



Intervenciones de Capacitación Parental para los Niños en Edad Preescolar

ROBERT J. MCMAHON, PhD

University of Washington, EE.UU.

(Puesto en línea, en inglés, el 16 de mayo de 2006)

(Puesto en línea, en español, el 5 de marzo de 2010)

Tema

Habilidades Parentales

Introducción

Existe un número creciente de pruebas sustanciales relativas a la importancia del rol que los factores de riesgo familiares desempeñan al propiciar la entrada de los niños pequeños a la escuela y la evolución de los problemas de conducta a través de comenzar antes la escuela. Este modelo se caracteriza por tres elementos: el inicio de los trastornos conductuales (tales como los niveles excesivos del desarrollo de la agresividad, disconformidad, y otras conductas reactivas) en los años de preescolar e inicio de la escuela primaria; un alto nivel de continuidad de este comportamiento durante la infancia, adolescencia y edad adulta, y un mal pronóstico.^{1,2} La formulación más integral basada en la familia para el modelo un inicio temprano ha sido el modelo de coacción desarrollado por Patterson et al.^{3,4} Este modelo describe un proceso de entrenamiento básico en trastornos conductuales que se producen en el contexto de un ciclo progresivo de interacciones coactivas madre/padre-hijo en el hogar, comenzando antes del ingreso a la escuela. Se cree que la causa próxima de la entrada en el ciclo es debido al manejo ineficiente de estrategias parentales, particularmente en lo relativo al cumplimiento del niño con las órdenes, normas, y reglas durante el período preescolar. Los tipos de prácticas de los padres que han sido estrechamente asociadas con el desarrollo de problemas conductuales del niño incluyen la disciplina irracional, la disciplina explosiva irritable, la baja supervisión y participación y una disciplina rígida e inflexible.⁵ A medida que este proceso de manejo parental de crianza poco efectivo continúa desarrollándose en el tiempo, se producen aumentos significativos en el ritmo e intensidad de las conductas coactivas por parte del niño cuando los miembros de la familia refuerzan y participan de las conductas agresivas. Otros factores de riesgo familiar que pueden producir efectos directos o indirectos en las prácticas de los padres incluyen las cogniciones de inadaptación social personal (por ejemplo, conducta antisocial, uso de drogas, depresión maternal) y dificultades entre los padres (por ejemplo, problemas conyugales), angustia y mayor aislamiento social (por ejemplo, insularidad).¹

Materia

El Entrenamiento Parental, EP (PT por sus siglas en inglés) puede ser definido como un enfoque para tratar problemas de conducta infantil utilizando procedimientos en los cuales los padres son capacitados para cambiar su conducta hacia el niño en el hogar. Los padres se reúnen con un terapeuta o entrenador que les enseña a utilizar procedimientos específicos para alterar las interacciones con sus niños, promover conductas sociales, y reducir los comportamientos anormales.⁶ El EP ha sido aplicado en un amplio espectro de problemas de niños y poblaciones; pero se ha empleado fundamentalmente en el tratamiento de los pre-adolescentes (por ejemplo, en edad preescolar a escolar) que muestran conductas problemáticas declaradas, tales como berrinches, agresividad y desobediencia excesiva, y es en esta área que el EP tiene el mayor apoyo empírico. Este artículo abordará las intervenciones de EP en los niños de edad preescolar (tres a cinco años) que presentan niveles excesivos de problemas conductuales declarados.

La suposición subyacente de modelos de EP basados en el aprendizaje es que algún tipo de déficit en las habilidades parentales de educación y crianza ha sido al menos parcialmente responsable del desarrollo y/o mantención de las conductas problemáticas. Los elementos centrales del modelo EP incluyen los siguientes enfoques: primero, la intervención es realizada fundamentalmente con los padres, y con un contacto mucho menor con el terapeuta del niño. Segundo, los terapeutas desplazan el foco de atención de los padres de la conducta problemática del niño hacia los objetivos sociales. Tercero, el contenido de estos programas generalmente incluye instrucción en los principios de aprendizaje social que subyacen en las técnicas parentales. Los padres son capacitados en la definición, monitoreo y seguimiento de la conducta del niño, en procedimientos de refuerzo positivo, incluyendo elogios y otras formas de atención parental positiva y sistemas de puntos o fichas, no utilización de castigos, aunque sean leves, como ignorar, costo de respuesta, y pausas en vez de castigos físicos; también aprenden a impartir instrucciones u órdenes claras y a resolver conflictos. Finalmente, en el enfoque EP, los terapeutas hacen uso extensivo de instrucciones, modelos, juego de roles, ensayos conductuales, y ejercicios estructurados para el hogar para promover padres efectivos.⁶⁻⁸

Problemas

Pese al progresivo énfasis en el uso de las prácticas sustentadas en la evidencia en esta área,⁹ la inmensa mayoría de las intervenciones basadas en la familia que están en el mercado nunca ha sido evaluada de una manera rigurosa y sistemática. Sin embargo, estos programas son usados extensa y progresivamente. El cuadro es más positivo con respecto a las intervenciones EP basadas en el aprendizaje social. Sin embargo, pese a que la eficacia del EP a corto plazo relativa a producir cambios en las conductas tanto de padres como de hijos ha sido demostrada en forma reiterada (ver a continuación), el EP no es efectivo para todas las familias. Primero, como otros tipos de tratamiento para niños, se produce deserción escolar, con tasas promedio aproximadas de 28 por ciento.¹⁰ Segundo, para las familias que no siguen participando, las intervenciones de EP han demostrado que son generalizadas (por ejemplo, al hogar, en el tiempo, a otros niños de la familia) y que tienen validez social (por ejemplo, si los cambios terapéuticos son “importantes clínica o socialmente” para el cliente)¹¹ en diferentes grados: algunos de modo impresionante, otros con efectos moderados, y otros sin ninguna variación.¹²

Tercero, aunque hay datos sobre las diferentes características de las familias y los niños que predicen ciertos resultados (por ejemplo, gravedad del comportamiento del niño, conductas parentales irracionales y coactivas, problemas de adaptación de los padres), existe una relativa escasez en la atención prestada si: a) el proceso de cambio real que está orientado por el EP y b) existen ciertos subgrupos (por ejemplo, basados en género, o estatus de minoría del niño o el nivel socioeconómico de la familia) hacia quienes el EP es más o menos efectivo.

Contexto de Investigación

En los últimos 35 años, han aparecido cientos de estudios que se han centrado en el EP con niños con problemas conductuales.^{8,12-15} Los diseños de estos estudios han fluctuado desde descripciones de casos, diseños de casos particulares, y simples evaluaciones pre y post tratamiento a gran escala, así como ensayos clínicos aleatorios con diferentes condiciones comparadas de tratamiento alternativo y controlado. En general, el grado de sofisticación metodológica de varias de estas evaluaciones es bastante alto.^{1,13,15}

Preguntas Clave de Investigación

1. ¿Cuál es la evidencia para la eficacia, generalización y validez social de las intervenciones de EP con niños pequeños?
2. ¿Cuáles son los mecanismos a través de los cuales se logran los cambios en las conductas del niño?
3. ¿El EP es eficaz diferenciadamente a) para diversos subgrupos de niños, padres, o familias y b) como una función del tipo y forma de la intervención en sí misma? De no ser así, ¿son necesarias las intervenciones específicas de los subgrupos para mejorar el apoyo/la estrategia?
4. ¿Cuál es la mejor forma de difundir las intervenciones de EP basadas en la evidencia a un radio más amplio de la comunidad, para que se utilicen con una fidelidad razonable pero con tolerancia para adaptaciones necesarias en el terreno?

Resultados de Investigaciones Recientes

Eficacia, generalización y validez social

Los apoyos EP a niños pre-adolescentes (incluyendo los de cinco años de edad y menores) han sido el centro del conjunto más abundante y sofisticado de investigaciones de intervención con niños que presentan problemas conductuales, y han mostrado los más promisorios resultados. Las intervenciones EP han sido utilizadas exitosamente en los hogares y centros clínicos, e implementadas con familias individuales o con grupos de familias, y han involucrado algunas o todas las técnicas educativas citadas. Las intervenciones EP auto-administradas pueden ser efectivas con algunas familias, aunque en otros casos se puedan requerir estrategias de mayor intensidad.¹³ Los resultados del tratamiento inmediato han sido cuantificados por los cambios en las conductas de los padres (por ejemplo, menos autoritarios, controladores y críticos y más positivos), comportamiento del niño (por ejemplo, menos agresivo verbal y físicamente, más obediente, y menos destructivo), y percepciones de los padres sobre el ajuste de sus hijos. Revisiones recientes^{1,13,15} han identificado un número de intervenciones de EP que presentan una sólida base de evidencia para mejorar los problemas conductuales de niños

de edad preescolar, incluyendo Ayudando al Niño Desobediente (Helping the Noncompliant Child),¹⁶ Los Años Increíbles,¹⁷ la Terapia de Interacción Madre/Padre/Hijo,¹⁸ Entrenamiento de Manejo Parental de Oregon,¹⁹ y Triple P (Programa de Padres Positivos).²⁰

Gran parte de las intervenciones que contemplan seguimientos los hogares, a los hermanos y a las conductas no tratadas durante un período significativo de tiempo, (hasta seis años y más del término del tratamiento), han arrojado efectos positivos. La validez social (por ejemplo, satisfacción del consumidor, mejoramiento del rango normativo) de estos efectos también ha sido documentada. Por ejemplo, en su revisión del meta-análisis del entrenamiento de padres, Serketich y Dumas¹⁵ informaron que 17 de 19 grupos de intervención cayeron bajo el rango clínico de al menos un factor de medición, y 14 grupos lo hicieron en todas las variables. Adicionalmente, cada uno de los cinco programas de EP señalados anteriormente han sido evaluados positivamente en comparación con las condiciones de la lista de espera controlada/sin tratamiento, así como con las terapias²¹ a los sistemas familiares y los servicios comunitarios de salud mental disponibles.²²

Mecanismos

Diversos estudios han demostrado que los cambios en las conductas de los padres²³⁻²⁶ median los efectos del EP en los niños pequeños con problemas de conducta. Éste es un descubrimiento fundamental que va al centro del EP, frente a la hipótesis relativa al mejoramiento de la conducta de los padres como el mecanismo central a través del cual se producen los cambios en el comportamiento del niño.

Moderación

En general, se ha brindado reducida atención a la magnitud en que el EP puede diferenciarse eficazmente con distintos subgrupos de niños, padres y familias, o como una función de ámbitos distintos (por ejemplo, estrategias de implementación del tratamiento). En los moderadores potenciales de eficacia están incluidas las características del niño como la intensidad del problema conductual, gravedad de los problemas mentales co mórbidos (por ejemplo, Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad, TDAH (ADHD, por sus siglas en inglés), ansiedad/depresión), edad, género y estatus de minoría. Los ejemplos de las características de los padres y familiares que pudieran servir como moderadores potenciales incluyen adecuación conyugal y personal, familia monoparental y estatus socioeconómico familiar. Un estudio meta-analítico reciente que analizó los moderadores de EP descubrió que en los casos de los problemas de conducta del niño más severos, el estatus monoparental y, las desventajas económicas (por ejemplo, estatus socioeconómico bajo), con una administración grupal del programa, (por oposición a la administración individual) las consecuencias arrojaron resultados más precarios en el comportamiento de los padres y la percepción parental. Sorprendentemente, la edad del niño no constituyó un moderador significativo. Lundahl *et al.*¹³ informaron que en las familias con desventajas, el EP individual fue asociado con resultados de comportamiento más positivos tanto de los padres como del niño que en el EP grupal. Otros estudios han identificado el estatus de apego adulto²⁷ y las dificultades conyugales²⁸ como moderadores de resultados de EP. El género del niño no pareció

moderar los resultados, aunque la investigación realizada tuvo un alcance limitado. Beauchaine et al.²³ informaron que factores como ansiedad/depresión co mórbida infantil (pero no el TDAH ni el género del niño), depresión de la madre, historias parentales de abuso de drogas, insatisfacción conyugal, y estatus de familia monoparental moderaron los efectos de la intervención del EP (en contraste con las intervenciones que no incluían el componente EP).

Efectividad/difusión

Los ensayos de efectividad de la implementación a gran escala del programa EP, así como los estudios de difusión intercultural, se están haciendo más frecuentes. Estos esfuerzos de investigación proporcionan información esencial sobre la viabilidad de utilizar las intervenciones EP en poblaciones diversas y replicar estas intervenciones en lugares del mundo real. Por ejemplo, los ensayos de efectividad interculturales de los programas Años Increíbles, Triple P y Entrenamiento de Manejo Parental de Oregón han sido orientadas o están funcionando en el Reino Unido²⁹, Canadá^{22,30}, Hong Kong³¹, Noruega³², y Australia.³³

Conclusiones

Se puede decir que el enfoque EP para la intervención en niños pequeños con problemas de orientación es el programa más requerido, dado el sustancial apoyo empírico que éste supone para la eficacia, generalización, y validez social. Existen, además, crecientes apoyos empíricos orientados a la premisa relativa a que el cambio en la conducta de los padres es un mecanismo clave para producir cambios en el comportamiento del niño. No obstante, la investigación meta-analítica sugiere que la eficacia del EP es menor en los casos de familias con desventajas económicas y monoparentales; mayor al administrarlo a niños con problemas de conducta más graves, y a familias individuales que grupales, y similar al ser utilizado con niñas o niños y en muestras más amplias o más reducidas. Los ensayos de difusión y efectividad a gran escala, muchos de los cuales se realizan en otros países, están proporcionando información relevante en relación a la viabilidad de implementar las intervenciones de EP en el mundo real.

Implicancias

Como un primer paso, es fundamental que los legisladores elijan los programas EP que cuenten con una base empírica adecuada. Al respecto, las revisiones clave^{1,13} y las listas de buenas prácticas⁹ pueden ser útiles puntos de partida para la identificación de intervenciones potenciales de EP.

Con respecto a los sistemas de entrega, los programas EP grupales puede ser una alternativa mejor en cuanto a costo-beneficio, aunque la implementación con familias individuales sea más eficaz, especialmente con familias de menores ingresos.¹³ En algunos casos, puede ser suficiente la autoadministración del programa. Se requieren pautas de orientación para la selección de formas de implementación particulares. El interés en las intervenciones para la prevención de problemas de conducta ha aumentado rápidamente en los últimos 15 años, en parte estimulado por el conocimiento progresivo sobre los patrones de inicio temprano de los problemas de conducta. El EP puede tener efectos preventivos significativos, especialmente si es aplicado durante el período

preescolar.^{35,36} Si el programa puede desempeñar un papel positivo en la prevención de los problemas de conducta, entonces tendrá consecuencias importantes en la reducción de la necesidad de comenzar intervenciones en el período de desarrollo y adultez.

Quizás la principal razón para su utilización a gran escala sea la relación costo-beneficio. El apoyo empírico del EP, la viabilidad de los manuales (que ayudan en un uso y difusión estandarizado) para muchos programas y sistemas de entrega de nivel múltiple, y su potencial para efectos preventivos son propicios a la relación costo-beneficio. Sin embargo, un análisis económico de las diferentes estrategias de intervención indicó que el EP tuvo mejores resultados en términos de costo-beneficio en la prevención de conductas delictivas posteriores que las visitas a los hogares más centros abiertos o a la supervisión de delincuentes.³⁷

Pese a la positiva evaluación del programa para niños pequeños con problemas de conducta, existen un sinnúmero de áreas que justifican la mantención y aumento de la atención. Éstas incluyen: a) desarrollo de pautas de selección de tratamiento; b) énfasis continuado en la identificación y elaboración de procesos de participación y cambio familiar producidos por el EP;³⁸ c) análisis de cómo aumentar los resultados y la generalización de los efectos, especialmente respecto de grupos con escasa atención, tales como los de sectores económicamente vulnerables; d) el papel que el EP juega como intervención preventiva; y e) mayor atención a los temas pragmáticos, empíricos y conceptuales que están involucrados en la difusión a gran escala.³⁹

REFERENCIAS

1. McMahon RJ, Wells KC, Kotler JS. Conduct problems. In: Mash EJ, Barkley RA, eds. *Treatment of childhood disorders*. 3rd ed. New York NY: Guilford Press. In press.
2. Moffitt TE. Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review* 1993;100(4):674-701.
3. Patterson GR. *Coercive family process*. Eugene, Ore: Castalia Publishing Company; 1982.
4. Patterson GR, Reid JB, Dishion TJ. *Antisocial boys*. Eugene, Ore: Castalia Publishing Company; 1992.
5. Chamberlain P, Reid JB, Ray J, Capaldi DM, Fisher P. Parent inadequate discipline (PID). In: Widiger TA, Frances AJ, Pincus HA, Ross R, First MB, Davis W, eds. *DSM-IV sourcebook*. Vol. 3. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1997:569-629.
6. Kazdin AE. *Conduct disorders in childhood and adolescence*. 2nd ed. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1995:82.
7. Duman JE. Treating antisocial behavior in children: Child and family approaches. *Clinical Psychology Review* 1989;9(2):197-222.
8. Miller GE, Prinz RJ. Enhancement of social learning family interventions for childhood conduct disorder. *Psychological Bulletin* 1990;108(2):291-307.

9. Metzler C, Eddy M, Taylor TK. The evidence standards of ten “best practices” lists and the evidence base of the top family-focused programs. Paper presented at: Symposium conducted at the meeting of the Society for Prevention Research, “Finding common ground among “best practices” lists: The evidence base and program elements of top family focused and school-based programs”, [Metzler, Chair]; May, 2002; Seattle, Wash.
10. Forehand R, Middlebrook J, Rogers TR, Steffe M. Dropping out of parent training. *Behaviour Research and Therapy* 1983;21(6):663-668.
11. Kazdin AE. Assessing the clinical or applied importance of behavior change through social validation. *Behavior Modification* 1977;1(4):427-452.
12. McMahon RJ. Parent training. In: Russ SW, Ollendick TH, eds. *Handbook of psychotherapies with children and families*. Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers; 1999:153-180.
13. Lundahl B, Risser HJ, Lovejoy MC. A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review* 2006;26(1):86-104.
14. O’Dell SL. Training parents in behavior modification: A review. *Psychological Bulletin* 1974;81(7):418-433.
15. Serketich WJ, Dumas JE. The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior Therapy* 1996;27(2):171-186.
16. McMahon RJ, Forehand RL. *Helping the noncompliant child: Family-based treatment for oppositional behavior*. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 2003.
17. Webster-Stratton C. The Incredible Years: A training series for the prevention and treatment of conduct problems in young children. In: Hibbs ED, Jensen PS, eds. *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2005:507-555.
18. Querido JG, Eyberg SM. Parent-child interaction therapy: Maintaining treatment gains of preschoolers with disruptive behavior disorders. In: Hibbs ED, Jensen PS, eds. *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2005:575-597.
19. Patterson GR, Reid JB, Jones RR, Conger RE. *A social learning approach to family intervention*. Eugene, Ore: Castalia Publishing Company; 1975. *Families with aggressive children*; vol 1.
20. Sanders MR, Markie-Dadds C, Turner KMT. *Theoretical, scientific, and clinical foundations of the Triple P-Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence*. St-Lucia, Australia: The Parenting and Family Support Centre, University of Queensland; 2003. Parenting Research and Practice, Monograph No. 1. Disponible en: http://www.pfsc.uq.edu.au/papers/Monograph_1.pdf. Visitado el 26 de octubre de 2007.

21. Wells KC, Egan J. Social learning and systems family therapy for childhood oppositional disorder: Comparative treatment outcome. *Comprehensive Psychiatry* 1988;29(2):138-146.
22. Taylor TK, Schmidt F, Pepler D, Hodgins C. A comparison of eclectic treatment with Webster-Stratton's parents and children's series in a children's mental health center: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy* 1998;29(2):221-240.
23. Beauchaine TP, Webster-Stratton C, Reid MJ. Mediators, moderators, and predictors of 1-year outcomes among children treated for early-onset conduct problems: A latent growth curve analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2005;73(3):371-388.
24. DeGarmo DS, Patterson GR, Forgatch MS. How do outcomes in a specified parent training intervention maintain or wane over time? *Prevention Science* 2004;5(2):73-89.
25. Feinfield KA, Baker BL. Empirical support for a treatment program for families of young children with externalizing problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2004;33(1):182-195.
26. Martinez CR Jr, Forgatch MS. Preventing problems with boys' noncompliance: Effects of a parent training intervention for divorcing mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001;69(3):416-428.
27. Routh CP, Hill JW, Steele H, Elliott CE, Dewey ME. Maternal attachment status, psychosocial stressors and problem behaviour: Follow-up after parent training courses for conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1995;36(7):1179-1198.
28. Dadds MR, Sanders MR, James JE. The generalization of treatment effects in parent training with multidistressed parents. *Behavioural Psychotherapy* 1987;15(4):289-313.
29. Scott S, Spender Q, Doolan M, Jacobs B, Aspland H. Multicentre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behaviour in clinical practice. *British Medical Journal* 2001;323(7306):194-197.
30. Patterson J, Barlow J, Mockford C, Klimes I, Pyper C, Stewart-Brown S. Improving mental health through parenting programmes: block randomised controlled trial. *Archives of Disease in Childhood* 2002;87(6):472-477.
31. Leung C, Sanders MR, Leung S, Mak R, Lau J. An outcome evaluation of the implementation of the Triple P-Positive Parenting Program in Hong Kong. *Family Process* 2003;42(4):531-544.
32. Ogden T, Forgatch MS, Askeland E, Patterson GR, Bullock BM. Implementation of parent management training at the national level: The case of Norway. *Journal of Social Work Practice* 2005;19(3):317-329.
33. Zubrick SR, Ward KA, Silburn SR, Lawrence D, Williams AA, Blair E, Robertson D, Sanders MR. Prevention of child behavior problems through universal implementation of a group behavioral family intervention. *Prevention Science* 2005;6(4):287-304.
34. Reid JB. Prevention of conduct disorder before and after school entry: Relating interventions to developmental findings. *Development and Psychopathology* 1993;5(1-2):243-262.

35. Bierman KL, Coie JD, Dodge KA, Greenberg MT, Lochman JE, McMahon RJ, Conduct Problems Prevention Research Group. A developmental and clinical model for the prevention of conduct disorder: The FAST Track Program. *Development and Psychopathology* 1992;4(4):509-527.
36. Tremblay RE, Vitaro F, Bertrand L, LeBlanc M, Beauchesne H, Boileau H, David L. Parent and child training to prevent early onset of delinquency: The Montreal longitudinal-experimental study. In: McCord J, Tremblay RE, eds. *Preventing antisocial behavior: Interventions from birth through adolescence*. New York, NY: Guilford Press; 1992:117-138.
37. Greenwood PW, Model KE, Rydell CP, Chiesa J. *Diverting children from a life of crime: measuring costs and benefits*. Santa Monica, Calif: The RAND Corporation; 1996.
38. Nock MK, Ferriter C. Parent management of attendance and adherence in child and adolescent therapy: A conceptual and empirical review. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2005;8(2):149-166.
39. Turner KMT, Sanders MR. Dissemination of evidence-based parenting and family support strategies: learning from the Triple P – Positive Parenting Program system approach. *Aggression and Violent Behavior* 2006;11(2):176-193.

*Este artículo ha sido traducido por la Junta Nacional de Jardines Infantiles -JUNJI-
Gobierno de Chile.*

Para citar este documento:

McMahon RJ. Intervenciones de capacitación parental para los niños en edad preescolar. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia* [en línea]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010:1-9. Disponible en: <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/McMahonRJESp.pdf>. Consultado [insertar fecha].

Copyright © 2010