

A. Díez Martínez de Morentin(1), C. Soutullo Esperón(1), S. Tricas-Sauras(2), M. Beunza Nuin(1), T. Pereda Sotos(1), K. Machiñena Gracia(1)

1)Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Departamento de Psiquiatría y Psicología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España.

(2)Facultad de Enfermería, Universidad de Navarra, Pamplona, España.

Correspondencia:

Arancha Díez Martínez de Morentin.

Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica
Clínica Universidad de Navarra, 31080-Pamplona,
Navarra

Teléfono: +34 948 29 64 34

Fax: +34 948 29 65 00

Email: adiezmar@unav.es

Eficacia de un programa de psicoeducación aplicado por enfermeras y dirigido a padres de niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Effectiveness of a nurse led psychoeducation program in parents of children with attention-deficit hyperactivity disorder.

RESUMEN

Introducción. Estudios recientes sugieren que pacientes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) que reciben tratamiento combinado de medicación, terapia conductual, apoyo educativo y psicoeducación a padres, muestran mejor respuesta en comparación con los pacientes que sólo reciben medicación o sólo tratamiento psicológico.

Objetivos. Evaluar la eficacia de un programa psicoeducativo dirigido por enfermería para padres de niños con TDAH combinado con metilfenidato, comparado con el uso sólo de medicación.

Material y Métodos. Realizamos un estudio longitudinal naturalista experimental con grupo intervención (psicoeducación + metilfenidato) (Grupo 1) y grupo control (metilfenidato) (Grupo 2). Administramos una batería de cuestionarios a una muestra de 14 familias del Grupo 1 y a otra muestra de 21 familias (Grupo 2).

Resultados. Encontramos mejoría significativa en las

puntuaciones de ADHD-RS en ambos grupos, sin diferencias significativas entre ellos. Sin embargo, en los pacientes del grupo 1 el aumento de medicación fue inferior al del grupo psicoeducación 2. También encontramos una mejoría en las puntuaciones de interés cultural de la Escala de Ambiente Familiar (FES) y en las del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) (> 50% de pacientes tuvieron puntuaciones normales en 4 de las 5 sub-escalas). Los padres evaluaron el programa “muy útil”.

Conclusiones. Los pacientes en el grupo 1 obtienen mejoras similares en la escala (ADHD-RS) (ponerla antes*) con un aumento de dosis de medicación menor que los que reciben solamente medicación. Los programas psicoeducativos combinados con medicación tendrían ventajas sobre el uso solamente farmacológico.

Palabras clave: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), psicoeducación, enfermera, padres, metilfenidato.

ABSTRACT

Background. Recent studies suggest that Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) patients receiving combination treatment of medication, behavioral therapy, educational support and parental psychoeducation, show a better response compared with patients receiving medication or psychological treatment alone.

Objectives. To assess the efficacy of a nurse-led psychoeducational program for parents of children with ADHD added to methylphenidate, compared with the use of medication alone.

Methods. We did a longitudinal naturalistic study with intervention (psychoeducation+ methylphenidate) and control group (methylphenidate alone). We administered a battery of questionnaires to a sample of 14 families of children with ADHD that received a nurse-led Psychoeducational Program and 21 who did not received psychoeducation.

Results. We found a significant improvement in the ADHD Rating Scale scores for both groups, with no significant differences between them. However, patients in the psychoeducation group required a lower medication dose increase compared with patients on the non-psychoeducation group. We also found good improvement in the Family Environment Scale Cultural interest subscale and good scores on the Strengths and Difficulties Questionnaire (>50% of patients had normal scores on 4 of 5 subscales). Parents evaluated the program as being very helpful.

Conclusion. Patients in the psychoeducation group obtained similar improvements in ADHD-RS with a lower medication dose increase. The use of nurse-led psychoeducational programs in combination with medication suggests that a more gentle and practical approach may be helpful in the treatment of children with ADHD.

Keywords: Attention Deficit Disorder and Hyperactivity (ADHD), Psychoeducation, Nurse, Parents, Methylphenidate.

INTRODUCCIÓN

Las primeras descripciones de niños con problemas similares al cuadro que hoy llamamos Trastorno por déficit

de atención en hiperactividad (TDAH) fueron realizadas en 1902 por el pediatra inglés George Still (1), y es un importante problema de salud debido a su alta prevalencia (5%), aparición temprana, su impacto negativo en la familia, el colegio y la vida social, su alta comorbilidad y por ser crónico e incapacitante (2). El TDAH se define como un grado de déficit de atención y/o hiperactividad-impulsividad, que no es adaptativo, es desproporcionado en relación con lo esperable para la edad y nivel de desarrollo del niño y por lo general aparece antes de los siete años de edad. Los síntomas clínicos deben durar más de seis meses. El cuadro debe ser más grave que lo observado en otros niños de su misma edad, nivel de desarrollo e inteligencia. Debe estar presente en varios ambientes como familia, escuela, amigos y causar serios problemas en la vida diaria del niño (2).

El TDAH tiene una prevalencia estimada del 3-7% (media 5%), según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) (2) y del 1,5% según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (3). La relación hombre-mujer varía según los estudios entre 6:1 al 3:1. En España existen pocos estudios epidemiológicos, con resultados similares (4, 5). Los costes de atención sanitaria generados por estos niños son más del doble que el de los niños sin TDAH ($p < 0,001$), lo que sugiere que sus efectos negativos se extienden más allá de los parámetros sociales, conductuales y académicos (6, 7).

Los pacientes con TDAH que reciben tratamiento combinado con medicación, terapia conductual, apoyo educativo y psicoeducación a padres, muestran un mayor porcentaje de respuesta al tratamiento con normalización completa (68%), en comparación con los pacientes en los que sólo se empleaba tratamiento farmacológico (56%), o solo tratamiento psicológico (34%)(8). Sin embargo, el tratamiento psicológico aplicado en el Estudio de Tratamiento Multimodal de Niños con TDAH (MTA) era costoso e intensivo. Teniendo esto en cuenta hemos querido evaluar si una intervención menos intensiva aplicada por enfermería podría ser beneficiosa en estos niños, debido a que otros programas de formación para padres, como el de Webster-Stratton (9), pueden ser eficaces para el tratamiento de niños con problemas de conducta (10-12).

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Los objetivos de este estudio fueron: 1) Evaluar la eficacia de un programa psicoeducativo dirigido a padres

de niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) combinado con metilfenidato (Grupo 1), en comparación con un grupo de niños que sólo recibieron metilfenidato (Grupo 2), medido por la reducción en la Escala de TDAH (ADHD-RS) de DuPaul, el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) (13), la Escala de Ambiente Familiar (FES) (14) y la Escala de Valoración de los padres, en dos momentos: basal y tras el tratamiento; 2) Comparar las dosis efectivas finales de metilfenidato entre ambos grupos.

Nuestras hipótesis fueron: 1) que un tratamiento psicoeducativo añadido al tratamiento farmacológico mejorará la respuesta del TDAH, medido por una reducción mayor en la escala de TDAH Escala de TDAH (ADHD-RS), y 2) que esta mejoría se obtendrá con dosis significativamente menores que en los niños que no recibieron psicoeducación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseñamos un estudio longitudinal naturalista con un grupo intervención (psicoeducación dirigida por enfermería + metilfenidato) y el grupo control (metilfenidato solo), con dos evaluaciones, una al inicio del estudio y otra después de 13-15 meses. Tras realizar una revisión de la literatura (Medline y PubMed, 1990-2006), diseñamos un programa psicoeducativo para padres dirigido por enfermería, dividido en dos módulos de cinco sesiones semanales de 45 minutos, con la siguiente estructura:

Módulo 1.

- Sesión 1. Información sobre el TDAH

Módulo 2. Basado en estrategias cognitivo-conductuales y de modificación de conducta:

- Sesión 2. Definición de conductas y técnicas para incrementar conductas (I): el refuerzo
- Sesión 3. Economía de fichas
- Sesión 4. Técnicas para reducir o eliminar la conducta (II): consecuencias negativas (tiempo fuera) y la extinción
- Sesión 5. Entrenamiento en solución de problemas.

Se incluyeron las familias consecutivamente (n = 14) en el Grupo 1 (psicoeducación + metilfenidato) y (N = 21) en el grupo 2 (grupo control) (metilfenidato solamente), y siendo reevaluados después de un tiempo medio de 15,5 y 13 meses respectivamente. La diferencia en el tiempo de seguimiento entre los grupos no fue significativa ($p < 0,05$). En nuestra Unidad, se ofrece psicoedu-

cación a todas las familias evaluadas con un niño recién diagnosticado de TDAH, los padres que aceptaron recibir la psicoeducación se incluyeron en el grupo 1, los padres que no deseaban recibir la psicoeducación se incluyeron en el grupo 2.

Los niños fueron evaluados en la Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente por un psiquiatra de niños y adolescentes (CS). Se utilizó una entrevista semi-estructurada, basada en el DSM-IV y en la Entrevista para Trastornos Afectivos y la Esquizofrenia para niños (K-SADS) y también se utilizaron estas escalas:

- 1) Escala de Evaluación de TDAH de DuPaul (ADHD-RS) (15) (basal y al final del estudio).
- 2) Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) (1) (al final del estudio solamente en el grupo con psicoeducación).
- 3) Escala de Ambiente Social en la Familia (FES) (2) (al final del estudio).
- 4) Cuestionario de Evaluación del programa psicoeducativo para padres de niños con TDAH (16) (al final del estudio solamente en el grupo con psicoeducación).
- 5) Dosis de metilfenidato.
- 6) Variables demográficas recogidas de la historia clínica: estado civil, número de hermanos, la posición entre los hermanos, curso escolar, cociente intelectual (CI) (cuando estén disponibles), Impresión clínica global (CGI), tipo de TDAH, el tiempo desde el diagnóstico de TDAH, la duración de la psicoeducación, y el período de tiempo desde la psicoeducación hasta la entrega de cuestionarios.

La escala de TDAH ADHD-RS de DuPaul ha demostrado su fiabilidad y validez (16) y un estudio pan-europeo reciente apoya su uso generalizado (18, 19). El SDQ (1) de Goodman es un cuestionario breve de cribaje de síntomas de comportamiento. Es una herramienta ampliamente utilizada en diferentes entornos (por ejemplo, clínico, educativo y epidemiológico). Está traducido a más de 30 idiomas y su validez y fiabilidad están bien establecidas (20, 21). La Escala de Ambiente Familiar (FES) (2) evalúa las percepciones de miembros de la familia desde una perspectiva tridimensional. Es ampliamente utilizado en investigación (22) y las subescalas de la FES han demostrado la fiabilidad suficiente consistencia interna y la estabilidad en el tiempo en las muestras

variadas. El Cuestionario de Valoración General de padres utiliza una escala tipo Likert (1-5) donde los padres valoran los distintos módulos (utilidad práctica, contenido, entre otros).

El estudio fue aprobado por el Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, de la Clínica Universidad de Navarra. Los participantes recibieron información adecuada sobre el estudio y se les pidió su consentimiento informado por escrito. Se analizaron los datos SPSS versión 13.0 para Windows (23). Las variables clínicas y demográficas se compararon entre los dos grupos para comprobar la homogeneidad de estos grupos. Se utilizó prueba t de Student para variables continuas y Chi-cuadrado (χ^2) para las variables categóricas. También se llevó a cabo el análisis no-paramétrico. Usamos el test de Wilcoxon rank-sum para muestras independientes, así como las pruebas de Mann-Whitney para muestras independientes. Usamos tests no paramétricos para las variables con distribución asimétrica.

Las puntuaciones de la escala de TDAH (ADHD-RS) (total y subescalas) se compararon antes en tiempo 1 (T1) y después del tiempo de seguimiento (T2) en ambos grupos. El cuestionario de valoración del programa psico-

educativo se realizó en el Grupo 1 en T2. La escala FES se realizó en ambos grupos en T2 y el cuestionario SDQ en el grupo 1 en T2.

RESULTADOS

Las características clínicas, demográficas de la familia y la escuela de ambos grupos se muestran en la Tabla 1, no encontramos diferencias significativas en estas variables entre los dos grupos.

En ambos grupos, hubo una reducción significativa en el total y en las dos subescalas de las puntuaciones de ADHD-RS. No hubo diferencia estadísticamente significativa en la reducción de la ADHD-RS entre el grupo que recibió y el grupo que no recibió psicoeducación (Figura 1).

Todos los pacientes en ambos grupos fueron tratados con metilfenidato, el único tratamiento farmacológico disponible en España en ese momento. La dosis de metilfenidato en el Grupo 1 (psicoeducación + metilfenidato) aumentaron después de 15,5 meses de seguimiento de 37,1 mg/día a 47,6 mg/día (10 mg/día) ($p > 0,05$). En el Grupo 2, la dosis de metilfenidato aumentó después de 13 meses de seguimiento, desde 28,9 mg/día al inicio

Figura 1. Puntuaciones Totales, de Inatención y de Hiperactividad/Impulsividad en Tiempo 1 y Tiempo 2, según grupo de tratamiento (Grupo 1 versus Grupo 2)

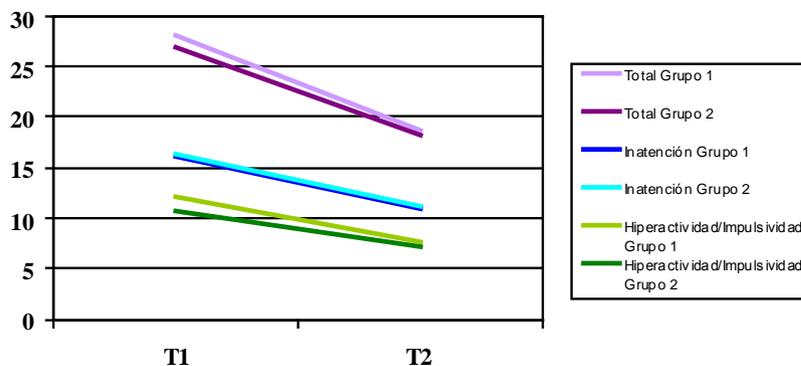


Tabla 1. Características demográficas, clínicas, familiares y escolares de pacientes con TDAH que recibieron psicoeducación (N = 14), comparado con pacientes que no recibieron psicoeducación (N = 21).

	Con Psicoeducación(Grupo 1) (N=14)			Sin Psicoeducación (Grupo 2) (N=21)			Significación
	Media	Desviación	Rango	Media	Desviación	Rango	
Edad	9.57	2.73	6-14	9.38	2.45	6-15	0.340
Cociente Intelectual	96.33	8.90	82-112	99.67	14.09	73-128	0.386
Impresión clínica global	4.36	0.74	3-6	4.33	0.91	3-6	0.752
Meses(1)	20.21	12.17	7-48	14.62	9.25	4-45	0.086
Eje V	73.0	7.88	60-90	74.70	10.45	60-90	0.690
Inatención(2)	16.07	6.08	6-25	16.38	7.63	2-29	0.900
Hiperactividad / Impulsividad (3)	12.07	7.04	0-23	10.67	6.68	0-24	0.555
Total(4)	28.14	10.33	9-46	27.05	12.50	6-47	0.788

	Con Psicoeducación (Grupo 1)			Sin Psicoeducación (Grupo 2)		Significación
	Número		%	Número	%	
Número de hermanos	0	2	14.3	3	14.3	0.966
	1-2	8	57.1	11	52.4	
	3 o más	4	28.6	7	33.3	
Posición de hermanos	Único	2	14.3	3	14.3	0.405
	Mayor	6	42.9	4	19.0	
	Intermedio	4	28.6	7	33.3	
	Menor	2	14.3	7	33.3	
Situación familiar	Casados	12	85.7	20	95.2	0.114 0.114
	Separados	2	14.3	1	4.8	
Curso Escolar	Infantil	0	0	0	0	0.491
	Primaria	10	71.4	16	76.2	
	Secundaria	4	28.6	4	19.0	
	Bachillerato	0	0	1	4.8	

(1) Meses=Tiempo transcurrido desde que se realiza el diagnóstico de TDAH hasta que se evalúa el resultado de la psicoeducación.

(2) Inatención=Puntuación basal (Tiempo 1) en la subescala de inatención del ADHD-RS.

(3)Hiperactividad/Impulsividad=Puntuación basal (Tiempo 1) en la subescala del ADHD-RS.

(4) Total=Puntuación basal (Tiempo 1) en la subescala total del ADHD-RS.

La gravedad, expresada en CGI, eje V y subescalas de inatención, hiperactividad /impulsividad y total son similares en los dos grupos. El tiempo total transcurrido en meses, la edad y el CI, también son similares en ambos grupos.

En todas las variables se utiliza la media salvo en el tiempo porque había mucho rango, y por eso usamos la mediana.

(a) No significativo

A. Díez Martínez de Morentin, C. Soutullo Esperón, S. Tricas-Sauras, M. Beunza Nuin, T. Pereda Sotos, K. Machiñena Gracia

Eficacia de un programa de psicoeducación aplicado por enfermeras y dirigido a padres de niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

del estudio a 47,05 mg/día (19 mg/día) ($p < 0,01$) al final del estudio. No hubo diferencia en la dosis final entre los dos Grupos ($p > 0,05$). El Grupo 1 tomó una dosis inicial mayor que el Grupo 2, y el aumento de dosis fue significativo en el Grupo 2, pero no en el Grupo 1. (Figura 2).

En el grupo que recibió psicoeducación mejoró significativamente en la subescala Intelectual-Cultural ($p = 0,023$) de la escala de Ambiente Familiar FES. En ambos grupos los resultados fueron normales (Figura 3). En el resto de subescalas no hubo cambios significativos en ambos grupos entre los tiempos 1 y 2.

INSERTAR FIGURA 3 AQUI

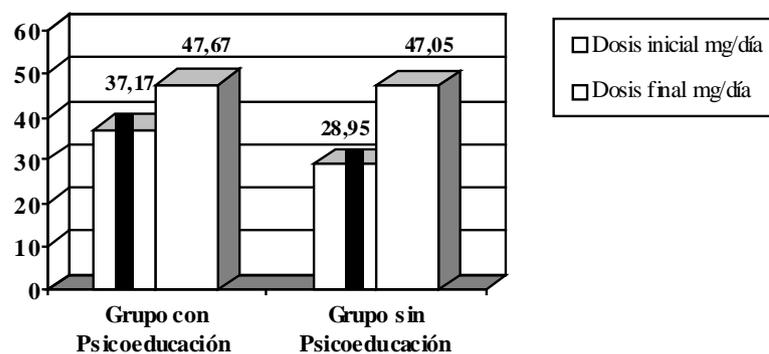
Más del 50% de los pacientes del grupo que recibió psicoeducación obtuvieron resultados normales en 4 de las 5 subescalas (síntomas emocionales, hiperactividad, problemas con los compañeros y el comportamiento pro-social) en el tiempo.

Los padres destacan una mejora en la relación con sus hijos y en el conocimiento de su comportamiento, que eran los objetivos principales del programa. Las conductas que han mejorado al final del Programa son sobre todo las rabietas. La evaluación general del programa fue positiva: el contenido, nivel de información, la finalidad práctica, y la utilidad del material entregado.

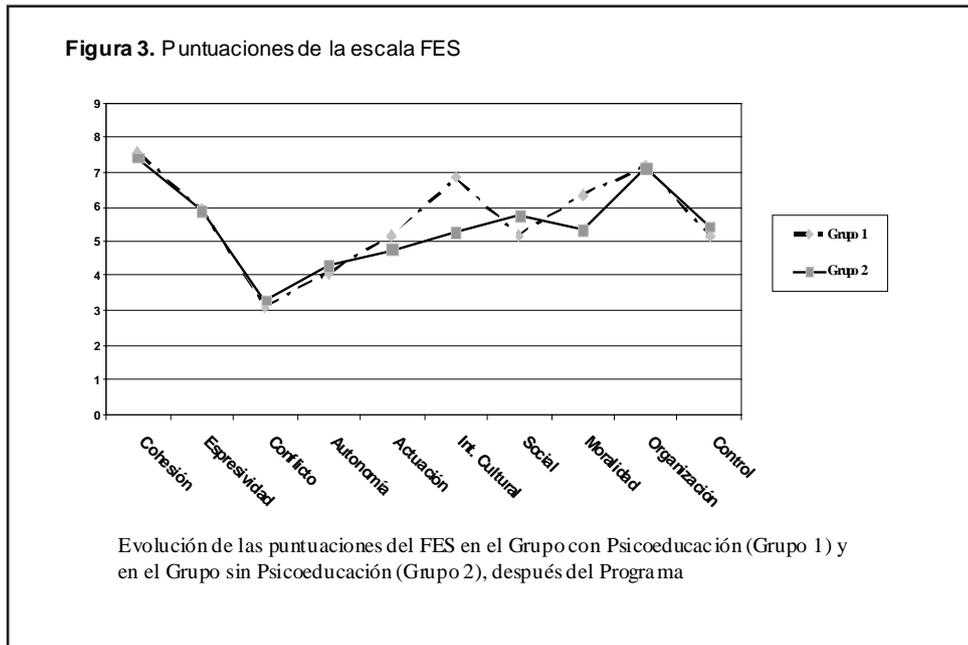
DISCUSIÓN

1. El programa de psicoeducación para los padres de niños con TDAH combinado con medicación tiene una eficacia significativa en la mejora de las puntuaciones de ADHD-RS, en sus tres subescalas, mantenidas en el tiempo. La subescala intelectual-cultural del FES al final del programa es significativamente mejor en el grupo que recibió psicoeducación en comparación con el grupo control (Figura 1).
2. Después del programa psicoeducativo, las subescalas del SDQ: síntomas emocionales, hiperactividad, problemas con los compañeros, y el comportamiento pro-social fueron normales en más del 50% de los pacientes.
3. Los padres informaron que el programa les había ayudado en la relación con sus hijos y en el conocimiento sobre su comportamiento. Mejora, las rabietas, el orden en la sala, el nerviosismo, las peleas con los hermanos y la capacidad de vestirse solo.
4. Sobre el tratamiento farmacológico, se puede concluir:
 - a) El aumento de la dosis de metilfenidato fue significativamente menor ($p < 0,01$) en el grupo que recibió

Figura 2. Dosis de Metilfenidato



Evolución de la dosis de Metilfenidato en Grupo con Psicoeducación (Grupo 1) y Grupo sin Psicoeducación (Grupo 2)



TDAH	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad
FES	Escala de Ambiente Social en la Familia
SDQ	Cuestionario de Capacidades y Dificultades
ADHD-RS	Escala de Evaluación de TDAH
DSM IV	Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades
MTA	Estudio de Tratamiento multimodal de niños con TDAH
CGI	Impresión Clínica Global
CS	Cesar Soutullo
K-SADS	Entrevista para trastornos afectivos y la esquizofrenia para niños
N	Número
SPSS	Paquete estadístico para ciencias sociales para Windows versión 13
T1	Tiempo 1
T2	Tiempo 2

psicoeducación en comparación con el grupo que no recibió psicoeducación (10 mg / día frente a 19 mg / día, $p < 0,01$). Además, el aumento de la dosis no fue significativa en los pacientes del grupo de psicoeducación, pero fue significativo en los pacientes en el grupo no psicoeducación (Figura 2).

- b) En nuestra muestra, la combinación de psicoeducación y el tratamiento farmacológico era al menos tan eficaz como el tratamiento farmacológico solo, pero requiere dosis más bajas de medicación.

Este estudio tiene muchas limitaciones que deben tenerse en cuenta al valorar las conclusiones y su aplicabilidad clínica:

1) Debido a que los cuestionarios no se distribuyeron hasta 13 a 15 meses después de la psicoeducación, otras posibles variables puede haber influido en los resultados finales. Hubiera sido conveniente incluir cuestionarios inmediatamente antes y después del programa.

2) Una muestra más grande podría ayudar a aclarar algunos resultados, pero el hecho de que incluso con una pequeña muestra se obtuvieron resultados significativos puede sugerir un gran efecto de la psicoeducación.

3) Debido a la naturaleza de este estudio, los pacientes fueron solamente seguidos durante 15 meses, por lo que no podemos sacar conclusiones de la eficacia del programa a más largo plazo.

CONCLUSIONES

A pesar de estas limitaciones, nuestros hallazgos sugieren que un programa como el descrito, realizado por enfermería podría contribuir positivamente al tratamiento multidisciplinar de niños con TDAH (24, 25). La valoración del programa por los padres fue muy positiva. La continuación de esta línea de investigación en enfermería con muestras más amplias, y a más largo plazo, podría confirmar los resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFIA

1. Still G.F. The Goulstonian Lectures on some abnormal psychical condition in children: lecture I. *Lancet*. 1902; 1: 1008-1168.
2. American Psychiatric Association, APA. Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR (Text Revision). Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc, 2000.
3. World Health Organisation ICD-10 Chapter V,

Mental and Behavioural Disorders. FOO-F99. Geneva: WHO, 1990.

4. Benjumea P., Mojarro M.D. Trastornos hiperactivos: estudio epidemiológico en doble fase de una población sevillana. *Anales de Psiquiatría*. 1993; 9: 306-311.
5. Cardó E, Servera M, Llobera J. Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población normal de la Isla de Mallorca. *Revista de Neurología*. 2007; 44: 10-14.
6. Escobar R., Soutullo C., Hervás A., Gastaminza X., Polavieja P., Gilaberte I. Worse Quality of Life for Children With Newly Diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Compared With Asthmatic and Healthy Children. *Pediatrics*. 2005; 116: 364-369.
7. Barkley R., Fischer M., Smallish L., Fletcher K. Young Adult Outcome of Hyperactive Children: Adaptive Functioning in Major Life Activities.. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2006; 45: 192-202.
8. MTA Cooperative Group Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*. 1999; 56: 1073-1086.
9. Webster-Stratton, C. & Hammond, M.. Treating children with early-onset conduct problems: A Comparison of Child and Parent Training Interventions. *Journal of Clinical and Consulting Psychology* 1997; 65: 95-109.
10. Brestan E. & Eyberg S. Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents; 29 years, 82 studies, and 5272 kids. *Journal of Clinical Psychology*. 1998; 27: 180-189.
11. Chambless D. & Hollon S. defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1998; 66: 7-18.
12. Patterson J., Mockford C., Stewart-Brown S. Parent's perceptions of the value of the Webster-Stratton Parenting Programme: a qualitative study of a general practice based initiative. *Child Care Health and Development*. 2005; 31: 53-64.
13. Goodman R. The strengths and difficulties questionnaire A research note. *Journal of Child Psychology*. 1997; 38: 581-586.

14. Moos RH. Family environment scale. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, 1974.
15. DuPaul G.J., Power T.J., Anastopoulos A.D., Reid R. ADHD Rating Scale-IV. Checklists, norms, and clinical interpretation. New York: Guilford Press, 1998.
16. Rapado M., Incera S., Díez Martínez de Morentin A. Cuestionario de Evaluación General del Programa Psicoeducativo para padres de niños con TDAH. (Evaluation Questionnaire of the Psychoeducational program for parents of children with ADHD). Navarra: Clínica Universidad de Navarra, 2006.
17. DuPaul G, Power T, Anastopoulos A, Reid R, McGoey K, Ikeda M. Teacher ratings of attention deficit hyperactivity disorder symptoms: factor structure and normative data. *Psychological Assessment*. 1997; 9: 436-444.
18. Döpfner M, Steinhausen H.C., Coghill D., Dalsgaard S., Poole L., Ralston S.J., Rothenberger A. Cross-cultural reliability and validity of ADHD assessed by the ADHD Rating Scale in a pan-European study. *European Children and Adolescent Psychiatry*. 2006; 15: S46-S55.
19. Wolraich ML, Lambert W, Doffing MA, Bickman L, Simmons T, Worley K. Psychometric properties of the Vanderbilt ADHD diagnostic parent rating scale in a referred population. *Journal of Pediatric Psychology*. 2003; 2: 559-567.
20. Palmieri P.A., Smith G.C. Examining the structural validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a U.S. sample of custodial grandmothers. *Psychological Assessment*. 2007; 19: 189-198.
21. Oliver L., Findlay L., McIntosh C., Kohen D. Aboriginal Children's Survey. Evaluation of the Strengths and Difficulties Questionnaire. Ontario, Canada: Ministry of Industry, 2009.
22. Moos RH. Conceptual and empirical approaches to developing family-based assessment procedures: resolving the case of the Family Environment Scale. *Family Process*. 1990; 29: 191-198.
23. Statistical Package for Social Science, SPSS for windows V13. Statistical Package For The Social Sciences Version 13. Chicago: SPSS Inc., 2004.
24. Montoya A, Colom F, Ferrín M (2011). Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic literature review. *Eur Psychiatry*. 2011; 26: 166-75.
25. Soutullo C. (2003) Diagnóstico y tratamiento farmacológico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Medicina Clínica*. 2003; 120: 222-226.