo, en la disminución de los problemas de comportamiento de sus hijos (Barlow y Stewart-Brown, 2000) o en la instauración de cambios positivos en la conducta de los niños (Robles y Romero, 2011; Sampers, Anderson, Hartung y Scambler, 2001).

En cambio, el grupo control únicamente incrementó sus puntuaciones, entre la primera y la segunda evaluación, en la escala comportamiento prosocial del SDQ. Por otro lado, ni los padres del grupo experimental ni los del grupo control mejoraron sus puntuaciones en la Escala de Asertividad de Rathus. Esto, puede ser debido a la alteración de los resultados causada por la falta de instrucciones adecuadas en este cuestionario, ya que no se indicó explícitamente que los padres debían de responder a los ítems pensando en su propio comportamiento y no en el de sus hijos, a diferencia de los demás instrumentos donde sí se detallaba sobre quién debían de responder. En consecuencia, un gran número de padres verbalizó dichas dudas sobre la Escala de Asertividad de Rathus una vez entregados los cuestionarios de la evaluación post-intervención. Sin embargo, durante el desarrollo de las sesiones del programa la gran mayoría de los padres que asistieron al programa expusieron sentirse más asertivos con sus hijos y con las personas que se relacionaban en el día a día.

Finalmente, la encuesta de satisfacción del programa muestra que los padres que participaron en el programa perciben que han adquirido herramientas para fomentar

la independencia y la autoestima en sus hijos, para manejar la conducta inadecuada de sus hijos e instaurar nuevos comportamientos, para fomentar la independencia y la autoestima en sus hijos y, que en general, ha mejorado el comportamiento de sus hijos.

Así, el presente programa puede ser una buena herramienta de prevención y/o disminución de los problemas de comportamiento en niños de edades tempranas y, reducir de este modo, su alta prevalencia (Perou et al., 2013) y el impacto negativo que causan en el entorno del niño y en su funcionamiento social (Romero, Luengo y Gómez-Fraguela, 2000). Además, al ser una intervención enfocada a los padres fortalece el rol paterno de los mismos, incrementando el bienestar y la capacidad de afrontamiento de éstos con respecto a los problemas de comportamiento de sus hijos (Rey, 2006).

En lo relacionado con la segunda hipótesis los dos grupos incrementaron significativamente sus puntuaciones con un tamaño del efecto grande, en la escala comprensión auditiva del ITPA. Esto indica que los participantes del estudio mejoraron en dicha variable independientemente de la participación o no en el programa de intervención, lo que puede deberse a las intervenciones de terapia de habla y lenguaje que recibían todos los participantes, aparte del programa de entrenamiento para padres (Law et al., 2003).

Sin embargo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la primera y la segunda evaluación, en las puntuaciones del grupo experimental en la escala contenido del lenguaje del PLON-R con un tamaño del efecto grande. Y, además, se hallaron diferencias marginalmente significativas entre la evaluación pre-intervención y post-intervención de dicho grupo, en la escala puntuación total de la misma prueba con un tamaño del efecto mediano. Por lo tanto, el grupo experimental mejoró en la variable contenido del lenguaje, que abarca los aspectos semánticos del lenguaje y, existen indicios de que podría haber mejorado en la puntuación total del PLON-R que engloba tres aspectos: contenido (semántica), forma (fonología y morfosintaxis) y uso (pragmática) del lenguaje. En cambio, el grupo control no incrementó significativamente sus puntuaciones en ninguna escala de dicha prueba. Estos hallazgos apoyan los resultados de los estudios que avalan la eficacia de los programas de entrenamiento para padres en la mejora de las dificultades del habla y el lenguaje (Law et al., 2003; Tosh, Arnott y Scarinci, 2017) y aportan evidencia preliminar sobre la eficacia del programa en la consecución de mejoras en los niños de edades tempranas, sobre los aspectos semánticos del lenguaje. Por lo tanto, el programa diseñado y aplicado podría ser una herramienta de utilidad para paliar las dificultades en dicha área y prevenir así, las diferentes consecuencias negativas que provocan en la vida de los niños, tales como: impacto negativo en el área social y académica (McCormack, Mcleod, Mcallister y Harrison, 2009), dificultades en el desarrollo de la lectoescritura, prevalencia mayor que sus pares de trastornos psicopatológicos y mayores tasas de desempleo en la edad adulta (Catts, Fey, Tomblin y Zhang, 2002; Durkin, Conti-Ramsden y Simkin, 2011; Schoon, Parsons, Rush y Law 2010).

Respecto al último instrumento empleado para comprobar los cambios en el habla y/o el lenguaje, la encuesta de satisfacción diseñada para el programa, los padres de los niños del grupo experimental perciben que: han adquirido herramientas para promover el desarrollo del lenguaje oral en sus hijos, ha incremento el interés que tienen sus hijos por los cuentos y la lectura, ha mejorado en su hijo la identificación

de las emociones en él mismo y en los demás y, que a nivel global, ha mejorado el lenguaje de sus hijos en relación a la fonología, la morfosintaxis, la semántica y la pragmática.

## Conclusiones

A modo de conclusión, se puede afirmar que se ha cumplido la primera hipótesis planteada al comienzo de la investigación, puesto que los resultados muestran que el grupo experimental ha mejorado su comportamiento en comparación con el grupo control. Por otro lado, los hallazgos encontrados solo permiten declarar el cumplimiento de la segunda hipótesis de manera parcial, ya que el grupo control también ha mejorado en varias pruebas de evaluación del habla y/o el lenguaje. Así, se puede decir que en general el programa ha sido eficaz, aunque es necesaria más investigación.

## Referencias

- Achenbach, T. M., Edelbrock, C., & Howell, C. T. (1987). Empirically based assessment of the behavioral/emotional problems of 2-and 3-year-old children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15(4), 629-650. doi: 10.1007/BF00917246
- Achenbach, T. M., & Resorla, L. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms and Profiles*. Burlington, Vermont: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Acosta, V. M. y Moreno, A. M. (1999). *Dificultades del lenguaje en ambientes educativos*. Barcelona: Masson.
- Aguinaga, G., Armentia, M. L., Fraile, A., Olangua, P., & Uriz, N. (2004). *Prueba de lenguaje oral Navarra revisada (PLON-R)*. Pamplona: Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>a</sup> ed.)*. Washington, DC: APA.
- Ballesteros, S., & Cordero, A. (2004). *Adaptación y baremación al español Test de Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas (ITPA)*. Madrid: Tea Ediciones.
- Ballesteros, S., & Cordero, A. (1984). *Test Illinois de aptitudes psicolingüísticas*. Madrid: Tea Ediciones.
- Barlow, J., & Stewart-Brown, S. (2000). Behavior problems and group-based parent education programs. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 21(5), 356-370. doi: 10.1097/00004703-200010000-00006
- Beitchman, J. H., Wilson, B., Johnson, C. J., Atkinson, L., Young, A., Adlaf, E., ... Douglas, L. (2001). Fourteen-year follow-up of speech/language-impaired and control children: Psychiatric outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(1), 75-82. doi: 10.1097/00004583-200101000-00019
- Brestan, E. V. y Eyberg, S. V. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(2), 180-189. doi: 10.1207/s15374424jccp2702\_5
- Brownlie, E. B., Beitchman, J. H., Escobar, M., Young, A., Atkinson, L., Johnson, C., ... Douglas, L. (2004). Early language impairment and young adult delinquent and aggressive

- behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(4), 453-467. doi: 10.1023/B:JA-CP.0000030297.91759.74
- Carrasco, I., Clemente, M., & Llavona, L. (1984). La evaluación de la aserción a través de los inventarios de Rathus y de Gambrill y Richey. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 2(1), 121-134.
- Catts, H. W., Fey, M. E., Tomblin, J. B., & Zhang, X. (2002). A longitudinal investigation of reading outcomes in children with language impairments. *Journal of speech, Language, and hearing Research*, 45(6), 1142-1157. doi: 10.1044/1092-4388(2002/093)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>a</sup> ed.). New York: Academic Press.
- Dimond, C. y Hyde, C. (1999). *Parent education programmes for children's behaviour problems, medium to long term effectiveness*. Birmingham: West Midlands Development and Evaluation Service.
- Dunn, L. M., Dunn, L. M., Bulheller, S., & Häcker, H. (1965). *Peabody picture vocabulary test (PPVT)*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Dunn, L. M., Dunn, L. M., & Arribas, D. (2006) *Adaptación y baremación al español del Test de Vocabulario en Imágenes (PPVT-III)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Durkin, K., Conti-Ramsden, G., & Simkin, Z. (2011). Functional outcomes of adolescents with a history of specific language impairment (SLI) with and without autistic symptomatology. *Journal of autism and developmental disorders*, 42(1), 123-138. doi: 10.1007/s10803-011-1224-y
- Farrington, D. P. y Welsh, B. C. (2003). Family-based prevention of offending: A meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 36(2), 127-151. doi: 10.1375/acri.36.2.127
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of child psychology and psychiatry*, 38(5), 581-586. doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2003). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *International Review of Psychiatry*, 15(1-2), 166-172. doi: 10.1080/0954026021000046128
- Kaminski, J. W., & Claussen, A. H. (2017). Evidence base update for psychosocial treatments for disruptive behaviors in children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 46(4), 477-499. doi: 10.1080/15374416.2017.1310044
- Keenan, K. y Shaw, D. (1997). Developmental and social influences on young girls' early problem behavior. *Psychological bulletin*, 121(1), 95. doi: 10.1037/0033-2909.121.1.95
- Keenan, K. y Shaw, D. S. (2003). Starting at the beginning: Exploring the etiology of antisocial behavior in the first years of life. In Lahey, BB.; Moffitt, TE.; Caspi, A., editors. *The causes of conduct disorder and serious delinquency* (pp. 153-181). New York, NY: Guilford Press.
- Lahey, B. B. y Waldman, I. D. (2005). A developmental model of the propensity to offend during childhood and adolescence. *Advances in Criminological Theory*, 14(1), 15-50.
- Lahey, B. B., Waldman, I. D. y McBurnett, K. (1999). Annotation: The development of antisocial behavior: An integrative causal model. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(5), 669-682.
- Law, J., Garrett, Z., & Nye, C. (2003). *Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder*. Campbell Collaboration. doi: 10.1002/14651858.CD004110

- Lindsay, G., Dockrell, J. E., & Strand, S. (2007). Longitudinal patterns of behaviour problems in children with specific speech and language difficulties: Child and contextual factors. *British Journal of Educational Psychology*, 77(4), 811-828. doi: 10.1348/000709906X171127
- Lozano, E. A., Conesa, M. D. G., & Luque, F. C. (2009). Family intervention in children with language disabilities: a review. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 7(1), 1419-1448.
- Lundahl, B. W., Risser, H. J. y Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26, 86-104. doi: 10.1016/j.cpr.2005.07.004
- Maughan, D. R., Christiansen, E. Jenson, W. R., Olympia, D. y Clark, E. (2005). Behavioral parent training as a treatment for externalizing behaviors and disruptive behavior disorder: A meta-analysis. *School Psychology Review*, 34(3), 267-286.
- McCormack, J., McLeod, S., McAllister, L., & Harrison, L. J. (2009). A systematic review of the association between childhood speech impairment and participation across the lifespan. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11(2), 155-170. doi: 10.1080/17549500802676859
- McMahon, R. J. (1991). Entrenamiento de padres. En Caballo, V. (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Menting, B., Van Lier, P. A. y Koot, H. M. (2011). Language skills, peer rejection, and the development of externalizing behavior from kindergarten to fourth grade. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(1), 72-79. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02279.x
- Monfort, M., & Juárez, A. (1989). *Registro fonológico inducido*. Madrid: CEPE.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2006). *Parent training/education programmes in the management of children with conduct disorders*. London: Author.
- Perou, R., Bitsko, R. H., Blumberg, S. J., Pastor, P., Ghandour, R. M., Gfroerer, J. C., ... Parks, S. E. (2013). Mental health surveillance among children - United States, 2005-2011. *MMWR Surveill Summ*, 62(2), 1-35.
- Petersen, I., T., Bates, J. E., D'onofrio, B. M., Coyne, C. A., Lansford, J. E., Dodge, K. A., ... Van Hulle, C. A. (2013). Language ability predicts the development of behavior problems in children. *Journal of abnormal psychology*, 122(2), 542-557.
- Puertas, G., J., A., Ruiz, C., M., & Godoy, G., J., F. (2018). *Diseño y propuestas de un programa de intervención para madres y padres con el objetivo de mejorar el lenguaje oral y la conducta de sus hijos/as*. Comunicación presentada en el XXXI Congreso Internacional AELFA-IF, Granada: España.
- Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4(3), 398-406. doi: 10.1016/S0005-7894(73)80120-0
- Reilly, S., Wake, M., Ukoumunne, O. C., Bavin, E., Prior, M., Cini, E., ... Bretherton, L. (2010). Predicting language outcomes at 4 years of age: findings from Early Language in Victoria Study. *Pediatrics*, 126(6), e1530-e1537. doi: 10.1542/peds.2010-0254
- Rey, C. A. (2006). Entrenamiento de padres: una revisión de sus principales componentes y aplicaciones. *Revista Infancia, Adolescencia y Familia*, 1(1), 61-84.
- Reyno, S. M. y McGrath, P. J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems -a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1), 99-111. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01544.x
- Richardson, J. y Joughin, C. (2002). *Parent training programmes for the management of young children with conduct disorders. Findings from research*. London: Gaskell.
- Roberts, M. Y. y Kaiser, A. P. (2011). The effectiveness of parent-implemented language interventions: A meta-analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20(3),

180-199. doi: 10.1044/1058-0360(2011/10-0055)

- Robles P. Z., & Romero T. E. (2011). Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: una revisión de su eficacia. *Anales de Psicología*, 27(1), 86-101.
- Romero, E., Luengo, M. A., & Gómez-Fraguela, J. A. (2000). Factores psicosociales y delincuencia: Un estudio de efectos recíprocos. *Escritos de Psicología*, 4(1), 78-91.
- Sampers, J., Anderson, K. G., Hartung, C. M., & Scambler, D. J. (2001). Parent training programs for young children with behavior problems. *Infant Toddler Intervention*, 11(1), 91-110.
- Schoon, I., Parsons, S., Rush, R., & Law, J. (2010). Childhood language skills and adult literacy: A 29-year follow-up study. *Pediatrics*, 125(3), e459-e466. doi: 10.1542/peds.2008-2111
- Silva, P. A., Williams, S., & McGee, R. (1987). A longitudinal study of children with developmental language delay at age three: later intelligence, reading and behaviour problems. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 29(5), 630-640. doi: 10.1111/j.1469-8749.1987.tb08505.x
- St Clair, M. C., Pickles, A., Durkin, K., & Conti-Ramsden, G. (2011). A longitudinal study of behavioral, emotional and social difficulties in individuals with a history of specific language impairment (SLI). *Journal of Communication Disorders*, 44(2), 186-199. doi: 10.1016/j.jcomdis.2010.09.004
- Stone, L. L., Otten, R., Engels, R. C. M. E., Vermulst, A. A., & Janssens, J. M. A. M. (2010). Psychometric Properties of the Parent and Teacher Versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire for 4- to 12-Year-Olds: A Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13(3), 254-274. doi: 10.1007/s10567-010-0071-2
- Thorley, G. y Yule, W. (1982). A Role-Play Test of Parent-Child Interaction. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 10(2), 146-161. doi: 10.1017/S0141347300007011
- Tosh, R., Arnott, W., & Scarinci, N. (2017). Parent-implemented home therapy programmes for speech and language: a systematic review. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 52(3), 253-269. doi: 10.1111/1460-6984.12280
- Vigotsky, L. S. (1986). Aprendizaje y desarrollo intelectual en la edad escolar. En Luria-Leontiev-Vigotsky. *Psicología y pedagogía* (pp35-87). España: Akal.
- Yew, S. G. K., B & O'kearney, R. (2013). Emotional and behavioural outcomes later in childhood and adolescence for children with specific language impairments: meta-analyses of controlled prospective studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(5), 516-524. doi: 10.1111/jcpp.12009