

24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

" VALIDACION SOCIAL DE UN PROGRAMA ECO-CONDUCTUAL PARA LA PREVENCION Y TRATAMIENTO DEL MALTRATO INFANTIL "

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADO EN PSICOLOGIA PRESENTA: MONICA FULGENCIO JUAREZ



DIRECTOR DE TESIS: DR. HECTOR E. AYALA VELAZQUEZ ASESOR: MTRO. ARIEL VITE SIERRA

MARZO, 1996.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Héctor Ayala Velázquez,
por ser quien dirigió mi formación dentro de la
psicología y por otorgarme todo lo necesario para
realizar este trabajo.

Al Mtro. Ariel Vite Sierra,
por las mil y un revisiones que me hiciste, por tu
interés en el trabajo y por tu paciencia.

A la Lic. Lydia Barragán Torres,
por tu invaluable ayuda dentro del programa.

Al Mtro. Samuel Jurado Cárdenas,
por tu gran calidad humana.

A la Lic. Leticia Echeverría San Vicente,
por tu apoyo en la corrección de este trabajo.

DEDICATORIAS

A José Fulgencio, Ofelia Lozano, Andrés Juárez y Juana de la Luz; por haber empezado esta historia.

A José Francisco Fulgencio, por haber sido mi "cuate" durante tanto tiempo y por enseñarme a valorar lo más simple.

A Amalia Juárez, por ser mi ayuda incondicional y por el amor que nos has dado.

A Gaby, por ser la línea de orden pero también la carcajada de la casa.

A Pepe, por tu nobleza y tu bondad directamente proporcional con tu tamaño.

A Chela, por todas las travesuras y aventuras que hemos compartido juntas.

A Carlos, por las canas que me has sacado.

A Lulú, por tus ricos pasteles, pero sobre todo por ser como mi conciencia.

A Claudia, por ser mi confidente, mi hermanita, y porque estás chiquita.

A Danny, Gaby, Joana, Mariana y Humberto, porque son quienes le dan sentido a este viaje.

A Roberto, por tu inagotable paciencia y bondad, te amo.

A Silvia, Vero A., Bety y Vero H., porque siempre están preparadas para ayudarme a resolver los problemas. Las quiero mucho.

A Alicia, por tu ejemplo que siempre me saca de los momentos de depresión.

A Yedith, Silvia, Eli y Gaby, porque juntas hacemos un gran equipo.

A Sally, Jenny, Brenda, Trini, Sacra, Danny, Gloria, Lola, Gaby, Lulú y Alicia por sus estupendas actuaciones.

A Mary, Manuel, Ede, Gaby, Humberto, Gloria, Pichín, Yadira, Margarita, Lola, Blanca, Tomás, Beatriz, Tomás, Ale, Lupita, Carmen, Daniel, Trinidad, Lidia, Lupita, Carmelita, Ade, Roberto, Tere, Miguel, Ale, Pepe, Coty, Lety, Ruth, Adriana, Martha y Gina por haber participado en este trabajo resistiendo la agotadora tarea de evaluar.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPÍTULO 1. Maltrato Infantil. | |
| 1.1 ¿Qué es el maltrato infantil? | 3 |
| 1.2 Modelos Explicativos del Maltrato Infantil. | 4 |
| 1.3 Factores Asociados al Maltrato Infantil | 4 |
| 1.4 Proyecto 12 Caminos: Un modelo eco-conductual. | 6 |
| CAPÍTULO 2. Descripción del Programa de Prevención y Tratamiento del Maltrato Infantil: Una aproximación eco-conductual. | 8 |
| CAPÍTULO 3. Validación Social. | |
| 3.1 ¿Cómo surge la Validación Social? | 11 |
| 3.2 ¿Qué es Validación Social? | 12 |
| 3.3 Factores que afectan la Aceptabilidad de un Tratamiento. | 13 |
| 3.4 Modelos sobre Aceptabilidad del Tratamiento. | 18 |
| MÉTODO | |
| EXPERIMENTO 1. Validación de Metas. | 20 |
| Sujetos | 20 |
| Instrumentos de medición | 20 |
| Escenario | 20 |
| Procedimiento | 20 |
| Resultados | 21 |
| EXPERIMENTO 2. Validación de Procedimientos. | 23 |
| Sujetos | 23 |
| Instrumentos de medición | 24 |
| Escenario | 25 |
| Materiales | 25 |
| Procedimiento | 34 |
| Resultados | 35 |

| | |
|---|-----------|
| EXPERIMENTO 3. Validación de Resultados. | 43 |
| Sujetos | 43 |
| Instrumentos de medición | 44 |
| Escenario | 44 |
| Procedimiento | 44 |
| Resultados | 46 |
| | |
| RESULTADOS GENERALES | 52 |
| | |
| DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES | 54 |

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

- 1. Cuestionario de satisfacción con las metas de tratamiento.**
- 2. Inventario de evaluación del tratamiento.**
- 3. Cuestionario de satisfacción con el entrenamiento a padres.**
- 4. Cuestionario de satisfacción con el entrenamiento en prevención de accidentes en el hogar.**
- 5. Cuestionario de satisfacción con el entrenamiento en el manejo de problemas de desobediencia.**
- 6. Cuestionario de satisfacción con el entrenamiento en interacción.**
- 7. Cuestionario de satisfacción con el programa de consejo marital.**
- 8. Cuestionario de satisfacción con el entrenamiento en actividades planeadas.**
- 9. Treatment Evaluation Inventory**

INTRODUCCION

Desde la década de los sesentas, muchas investigaciones en psicología se han enfocado al desarrollo, refinamiento y aplicación de estrategias de modificación de conducta (Reimers, Wacker y Koepl, 1987). Como resultado, los psicólogos han tenido a su disposición un gran número de procedimientos que han demostrado su efectividad para resolver problemas de conducta exhibidos por los niños en las instituciones, en las escuelas y en el hogar.

Sin embargo, el hecho de que existan diversos procedimientos, no asegura que cualquiera de estos será efectivo o que tendrá éxito (Elliott, 1988; Reimers, et. al., 1987).

La efectividad del tratamiento puede ser evaluada realizando registros de la conducta antes y después del tratamiento, observando las modificaciones provocadas por la variable experimental. Además existen dos diseños comunmente utilizados para demostrar el control confiable de un cambio conductual: a) la técnica de reversión, donde una conducta es medida hasta que se estabiliza para después aplicar la variable experimental y observar si produce un cambio en la conducta; y b) la técnica de línea base múltiple, esta alternativa es valiosa cuando trabajamos con conductas irreversibles, aquí diversas respuestas son identificadas y medidas para obtener líneas base estables, después el experimentador aplica la variable experimental a una de las conductas provocando un cambio, para después verificarlo midiendo nuevamente la conducta. (Sidman, 1966).

A través de estas técnicas se puede obtener evidencia de que el procedimiento es efectivo y que el cambio en la conducta no es producto de la coincidencia (Sidman, 1966).

No obstante, para el análisis conductual aplicado, la efectividad de las técnicas conductuales se refiere a que produzcan efectos con valor práctico, es decir, que puedan alterar las conductas importantes para la sociedad (Baer, Wolf y Riskey, 1968).

En este sentido, la efectividad de los procedimientos de modificación conductual estaría relacionada con juicios de valor subjetivo dados por la sociedad (Wolf, 1978).

Por ello, es necesario medir la importancia clínica del objetivo de tratamiento, el procedimiento utilizado y los resultados obtenidos por el tratamiento; a través de la evaluación subjetiva, evaluando las opiniones de los individuos que tienen contacto con el paciente (Kazdin, 1980a, 1980b; Wolf, 1978).

Por otro lado, esta forma de evaluación es un medio necesario para demostrar la utilidad aplicada de la investigación, y representa un paso importante hacia el mejoramiento de la efectividad y el mantenimiento de las intervenciones aplicadas (Braukman, Fixsen, Kirigin, Phillips, Phillips y Wolf, 1974).

Además, si la comunidad tiene derecho de elegir el tratamiento y evaluar los resultados, se modificará la conducta de los terapeutas, obligándolos a mejorar los servicios que ofrecen (Bushell, Jackson y Weis, 1974; General, 1974).

CAPITULO 1. Maltrato Infantil.

El maltrato infantil es reconocido como un serio problema social, de acuerdo con las estimaciones del Programa de Prevención del Maltrato al Menor (DIF-Preman, 1992), se reportan 8,830 casos de niños maltratados cada año en la Ciudad de México. Por otra parte, la Procuraduría General de Justicia señala que en un periodo de siete meses en 1991 se presentaron 9,577 denuncias relativas a maltrato a menores; sin embargo, el número de infantes maltratados podría ser mayor debido a que gran parte de los casos no son reportados.

1.1 ¿Qué es el maltrato infantil?

La definición del maltrato infantil ha sufrido una serie de modificaciones a través del tiempo, estas se deben, por un lado, a los cambios en la legislación respecto a los derechos del niño y de los padres; y por otro lado al papel que juega el estado dentro de la dinámica familiar.

Por esta razón la mayoría de las definiciones se han basado principalmente en las acciones u omisiones consideradas como intencionales. Por lo cual la definición que ha tenido mayor aceptación en este campo es la propuesta por Gil (1970), quien indica que el maltrato infantil es el empleo intencional, y no accidental, de la fuerza del padre o tutor hacia el niño y que tiene como finalidad dañarlo o destruirlo.

Por otra parte, el maltrato infantil se ha clasificado en diferentes tipos dependiendo de su topografía:

1. Abuso físico. Se ha definido como un acto intencional por parte de los padres y se caracteriza por el uso de la violencia física (Wolfe, 1988; Kelly, 1983). Usualmente se da en discreción, en episodios de baja frecuencia y se acompaña por frustración y enojo hacia el niño (Kelly, 1983).
2. Negligencia. Involucra maltrato a través de actos de omisión, tales como fallas de los padres al cubrir las necesidades físicas, nutricionales, médicas, emocionales y de educación (Wolfe, 1988; Kelly, 1983).
3. Abuso sexual. Se refiere a la penetración sexual oral, anal o genital por parte de un adulto; al contacto genital u otros actos tales como caricias. El contacto forzoso o coercitivo con una persona mucho mayor se considera abuso sexual (Hansen, 1992).
4. Maltrato psicológico. Se entiende como un ataque por parte de un adulto que va en contra del desarrollo de un niño o la obstrucción del desarrollo de sus relaciones sociales (Garbarino, Guttman y Seeley, 1986).

1.2 Modelos Explicativos del Maltrato Infantil.

A la fecha, se han articulado tres modelos para explicar el fenómeno del maltrato infantil. Estos son el modelo psicodinámico (Merrill, 1962), el sociológico (Garbarino, 1976) y el de aprendizaje social (Kelly, 1983).

El modelo psicodinámico resalta las características psicopatológicas de los padres, las cuales según Merrill (1962), explican el maltrato al menor. Las características psicopatológicas más comunes son: impulsividad, rigidez, baja auto-estima, distorsión de la percepción sobre el niño, etc.

El modelo sociológico, se basa en la instrumentación de acciones que tengan como objetivo alterar las condiciones sociales que propician el maltrato infantil, a través de la distribución equitativa de los recursos. Estos factores incluyen aspectos sociodemográficos como el desempleo y la pobreza, que pueden decrementar la habilidad de los padres para controlar la ira y la frustración (Garbarino, 1976).

Desde el punto de vista del modelo de aprendizaje social, se conceptúa al maltrato infantil como un proceso coercitivo aprendido por los miembros de la familia, es decir, que cada miembro de la familia aprende a manejar una serie de técnicas aversivas para el autocontrol, y este proceso es escalado hasta promover episodios de maltrato (Kelly, 1983).

No obstante, diversas investigaciones realizadas sobre la incidencia del maltrato a menores han identificado una serie de factores que podrían estar asociados al fenómeno de maltrato infantil, dichos factores se describen a continuación.

1.3 Factores Asociados al Maltrato Infantil.

Se ha encontrado que el maltrato infantil es un fenómeno complejo que involucra diversos factores, que al asociarse incrementan la probabilidad de que se presente un episodio de maltrato. Estos factores se han agrupado en características de los padres, características del niño y factores comunitarios.

a) Características de los padres.

Se han estudiado diferentes aspectos dentro de las características de los padres que podrían explicar la aparición del maltrato. Factores demográficos como juventud de los padres, bajo nivel educativo y socioeconómico, parecen hallarse con mayor frecuencia en los padres maltratadores que en los no maltratadores (Oliver, Cox y Buchanan, 1978; Gil, 1970).

Otra característica importante de los padres es la presencia de una historia personal de maltrato en la infancia. Wolfe (1988) señala que los padres que maltratan podrían estar imitando

las técnicas de crianza infantil utilizadas por sus padres. Por su parte Spinetta y Rigler (1972) mencionan que la razón del maltrato sería la reproducción transgeneracional de patrones de interacción padre-hijo, interacción que se caracteriza por el maltrato a los hijos.

Muchos incidentes de maltrato podrían ser resultado de interacciones inapropiadas provocadas por deficiencias en las habilidades o conocimientos de los padres. Estas deficiencias se podrían encontrar en áreas tales como el manejo del niño, la interacción padre-hijo, solución de problemas y control del enojo y del estrés (Hansen, 1992).

Además, se han observado en estos padres, características de personalidad negativas como insatisfacción en sus necesidades de amor y aceptación, una baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, débil control de impulsos, un alto grado de impulsos hostiles e inmadurez afectiva (Vesterdal, 1980; Green, 1979; Delataglia, 1976).

Diversas investigaciones han encontrado que los padres que maltratan tienen expectativas poco realistas y percepciones distorsionadas de la conducta de sus hijos o hacen atribuciones erróneas sobre las causas de la conducta infantil (Hansen, 1992; Larrance y Twentyman, 1983).

b) Características del niño.

Se ha encontrado que los niños maltratados se encuentran con mayor frecuencia en el primer año de vida, son de sexo masculino y su nacimiento ha estado rodeado por circunstancias negativas tales como el haber sido prematuros o producto de embarazos no deseados (Gómez, 1988; Smith y Hanson, 1974).

Por otro parte, se ha señalado que los niños maltratados son más agresivos, tanto a nivel verbal como físico, emiten más respuestas verbales negativas y son más desobedientes que los niños no maltratados (Bousha y Twentyman, 1984; Fiedrich y Einbender, 1983). Además, se ha señalado que los infantes con distorsiones del afecto, que interfieren con la interacción padre-hijo, elicitán respuestas negativas por parte de los padres (Gómez, 1988).

c) Factores comunitarios.

En cuanto a los factores medioambientales diferentes autores mencionan que la aceptación generalizada del uso de la violencia y el castigo físico en la relación padre-hijo, así como los problemas económicos, de empleo, de vivienda e interpersonales incrementan la probabilidad de maltrato (Hansen y Warner, 1992; Gómez, 1988; Logan 1979).

Como se observa, el maltrato infantil es un problema multicausal lo que dificulta el tratamiento de la familia que lo padece. Por esta razón, Lutzker (1984), considerando los tres modelos explicativos y los factores involucrados, propuso un modelo eco-conductual para el tratamiento y prevención del maltrato y la negligencia infantil.

1.4 Proyecto 12 Caminos: Un modelo eco-conductual.

El modelo eco-conductual considera cada acto de maltrato infantil como consecuencia de una interacción compleja entre la historia del perpetrador, las causas de la conducta, las características del niño y aquellos factores del medio ambiente que contribuyen al problema (Wesch y Lutzker, 1991). Por eco-conductual se entiende que el maltrato infantil es un problema multifactorial, por lo que requiere servicios de tratamiento multifacéticos que incluyan las deficiencias de los padres, los problemas de conducta infantil y las variables sociológicas (Lutzker, Wesch y Rice, 1984).

Desde este punto de vista, se creó el Proyecto 12 Caminos, el cual se caracteriza por el hecho de realizar intervenciones *in-situ*, es decir, en el ambiente donde el comportamiento problema se está presentando, interviniendo de manera directa en el medio del sujeto. Este enfoque dirige intervenciones en áreas tales como:

1. *Entrenamiento padre-hijo.* Este tiene como objetivo enseñar a los padres a utilizar instrucciones claras y concisas con sus hijos, a prestar atención y reforzar la conducta de los niños, así como a utilizar el tiempo fuera cuando se presente la conducta de desobediencia. Además, el entrenamiento incluye el uso de otras estrategias como la economía de fichas para tareas y actividades planeadas para facilitar otras tareas y mejorar las relaciones familiares.
2. *Entrenamiento en habilidades básicas.* El entrenamiento tiene como objetivo promover la independencia en el niño enseñándole habilidades básicas como el control de esfínteres, higiene básica como bañarse, lavarse las manos, cepillarse los dientes, vestirse, etc.
3. *Salud y nutrición.* Los padres son instruidos para mantener hábitos alimenticios sanos enseñándoles a planear, comprar y preparar alimentos nutritivos. Estas habilidades previenen la negligencia de los padres en la salud y nutrición de sus hijos.
4. *Seguridad del hogar.* Se ha encontrado que entre las familias donde se da el maltrato, predominan los hogares inseguros (Gelles, 1982). Estas condiciones pueden contribuir a la negligencia, por lo que en el Proyecto 12 caminos se trabaja con los padres describiéndoles los peligros comunes del hogar, se les enseña a manejar situaciones de peligro, y hacer las modificaciones necesarias en su casa para que sea un lugar seguro.
5. *Consejo marital.* A las parejas que presentan problemas en su relación se les proporciona entrenamiento en reforzamiento recíproco, enseñándoles a identificar los reforzadores para su esposo o esposa y a proporcionárselos para mejorar la relación; además se establecen contratos donde se comprometen a llevar a cabo las tareas propuestas en la sesión con el terapeuta (Azrin, Naster y Jones, 1973).
6. *Reducción del estrés.* A los pacientes que tienen problemas para manejar el estrés se les proporciona entrenamiento para la reducción del estrés en casa, utilizando la técnica de relajación

progresiva de los músculos o entrenamiento conductual para la relajación, así como entrenamiento en asertividad.

7. *Manejo de dinero.* Se proporciona a los usuarios un entrenamiento individualizado para enseñarlos a vivir de acuerdo con sus posibilidades económicas, para que aprendan a manejar la economía de su hogar, comprando sólo lo necesario.

8. *Manejo del tiempo libre.* Se instruye a los usuarios en cómo realizar actividades recreativas con la familia a fin de facilitar una mayor interacción con los miembros de la misma.

9. *Búsqueda de empleo.* Para los pacientes que estén interesados en conseguir empleo, se utiliza una aproximación modificada del "Job-Club", que consiste en enseñar habilidades para la búsqueda de empleo (Azrin y Besalel, 1980).

10. *Entrenamiento en auto-control.* Se desarrollan programas de auto-control conductual y estrategias cognitivas para ayudar a los padres a controlar su temperamento, bajar de peso, dejar de fumar, etc.

11. *Tratamiento para personas con problemas de alcoholismo.* La personas que presentan este problema son referidas a las agencias de la comunidad. Los terapeutas del proyecto complementan el trabajo ayudando al cliente a observar su conducta de beber.

12. *Madres solteras.* Las madres solteras jóvenes están en riesgo de convertirse en madres maltratadoras (Taylor, 1973). Por esta razón se les prepara para el nacimiento de su hijo, se les instruye en la nutrición que deben tener tanto ella como el bebé, en la selección del médico, cuidados del bebé y en estimulación temprana del bebé.

Este programa de intervención demostró resultados favorables al reducir con el tratamiento la reincidencia de los padres en la utilización del maltrato (Wesch y Lutzker, 1991; Lutzker, Wesch y Rice, 1984). Por lo cual, es un modelo de tratamiento recomendable para tratar la problemática de maltrato infantil; por esta razón, se llevó a cabo una réplica, adaptándolo a la población mexicana.

CAPITULO 2. Descripción del Programa de Prevención y Tratamiento del Maltrato Infantil: Una Aproximación Eco-Conductual.

Ante la alta incidencia del maltrato a menores en nuestro país, en 1992 se desarrolló el Programa de Prevención y Tratamiento del Maltrato Infantil: Una Aproximación Eco-Conductual, como una alternativa de tratamiento para las familias que presentaran la problemática de maltrato. Dicho programa cuenta con estrategias de investigación pertinentes para incrementar nuestro conocimiento sobre el tema y ofrecer atención profesional a esta población en particular.

De manera similar al Proyecto 12 Caminos, este programa se caracteriza por el hecho de realizar intervenciones *in situ*, es decir, en el ambiente donde se presenta el comportamiento problema. Este enfoque permite la intervención en diferentes áreas donde la familia puede tener conflictos, estas áreas son:

1. Entrenamiento a padres. En este se enseñan a los padres habilidades para modificar el comportamiento de sus hijos, se lleva a cabo en sesiones grupales donde los padres aprenden a aplicar los principios de reforzamiento y castigo, para incrementar la conducta apropiada de sus hijos y decrementar la conducta inapropiada sin utilizar el castigo físico. Además, se les instruye para identificar los antecedentes y las consecuencias de la conducta problema de sus hijos para que logren tener un mayor control de la conducta.

2. Entrenamiento en la interacción padre-hijo. La mayoría de los padres que son referidos al programa no cuentan con habilidades adecuadas de interacción con sus hijos. Generalmente, la forma en que se relacionan es pobre, los padres permanecen alejados del niño o no participan en una situación de juego con él. Por esta razón, el objetivo de esta intervención es incrementar las conductas de los padres, que propicien una interacción positiva con el niño; estas conductas son: premiar, sonreír, reír, proponer una actividad, acercamiento, contacto físico, contacto visual, compartir, etc.

3. Entrenamiento en el manejo de problemas de desobediencia. De acuerdo con el modelo propuesto por Forehand y McMahon (1981), se enseña a los padres a modificar su estilo instruccional utilizando instrucciones claras y concisas con sus hijos; así como a atender y recompensar la conducta apropiada de los niños.

4. Entrenamiento en actividades planeadas. Se enseñan a los padres habilidades para prevenir situaciones de riesgo a través de procedimientos de establecimiento de reglas y enseñanza incidental (Sanders y Dadds, 1982). El primero consiste en prevenir que ocurra la conducta problema instruyendo a la madre o al padre a establecer reglas con el niño, es decir, acordar con el niño cuál es el comportamiento que el padre espera de él. Los padres también aprenden a establecer con el niño el premio por cumplir la regla y un castigo por no seguirla.

El segundo procedimiento consiste en prevenir situaciones de riesgo aprovechando el momento en que el niño muestra interés por algún tema, para enseñarle nuevos conocimientos. El padre aprende habilidades como poner atención, enseñar conocimientos con explicaciones sencillas, modelar comportamiento adecuado, instigar, elogiar, dialogar, etc.

5. Seguridad en casa. Los padres son instruidos para minimizar los riesgos de su hogar, describiendo los peligros comunes de una casa y proporcionando retroalimentación sobre los peligros de su propia casa para que los padres realicen las modificaciones necesarias (Tertinger, Greene y Lutzker, 1984).

6. Consejo marital. A las parejas que presentan problemas en su relación se les entrena en reforzamiento recíproco (Azrin, Naster y Jones, 1973) y a solucionar sus problemas mediante la negociación (Kifer, Lewis, Green y Phillips, 1974).

El reforzamiento recíproco busca que la pareja haga conciencia de lo que hace el uno por el otro, mediante la evaluación de satisfacción de la pareja dentro de diez áreas del matrimonio, como son: responsabilidades del hogar, crianza de los hijos, actividades sociales, dinero, comunicación, sexo, progreso ocupacional, independencia personal, independencia del esposo y satisfacción general.

En el procedimiento de solución de problemas, los terapeutas enseñan a la pareja habilidades que fomentan la negociación, tales como: reconocer el conflicto, expresar su punto de vista sobre el problema, pedir a la otra persona que exprese lo que piensa sobre el conflicto, identificar las características del conflicto, negociar un plan de acción para resolverlo y establecer arreglos para solucionarlo. Se hace hincapié en mantener contacto visual, tono de voz moderado y acercamiento; así como a evitar los reproches, palabras altisonantes y pensar o decidir por la pareja.

Este programa ha producido diversos datos en relación a la efectividad de la intervenciones empleadas, dichas intervenciones han sido evaluadas observando los cambios en la conducta de los individuos y recolectando los datos de línea base y tratamiento. Sin embargo, dentro de los objetivos del proyecto se propuso realizar una evaluación, desde la perspectiva de los pacientes. Es decir, que los usuarios evaluaran las metas, los procedimientos y los resultados del tratamiento, obteniendo así la validación social del programa.

La validación social implica evaluar el impacto de la intervención, en términos de la efectividad del tratamiento para resolver el problema de importancia para el paciente, la aceptabilidad de los procedimientos utilizados y la satisfacción de los usuarios con los resultados obtenidos a partir del tratamiento.

Esta evaluación es necesaria en los programas de intervención conductual, y en particular en este modelo de intervención donde la problemática del maltrato infantil, por las características que posee, dificulta el tratamiento.

Dicha evaluación implicaría, por un lado, proteger a los usuarios evaluando las intervenciones que se proporcionan, para elegir la más apropiada de acuerdo con el problema de maltrato y negligencia infantil; y por otro lado, mejorar la efectividad y el mantenimiento de las intervenciones del programa.

CAPITULO 3. Validación Social.

En los últimos años, como una respuesta a la necesidad de validar los resultados obtenidos con los programas analítico-conductuales, por parte de los usuarios, ha surgido la validación social (Wolf, 1978).

La validación social representa uno de los medios para evaluar los programas de intervención conductual, así como los factores que influyen en la satisfacción del consumidor con el tratamiento (Reimers, Wacker y Kaepl, 1987).

Esto es necesario ya que los programas de tratamiento se desarrollan para resolver los problemas de los miembros de la sociedad y son ellos quienes, en última instancia, deben decidir si los tratamientos son aceptables o no (Reimers, et al., 1987).

Por otra parte, se ha encontrado que la aceptación del tratamiento influye directamente en su probabilidad de éxito (Reimers, et al., 1987; Fawcett y Miller 1975), por lo cual, es importante validar socialmente los programas de intervención conductual.

3.1 ¿Cómo surge la validación social?

El tema de validación social, aún cuando tiene un desarrollo reciente en el análisis conductual aplicado, fue establecido anteriormente en tres áreas de investigación:

- a) Satisfacción del paciente con el tratamiento médico (Wienerman, 1964; Koos, 1955; Makeover, 1950).
- b) Expectativas del cliente y satisfacción con la psicoterapia (Bordin, 1955; Grant, 1954; Barahal, Bramer y Shostrom, 1950; Rogers, 1942).
- c) Satisfacción del consumidor y del empleado en negocios (Mausner y Synder, 1959; Goode y Fowler, 1949; Roethlisberger y Dickson, 1939).

Sin embargo, el concepto de validación social, como tal, surge a finales de los setentas en el análisis conductual aplicado cuando Wolf (1978) señala que el propósito del análisis conductual es la aplicación de éste a problemas de importancia social; por lo que se cuestiona: "¿Qué significa *importancia social* y cómo se puede medir?".

3.2 ¿Qué es Validación Social?

Según Wolf (1978), la validación social se refiere a evaluar o medir la *importancia social* de las metas, los procedimientos y los resultados de una intervención.

Wolf (1978) indica que el concepto de *importancia social* se refiere a un juicio de valor subjetivo que sólo la sociedad puede hacer, por lo que se deben desarrollar sistemas de medición para preguntar a la sociedad si el cambio en la conducta, y/o el proceso utilizado para modificarla tienen valor para la sociedad.

En este sentido Wolf (1978) propone que se validen las intervenciones en cuanto a sus metas de tratamiento, procedimientos empleados y resultados.

a) *Validación de Metas.*

Se refiere a evaluar si las conductas meta son realmente lo que la sociedad quiere (Wolf, 1978). Diversos autores se han interesado por validar las metas de tratamiento, con el propósito de identificar si los objetivos de los programas de tratamiento toman en cuenta la modificación de conductas socialmente importantes; así como para establecer la satisfacción del consumidor con los objetivos del programa de intervención (Quinn, Sherman, Sheldon, Quinn y Harchik, 1992; Kaoukis, 1991; Van Houten, 1979; Minkin, Braukmann, Minkin, Timbers, Timbers, Fixsen, Phillips y Wolf, 1976; Fawcett y Miller, 1975).

b) *Validación de Procedimientos.*

Esta responde a la pregunta ¿Los fines justifican los medios?, buscando evaluar si los usuarios consideran aceptables los procedimientos de tratamiento. En esta área se ha desarrollado investigación que pretende evaluar la aceptabilidad de distintos procedimientos e investigar las variables que influyen en la evaluación de los procedimientos (Rasnake, Martin, Tarnowski y Mulick, 1993; Tamowski y Simonian, 1992; Shapiro y Goldberg, 1990; Elliott, 1988; Bornstein, Stube, Wilson, Horstman, Sheets, Zulauf, Brier y Cogswell, 1987; Singh, Watson y Winton, 1987; Elliott, 1986; Frenz y Kelley, 1986; Bornstein, Ballweg, Weisser, Fox, Kirby, Andre, Sturm, Wilson y McLellarn, 1983; Kazdin, 1980a, 1980b, 1981).

c) *Validación de Resultados.*

Consiste en evaluar si los consumidores están satisfechos con los resultados, incluyendo los no previstos (Wolf, 1978). A raíz de este planteamiento, varios autores han evaluado la satisfacción de los usuarios con los resultados del tratamiento (Hansen, 1994; Calvert y McMahon, 1987; McMahon, Tiedeman, Forehand y Griest, 1984; Tertinger, Greeme u Lutzker, 1984; Forehand, Wells y Griest, 1980)

Kazdin (1977) propone que se realice la validación social a través de dos formas:

a) Comparación social.

Este método se refiere a la comparación de la conducta del sujeto antes y después del tratamiento con la conducta de otros sujetos "normales". Esto requiere identificar a aquellos individuos que posean características demográficas semejantes, pero que difieran en los niveles en que se presenta la conducta problema.

b) Evaluación subjetiva.

Esta forma de evaluación implica determinar la importancia del cambio conductual en el paciente a través de las opiniones de individuos, quienes aparentemente tienen contacto con él. Para esto, es necesario contar con individuos que interactúen con el usuario o que estén en una posición especial, como podrían ser algunos expertos, para juzgar los cambios en la conducta problema.

Ambas estrategias aportan información sobre la importancia social de los resultados y constituyen un método importante para la investigación aplicada.

3.3 Factores que afectan la Aceptabilidad de un Tratamiento.

De acuerdo con esta metodología, se han identificado diversos factores que podrían reducir el impacto de un plan de tratamiento, al influir en la satisfacción del paciente con las intervenciones conductuales (Elliott, 1988; Reimers, Wacker y Koepl, 1987).

En 1990 Lennox y Miltenberger clasificaron estos factores en cuatro grupos, los cuales se presentan a continuación en forma esquematizada para describirlos más adelante.

Determinantes en la Aceptabilidad del Tratamiento.

| Consideraciones de Eficacia | Efectos Secundarios | Implicaciones Legales y Sociales | Consideraciones Prácticas |
|---|--|--|--|
| -Variables motivacionales -Efectividad del tratamiento | -Efectos colaterales -Abuso potencial | -Restrictividad-intrusividad -Antecedentes del tratamiento -Aceptabilidad social -Factores regulatorios | -Competencia del personal -Cooperación del personal -Eficiencia del tratamiento -Costo de efectividad |

1. Consideraciones de eficacia.

a. Variables motivacionales. Una de las recomendaciones más importantes en el área del análisis conductual ha sido la identificación a priori de las variables responsables de generar y mantener un problema conductual (Lennox y Miltenberger, 1990; Axelrod, 1987; Durand, 1987; Demchak y Halle, 1985; Iwata, Dorsey, Slifer, Bauman y Richman, 1982a). La primera consideración en la aceptabilidad del tratamiento es el análisis de las variables que están relacionadas funcionalmente a la conducta meta. Deberán seleccionarse procedimientos que tengan un impacto potencial sobre las variables motivacionales (Repp, Felce y Barton, 1988).

Un análisis motivacional se puede realizar a través de diferentes métodos, los cuales han sido diseñados para identificar antecedentes y consecuencias, así como otros eventos que están asociados confiablemente con la conducta problema. Una entrevista de evaluación conductual, es diseñada para obtener el propio reporte del individuo de un problema conductual y para relacionar variables (Swan y McDonald, 1987; O'Leary y Wilson, 1986), particularmente las dimensiones del problema conductual, eventos antecedentes, consecuencias y déficits en las habilidades específicas (Miltenberger y Veltum, 1988; Miltenberger y Fuqua, 1985; Iwata, Wong, Riordan, Dorsey y Lau, 1982b). En los casos en los que el individuo no es capaz de participar en una entrevista un miembro de la familia o un tutor pueden proporcionar la información necesaria a través de un formato más estructurado.

b. Efectividad del Tratamiento. Una vez que se diseña un tratamiento basado en el análisis motivacional, se puede establecer la efectividad del tratamiento de acuerdo con la literatura sobre tratamiento conductual. La efectividad del tratamiento se refiere a demostrar clínicamente los cambios significativos en la conducta problema, a través de medios observables y medibles. Además de la reducción conductual inicial, también refleja efectividad el grado en el que el tratamiento en particular facilita la generalización y el mantenimiento del cambio conductual deseado (Stoker y Baer, 1977).

Los paquetes o grupos de tratamiento son empleados frecuentemente en escenarios clínicos, de este modo la efectividad de las combinaciones de tratamiento frecuentemente deben ser evaluadas. Para determinar la efectividad del tratamiento, el terapeuta debe adquirir información sobre los posibles procedimientos entre la amplia gama de opciones. Para algunos procedimientos, esta información está disponible en la literatura sobre evaluaciones empíricas de varios tratamientos aplicados a personas con retardo mental (Bailey, Shook, Iwata, Reid y Repp, 1986).

2. Efectos secundarios.

Además de dirigir los efectos principales, un procedimiento dado puede producir efectos secundarios, efectos que son generalmente involuntarios y frecuentemente dañinos para el paciente. Además, si los efectos secundarios no son intencionales, en muchas ocasiones no se monitorean a pesar de que son importantes para el bienestar del paciente.

a. Efectos colaterales. Estos efectos han sido considerados recientemente, en la medición de la aceptabilidad de las intervenciones conductuales (Kazdin, 1981; Azrin y Holz, 1966). Frecuentemente los efectos colaterales se refieren a los efectos demorados del tratamiento o cambios que ocurren junto con conducta colateral, tales como escape-avoidancia o agresión eliciteda de procedimientos de castigo (Axelrod y Apsche, 1983; Newsom, Favell y Rincover, 1983).

Sin embargo, los efectos colaterales también pueden ocurrir con procedimientos de reforzamiento (Balsam, Bondy, 1983). Los efectos colaterales también pueden ser positivos, por ejemplo, cuando se produce en forma natural la generalización a escenarios no experimentales (Stokes, Baer, 1977), o a otras conductas (Parrish, Cataldo, Kolko, Neef y Egel, 1986; Russo, Cataldo y Cushing, 1981). Además, algunos investigadores han demostrado que los efectos colaterales podrían no presentarse en algunos procedimientos de castigo instrumentados de manera cuidadosa (Linscheid, 1988; Rolider, 1988).

Los efectos colaterales se pueden predecir y evaluar en diferentes estados del proceso de tratamiento. Solo con la efectividad del tratamiento, los posibles efectos colaterales serían determinados revisando la literatura básica y aplicada, utilizando intervenciones idénticas o similares (Epstein, Doke, Sajwaj, Sorrel y Rimmer, 1974; Sajwaj, Twardosz y Burke, 1972).

Las conductas colaterales previstas se pueden medir durante la implementación del procedimiento. Algunos efectos colaterales pueden ser evaluados durante y después de aplicar el tratamiento (Gualtieri, et al. 1984). Otros efectos colaterales pueden ser extremadamente difíciles de evaluar operacionalmente (Jordan, Singh y Repp, 1989; Guess, et al. 1987; Kroin y Santogrossi, 1987). Pero, de ninguna manera, se deben descuidar como un factor en la conceptualización de la aceptabilidad del tratamiento.

Uno de los efectos colaterales que probablemente está más relacionado con la percepción de la aceptabilidad del tratamiento por profesionales y autoridades legales es la incomodidad o rechazo que reporta sentir un individuo por el tratamiento en particular (Daniels, 1986). En este sentido, el shock eléctrico sería mucho menos aceptable debido al malestar del individuo, por mucho que la aplicación sea a corto plazo o que sea efectiva, a diferencia de un procedimiento basado en el reforzamiento.

Esta evaluación presenta algunos problemas de definición ya que el término incomodidad no se presta para la evaluación precisa y objetiva, y en algunos casos no es consistente con los efectos de los estímulos en cuestión (Favell, McGimsey y Jones, 1982; Foxx y Duffrense, 1984). La incomodidad que experimenta un individuo por la aplicación de un procedimiento sería percibida o imaginada por un experimentador o como frecuentemente se recomienda, sería experimentado por el practicante a través de la aplicación del estímulo en cuestión (Foxx, McMorow, Bittle y Bechtel, 1986a).

b. Abuso potencial. Este es un concepto de la literatura en el área de la farmacología conductual (Poling, Picker y Hall-Johnson, 1986), que también puede ser aplicable a la aceptabilidad del tratamiento. Básicamente, el abuso potencial se refiere a la susceptibilidad del paciente hacia un medicamento psicoactivo, a un desuso, sobreuso o abuso no intencionado por el usuario. En el caso de las intervenciones conductuales, el usuario es el experimentador u otro miembro del personal que implementa el procedimiento.

Aparentemente, será más probable que no se utilicen aquellas intervenciones que requieren bastante fuerza física en su interacción con el individuo (e.g. algunas formas de sobrecorrección, restricción contingente).

3. Implicaciones legales y sociales.

a. Restrictividad-intrusividad. Al evaluar la aceptabilidad del tratamiento se debe considerar la restrictividad (Turnbull, Ellis, Boggs, Brooks y Bikien, 1981). Específicamente, la selección del tratamiento podría darse utilizando una clasificación de las intervenciones (e.g. Morris y Brown, 1983; Brazier y McDonald, 1981).

La aceptabilidad del tratamiento basada en el modelo menos restrictivo es importante no solo porque contribuye a la protección de los derechos del individuo con retardo mental, sino también porque es más probable considerar las variables motivacionales en la elección del tratamiento más efectivo pero menos intrusivo.

b. Antecedentes del tratamiento. Tener información sobre la efectividad del tratamiento, es decir, saber si el tratamiento cambió la conducta en la dirección y en la magnitud deseada, afecta de manera importante las calificaciones de aceptabilidad de los usuarios. Diversos investigadores han estudiado el efecto de los resultados del tratamiento o la información de la efectividad sobre los niveles de aceptabilidad del tratamiento (Clark y Elliott, 1987; Von Brock y Elliott, 1987; Kazdin, 1981).

c. Aceptabilidad social. Se refiere a los juicios o evaluaciones de los procedimientos de tratamiento realizados por expertos, consumidores u otros individuos interesados. Kazdin (1977) y Wolf (1978) describieron el concepto de validación social como la importancia social de las metas, la aceptación social de los procedimientos y la importancia social de los efectos de una estrategia de tratamiento.

Kazdin (1980a, 1980b) también menciona la aceptabilidad social de diferentes tratamientos conductuales. Para evaluar la aceptabilidad del tratamiento Kazdin desarrolló el Treatment Evaluation Inventory (TEI) que proporciona un rango de aceptabilidad de 0 a 90. Inicialmente investigó los juicios de estudiantes utilizando el TEI para evaluar diferentes procedimientos después de que leyeron descripciones escritas de estos.

Los experimentadores que incorporan la aceptabilidad social en la selección del tratamiento tienen dos caminos. Primero, deberán estar familiarizados con la investigación de aceptabilidad del tratamiento y deberán recibir retroalimentación de aquellos quienes sean los receptores del tratamiento o los afectados. La validación social del personal, paciente o equipo de tratamiento, puede ayudar a cooperar en la implementación del tratamiento (Burgio, Whitman y Reid, 1983).

d. Factores regulatorios. Existen varios factores regulatorios que el experimentador debe considerar al determinar la aceptabilidad del tratamiento. La legislación federal de los Estados Unidos ha tenido un impacto en la aceptabilidad, en particular ha influido en la elección del tratamiento para personas con retardo mental, estas leyes señalan que la alternativa menos restrictiva debe ser aplicada al tratamiento, servicios, habilitación, y educación de las personas discapacitadas.

4. Consideraciones prácticas.

a. Competencia del personal. Se refiere al grado en el que los individuos encargados pueden aplicar de manera correcta, confiable y práctica el procedimiento seleccionado. La competencia es de obvia relevancia dado que las intervenciones conductuales son frecuentemente instrumentadas por terapeutas que no han recibido un entrenamiento intensivo en el tratamiento (Favell, et al., 1982).

b. Cooperación del personal. Se refiere al grado de acuerdo del personal con la aplicación correcta del tratamiento. La importancia de la cooperación del personal para la aceptabilidad del tratamiento se refleja claramente en la literatura sobre el manejo de personal (Reid y Whitman, 1983).

c. Eficiencia del tratamiento. Se refiere a la rapidez con que un procedimiento provocará un efecto deseado. Los tratamientos más eficientes son los más aceptados.

d. Costo-efectividad. Aunque no se ha encontrado una relación directa, una intervención conductual que requiere costos extensos en términos de tiempo del personal, materiales y otros recursos, puede ser menos aceptable (Reiniers, Wacker y Koepl, 1987).

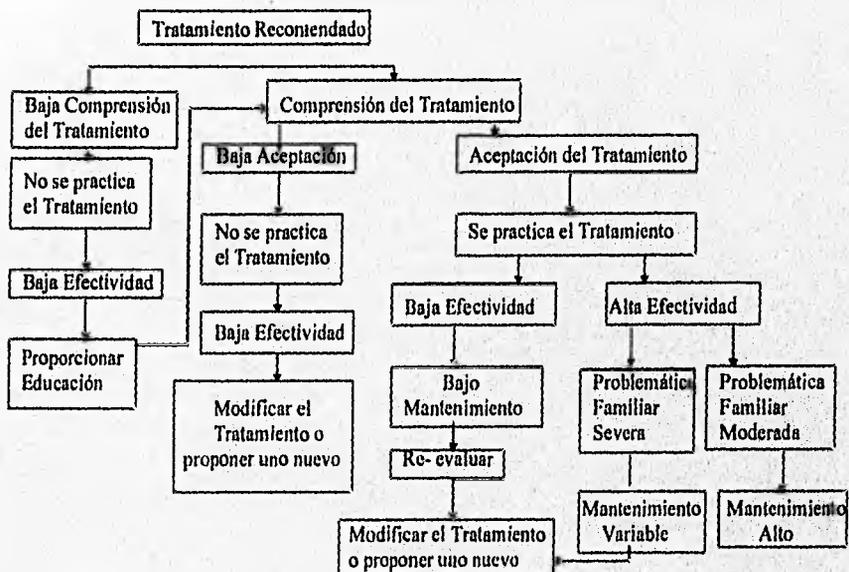
Como se ha citado, existe un complejo orden de variables que interactúan potencialmente para influir en la selección e implementación de los tratamientos conductuales, por lo que se han desarrollado modelos de aceptabilidad del tratamiento que, aunque no sean perfectos, han servido como guías heurísticas para estimular la investigación.

3.4 Modelos Conceptuales sobre Aceptabilidad del Tratamiento.

Witt y Elliott (1985) desarrollaron un modelo de aceptabilidad que implica la interrelación entre cuatro elementos: aceptabilidad del tratamiento, utilización del tratamiento, integridad del tratamiento, (se refiere al grado de acuerdo en el cual una intervención es llevada a cabo (Barlow, Hayes y Nelson, 1985)) y efectividad del tratamiento. Las relaciones hipotéticas entre estos cuatro elementos se caracterizan por ser secuenciales y recíprocas.

En 1987 Reimers, Wacker y Koepl desarrollaron un modelo más complejo sobre aceptabilidad de tratamiento, donde suponen que un tratamiento debe ser comprendido por los consumidores antes de que se evalúe la aceptabilidad. Ellos incorporaron un componente de conocimiento del tratamiento dentro de su diagrama de flujo de toma de decisiones sobre aceptabilidad (Ver figura 1).

Figura 1. Modelo de Aceptabilidad de Reimers, Wacker y Koepl (1987).

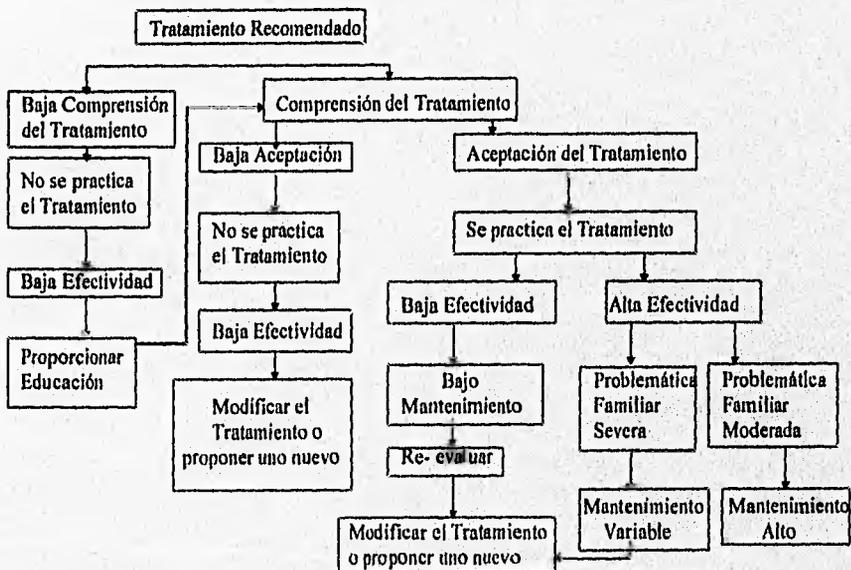


3.4 Modelos Conceptuales sobre Aceptabilidad del Tratamiento.

Witt y Elliott (1985) desarrollaron un modelo de aceptabilidad que implica la interrelación entre cuatro elementos: aceptabilidad del tratamiento, utilización del tratamiento, integridad del tratamiento, (se refiere al grado de acuerdo en el cual una intervención es llevada a cabo (Barlow, Hayes y Nelson, 1985)) y efectividad del tratamiento. Las relaciones hipotéticas entre estos cuatro elementos se caracterizan por ser secuenciales y recíprocas.

En 1987 Reimers, Wacker y Koepl desarrollaron un modelo más complejo sobre aceptabilidad de tratamiento, donde suponen que un tratamiento debe ser comprendido por los consumidores antes de que se evalúe la aceptabilidad. Ellos incorporaron un componente de conocimiento del tratamiento dentro de su diagrama de flujo de toma de decisiones sobre aceptabilidad (Ver figura 1).

Figura 1. Modelo de Aceptabilidad de Reimers, Wacker y Koepl (1987).



De acuerdo con el modelo de Reimers, es probable que cuando un tratamiento es percibido como poco aceptable, el usuario no lo llevará a cabo (práctica); decrementando así la probabilidad de que el tratamiento sea efectivo. Una vez que el tratamiento es implementado, el mantenimiento (continuar el uso del tratamiento) es el principal aspecto a considerar.

En el modelo propuesto por Reimers y cols. (1987), se supone que el problema de conducta es severo, sólo se proponen tratamientos positivos, y la aceptación del tratamiento puede variar de baja a alta.

La aceptación será evaluada sólo en aquellos tratamientos que se conozcan bien. Si un tratamiento no ha sido comprendido por el usuario, no será posible obtener una evaluación válida de aceptación, pues no se puede estar seguro de que las calificaciones fueron afectadas por la carencia de conocimiento.

Una vez que se conoce el tratamiento, la aceptación puede ser evaluada. Si un tratamiento propuesto tiene baja aceptación, es probable que no se lleve a cabo, decrementando la probabilidad de que sea efectivo. Una vez que el tratamiento ha sido instrumentado, entonces el mantenimiento será lo más importante. Hasta este punto, parece prudente modificar el tratamiento para mejorar su aceptabilidad. Si esto no es posible, se deberá recomendar un procedimiento nuevo.

Si un tratamiento es calificado como bastante aceptable, es probable que se lleve a cabo en mayor grado. Sin embargo, los efectos del tratamiento continuarán calificándolo de poco efectivo hasta bastante efectivo. Si el tratamiento no es efectivo, no se mantendrán los efectos del tratamiento, y se recomendaría una evaluación de la conducta problema o del procedimiento recomendado. Si el problema de conducta fue identificado correctamente, y si el procedimiento recomendado fue implementado adecuadamente, se recomendarían algunas modificaciones del tratamiento o se propondría otro tratamiento. En este punto, el ciclo se repite. Si el tratamiento es bastante efectivo, se asume que el mantenimiento de los efectos de tratamiento también lo será.

Como se ha señalado es necesario implementar intervenciones efectivas, pero además que cuenten con la aceptación de la población a la que van dirigidas, de esta manera podremos asegurar que nuestras recomendaciones como terapeutas serán llevadas a cabo por los usuarios, incrementando la efectividad del tratamiento y el mantenimiento de sus efectos.

- Por ello, el propósito de este trabajo fue evaluar por medio de la validación social:
- a. Si los usuarios estuvieron de acuerdo con las metas de tratamiento propuestas.
 - b. Si los procedimientos empleados en el programa son aceptables en términos éticos y de efectividad, cómo son evaluados en comparación con otros procedimientos, y qué tipo de procedimiento es el más aceptable.
 - c. Si los resultados del tratamiento fueron importantes para los usuarios: si estuvieron satisfechos con los cambios en la conducta, con las habilidades que aprendieron y con los terapeutas.

M É T O D O

La validación social del Programa se llevó a cabo en tres experimentos: validación de metas, validación de procedimientos y validación de resultados.

EXPERIMENTO 1: VALIDACIÓN DE METAS.

- Sujetos.

Para llevar a cabo la validación de las metas de tratamiento se trabajó con 20 padres que solicitaron servicio al Programa de Prevención y Tratamiento del Maltrato Infantil, dichos sujetos tenían entre 21 y 51 años de edad ($\bar{x} = 33.3$), 5 hombres y 15 mujeres, con escolaridad entre primaria y profesional. El criterio para incluirlos en este grupo fue que finalizaran la fase de evaluación del Programa.

- Instrumentos de medición.

El instrumento que se empleó para la validación de las metas de tratamiento fue el Cuestionario de Satisfacción del Paciente con las Metas de Tratamiento. Este cuestionario consta de 5 reactivos calificados en una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta, que va de completamente en desacuerdo, hasta completamente de acuerdo; y que evalúan si las metas de tratamiento fueron establecidas de manera cooperativa entre el terapeuta y el paciente, el grado de acuerdo de los padres con las metas y con el programa de tratamiento seleccionado (Ver anexo 1).

- Escenario.

Los usuarios calificaron el cuestionario en cubículos de 2 x 2 metros, aproximadamente, del Centro Comunitario "Dr. Oswaldo Robles". Estos contaban con un escritorio, 4 sillas, e iluminación y ventilación adecuada.

- Procedimiento.

Para realizar la validación de las metas de tratamiento, se trabajó con 20 padres que solicitaron servicio del Programa de Prevención y Tratamiento del Maltrato Infantil y que

concluyeron la fase de evaluación, esta consistió en la aplicación de los siguientes instrumentos: una entrevista inicial, el Cuestionario de Ambiente Social-Familiar (FES), la Escala de Salud y Vida Cotidiana (HDL), el Índice de Estrés del Padre, el Cuestionario de Probabilidad de Obediencia y el Cuestionario de Redes Sociales del Niño.

Después de la evaluación y una vez hecho el diagnóstico del problema del paciente, el terapeuta estableció junto con el padre las metas de tratamiento y el programa de intervención que se llevaría a cabo; posteriormente se le pidió al padre que contestara el cuestionario de satisfacción con las metas de tratamiento indicándole que la finalidad de éste era mejorar el servicio del programa y que sus respuestas serían anónimas por lo que podía contestar con absoluta franqueza.

La aplicación del instrumento se realizó de manera individual y autoaplicada, proporcionándole a cada sujeto un formato y un lápiz. Posteriormente se capturaron los resultados en una base de datos para su análisis y graficación.

- Resultados.

Los datos obtenidos de la aplicación de los cuestionarios fueron promediados, obteniendo la media para cada uno de los reactivos.

La tabla 1 muestra los datos de la satisfacción de los usuarios con las metas de tratamiento, basados en los 20 padres que contestaron el cuestionario. Como se observa, la puntuación mas alta (4.8) fue asignada al reactivo 1, lo cual indica una alta satisfacción de los usuarios con la conducta elegida como objetivo de tratamiento; los reactivos 2 y 5 nos indican la satisfacción (4.6) con la forma en que discutieron con el terapeuta para llegar a un acuerdo al elegir la meta del tratamiento. Además, en un grado menor, los reactivos 4 y 3 muestran la satisfacción (4.4 y 4.1 respectivamente) de los usuarios con el orden dado a los problemas y con el tratamiento elegido.

Tabla 1. Datos de Satisfacción del Usuario con las Metas de Tratamiento.

| Preguntas | \bar{x} |
|--|-----------|
| 1. El problema por el que solicité el servicio, es el principal objetivo del tratamiento. | 4.8 |
| 2. El terapeuta y yo discutimos sobre mi problema para acordar mutuamente qué tratamiento sería el apropiado. | 4.6 |
| 3. El tratamiento que se eligió realmente puede resolver mi problema o modificar la conducta problema. | 4.1 |
| 4. Los problemas por los que solicité el servicio fueron ordenados para trabajar del más importante al menos importante. | 4.4 |
| 5. Estuve de acuerdo con mi terapeuta sobre los objetivos del tratamiento y/o las conductas que serán modificadas. | 4.6 |

Donde:

- 1 =Completamente en desacuerdo
- 2 =En desacuerdo
- 3 =Ni acuerdo, ni en desacuerdo
- 4 =De acuerdo
- 5 =Completamente de acuerdo

EXPERIMENTO 2: VALIDACIÓN DE PROCEDIMIENTOS.

- Sujetos.

Para realizar la validación de los procedimientos empleados en el Programa, se trabajó con 90 sujetos que fungieron como jueces al evaluar las formas de tratamiento.

Dichos sujetos fueron padres que no recibían atención psicológica y que participaron de manera voluntaria. El requisito para incluirlos en esta investigación fué que tuvieran hijos entre 2 y 12 años de edad. Las características y el número de sujetos que evaluaron los procedimientos se concentran en el siguiente cuadro:

Validación de los Procedimientos (N=90)

| Tratamiento | # Sujetos | Sexo | Edad | Escolaridad | Edo. Civil |
|------------------------|-----------|-------------------------|---------------------------------|--|--|
| Entrenamiento a Padres | 15 | 12 mujeres 3 hombres | 19 a 50 años $\bar{x}=30.99$ | Secundaria a Posgrado \bar{x} =Preparatoria | 11 Casados 2 Divorciados 2 Unión Libre |
| HAPI | 15 | 12 mujeres 3 hombres | 19 a 51 años $\bar{x}=31.13$ | Primaria a Posgrado \bar{x} =Preparatoria | 11 Casados 2 Divorciados 2 Unión Libre |
| Obediencia | 15 | 10 mujeres 5 hombres | 19 a 55 años $\bar{x}=35.93$ | Primaria a Posgrado \bar{x} =C. Comercial | 12 Casados 1 Divorciado 2 Unión Libre |
| Interacción | 15 | 9 mujeres 6 hombres | 20 a 42 años $\bar{x}=31.73$ | Secundaria a Profesional \bar{x} =Preparatoria | 13 Casados 2 Unión Libre |
| Consejo marital | 15 | 9 mujeres 6 hombres | 24 a 60 años $\bar{x}=37.93$ | Primaria a Posgrado \bar{x} =Preparatoria | 13 Casados 2 Unión Libre |
| PEAP | 15 | 11 mujeres 4 hombres | 18 a 48 años $\bar{x}=31.67$ | Secundaria a Profesional \bar{x} =Preparatoria | 14 Casados 1 Unión Libre |

- Instrumentos de medición.

Para llevar a cabo la validación de los procedimientos se utilizó una versión modificada del Treatment Evaluation Inventory (ver anexo 9), este instrumento fue desarrollado por Kazdin (1980), se compone de 15 reactivos calificados en una escala tipo Likert con 7 opciones de respuesta. Los reactivos pretenden calificar tratamientos dados en relación a:

- si el tratamiento es aceptable,
- si el evaluador estaría dispuesto a llevar a cabo el tratamiento,
- qué tan apropiado sería el tratamiento para individuos con otros problemas,
- si el tratamiento es cruel o injusto,
- qué tan probable es que el tratamiento sea efectivo, y
- qué tanto le gusta el tratamiento.

Este instrumento proporciona un índice general de aceptabilidad del tratamiento, por lo que se ha utilizado como criterio para la evaluación de aceptabilidad en diversas investigaciones (Bornstein, Stube, Wilson, Horstman, Sheets, Zulauf, Brier y Cogswell, 1987; Cross Calver y McMahon, 1987; Singh, Watson y Winton, 1987; Bornstein, Ballweg, Weisser, Fox, Kirby, Andre, Sturm, Wilson, y McLellam, 1983; Kazdin, 1981, 1980a, 1980b).

En esta investigación, se tradujo el instrumento, posteriormente fue evaluado por cuatro jueces, quienes calificaron la traducción y adaptación al español de acuerdo con la siguiente escala: (1) totalmente claro, (2) algo confuso y (3) muy confuso. Además, cuando los jueces calificaron los reactivos como algo confusos o muy confusos, se les solicitó que anotaran una nueva redacción del mismo.

Los jueces calificaron el instrumento de la siguiente forma: para el juez 1, el 73.33% de los reactivos fueron totalmente claros y el 26.66% algo confusos; el juez 2 indicó que el 26.66% de los reactivos fueron totalmente claros y el 46.66% algo confusos; el juez 3 calificó como totalmente claros el 86.66% y algo confusos el 13.33 % de los reactivos; y el juez 4 calificó el 20% de los reactivos como totalmente claros y el 60% como algo confusos.

A partir de la evaluación del instrumento por jueces, se descartaron 4 reactivos que fueron calificados como muy confusos, se modificaron los restantes de acuerdo con las observaciones hechas por los expertos y la escala de calificación se redujo a 5 opciones de respuesta.

Posteriormente, se hizo una aplicación piloto para evaluar la confiabilidad del instrumento con quince sujetos, en esta se obtuvo el índice de confiabilidad para cada reactivo indicando un alpha estandarizado de .80.

La versión modificada consta de 11 reactivos en un formato tipo Likert con 5 opciones de respuesta. El inventario evaluó el tratamiento de acuerdo con tres dimensiones:

a) Aversividad. En esta dimensión los jueces evaluaron qué tan incomodo sería el tratamiento, y si podría provocar efectos secundarios negativos en el sujeto.

b) Efectividad. Se evaluó qué tan apropiado fue el procedimiento para el problema de conducta, si el procedimiento disminuiría el problema y si lo haría de manera permanente.

c) Aceptabilidad. En esta área se evaluó si los jueces estarían dispuestos a aplicar el procedimiento para resolver sus propios problemas (Ver anexo 2).

- Escenario.

Los usuarios calificaron el cuestionario en cubículos de 2 x 2 metros, aproximadamente, del Centro Comunitario "Dr. Oswaldo Robles". Estos contaban con un escritorio, 4 sillas, e iluminación y ventilación adecuada.

- Materiales.

Se empleó una videocassetera, un monitor de televisión, formatos de evaluación, lápices, viñetas de problemas de conducta para cada condición de tratamiento, descripciones escritas de los procedimientos de tratamiento y 12 videos que ejemplificaban cada uno de los procedimientos que se evaluaron.

A continuación se presenta una de las dos viñetas que se presentaron y las descripciones de los procedimientos que se evaluaron en cada condición.

1. Entrenamiento a Padres.

Descripción del Caso.

Sally es una niña de 6 años de edad con una inteligencia brillante, actualmente cursa el primer año de primaria y lleva muy buenas calificaciones.

Desafortunadamente, tiene muchos problemas de conducta pues no obedece cuando su mamá le dice que recoja sus juguetes, no quiere hacer su tarea.

Cuando su mamá le llama la atención rezonga. Cuando la castigan llora, grita y hace berrinches protestando por el castigo hasta que su mamá decide quitarle el castigo con tal de que se calle y se calme.

Debido a la falta de control por parte de la madre, la conducta de Sally se ha vuelto intolerable.

Hace poco la maestra mandó llamar a la mamá para decirle que el comportamiento de Sally estaba empeorando y también sus calificaciones. Por lo cual le recomendó que solicitara ayuda psicológica.

Procedimientos de tratamiento.

1. Reforzamiento Positivo.

Este procedimiento consiste en recompensar las conductas adecuadas de Sally para incrementarlas. La madre es entrenada para premiar o recompensar a la niña elogiándola por su buen comportamiento o dándole un premio cada vez que se porte bien. Los premios pueden ser objetos, comestibles o actividades con los padres.

Por ejemplo, cuando la madre observa que Sally está recogiendo sus juguetes, la debe elogiar inmediatamente diciéndole "Oye, ¡Qué padre que estás recogiendo tus juguetes! ¡Me alegra mucho que así lo hagas!". O cuando los papás le piden que haga la tarea y la niña obedece la pueden premiar permitiéndole ver su programa favorito.

2. Reforzamiento Negativo.

Este procedimiento consiste en retirar las actividades que no le gusta realizar a Sally cada vez que se comporte adecuadamente. La madre aprende a incrementar la conducta de su hija retirándole una actividad u objeto que no le gusta.

Por ejemplo, cuando la madre observa que Sally está recogiendo sus juguetes le puede decir "Como te has portado muy bien recogiendo tus juguetes, mañana yo voy a tender tu cama por tí".

O cuando la mamá le pide que haga la tarea y la niña obedece la pueden premiar lavando los trastes que a ella le tocaban.

3. Castigo Positivo .

Este procedimiento consiste en disminuir la mala conducta de la niña dándole castigos como lavar los trastes, tender su cama, arreglar su recámara, etc. No se recomienda utilizar el castigo físico.

Se enseña a la madre a disminuir la mala conducta utilizando castigos como actividades que no le gusten a la niña.

Por ejemplo, cuando los padres observan que Sally deja tirados sus juguetes, inmediatamente le dicen "¡Vas a lavar los trastes de la comida como castigo por tirar tus juguetes y hacer desorden!"

4. Castigo Negativo.

Este procedimiento consiste en disminuir la mala conducta de la niña quitándole el privilegio de realizar actividades que le gusten como ver su programa favorito, salir a jugar, quitarle su domingo, etc.

Por ejemplo, cuando la madre observa que Sally tira sus juguetes, le dice "¡Como castigo por tirar tus juguetes y hacer desorden, no vas a ver tus caricaturas!"

5. Extinción.

Este procedimiento consiste en disminuir conductas inapropiadas de la niña como floriqueo, gritos y berrinches; que sólo buscan obtener la atención de los padres, así como evitar los castigos que se les habían impuesto.

La madre es entrenada para ignorar a la niña o no darle atención cuando hace berrinches,

lloriquea o grita. Y sólo prestar atención cuando la niña se dirige a ella de manera adecuada, hablando tranquilamente y sin llorar.

Por ejemplo, cuando la madre castiga a Sally y ella hace berrinche y lloriquea, la madre la ignora, si la niña continúa gritando más fuerte para que le pongan atención, la madre debe seguir ignorándola.

De esta manera, Sally aprende a obtener la atención de su madre de una manera adecuada.

2. Entrenamiento para la prevención de accidentes en el hogar.

Descripción del Caso.

Daniel es un niño de 4 años de edad con una inteligencia normal. Como cualquier niño de su edad es muy inquieto; le gusta tocar todos los objetos y jugar con ellos.

El problema es que su mamá no siempre tiene tiempo de vigilarlo porque tiene una bebita de 6 meses que cuidar; algunas veces Daniel ha jugado con objetos peligrosos como cuchillos o sustancias venenosas como cloro.

La mamá solicitó ayuda al psicólogo ya que en una ocasión Daniel estuvo a punto de lastimarse por meter una cuchara en el contacto eléctrico.

Procedimientos de tratamiento.

1. Hacer modificaciones en el hogar.

Este procedimiento consiste en hacer una revisión de la seguridad de la casa checando todos los peligros que puedan existir como cables pelados, sustancias venenosas al alcance del niño, cuchillos, cerillos, vidrios rotos, medicamentos, etc.

Después los padres se encargan de realizar las modificaciones necesarias en la casa para cuidar que los objetos peligrosos no estén al alcance del niño y hacer de su hogar un lugar seguro para sus hijos.

Por ejemplo, los padres podrían guardar las medicinas y los cerillos en un cajón del tocador bajo llave.

2. Educar a los Niños

Este procedimiento consiste en prevenir los accidentes enseñando al niño los daños que puede sufrir u ocasionar si juega, toca o se acerca a objetos peligrosos.

Por ejemplo, los padres podrían explicarle a Daniel que no debe jugar con las medicinas porque si llega a tomarlas, le puede hacer daño, puede enfermarse, le dolería el estómago y tendrían que llevarlo al médico.

3. Regaño

Con este procedimiento se previenen los accidentes regañando a Daniel cada vez que es sorprendido jugando o tocando objetos peligrosos o cuando hace cosas que lo pueden poner en peligro y retirándolo del objeto.

En este caso, cuando los padres sorprenden a Daniel haciendo algo que lo pone en peligro lo regañan severamente diciéndole ¡No debes jugar con las medicinas es muy peligroso!, y le retiran las medicinas.

3. Entrenamiento para el manejo de problemas de desobediencia.

Descripción del caso.

Jenny es una niña de 10 años de edad con inteligencia superior, actualmente va en quinto año de primaria y lleva buenas calificaciones. El problema es que nunca obedece a sus papás cuando le piden que coopere en las tareas de la casa como arreglar su cuarto, recoger su ropa, ayudar a su mamá a recoger la basura, ir a la tienda a comprar algo, ir cuando lo llaman sus papás y no salir a jugar a la calle sin permiso. Ellos tienen que repetirle varias veces que realice estas actividades pero siempre les responde "¡No!, ¿Por qué Yo?", y la mamá termina haciendo lo que le mandó.

Los padres se preocuparon por no poder controlar la conducta de su hija. Ella es muy rezongona y los reta constantemente oponiéndose a obedecer y cooperar en los quehaceres de la casa; por este motivo solicitaron ayuda psicológica.

Procedimientos de tratamiento.

1. Seguimiento Instruccional.

Consiste en incrementar la obediencia de Jenny enseñando a los padres a dar buenas instrucciones. Para garantizar que Jenny obedezca a sus padres, el padre o la madre primero obtiene la atención de la niña llamándola por su nombre, asegurándose de que ella lo observe y no esté realizando otra actividad que no le permita comprender la instrucción que recibe.

Una vez que obtiene la atención de Jenny, la madre le indica claramente lo que quiere que haga, dando 10 segundos para que comience a realizar la instrucción. Ya que obedece y lleva a cabo la instrucción, la madre la elogia diciéndole cosas positivas de su comportamiento como: "Oye, ¡Qué bueno que me ayudas a recoger tu ropa, así terminaremos rápido y podremos ver la televisión!".

Si Jenny no realiza la tarea que se le pidió en la primera ocasión, la madre obtiene nuevamente su atención y le repite la misma instrucción elevando el tono de voz pero sin llegar al regaño y espera 10 segundos para que comience a realizar la tarea. Si obedece esta vez, no se le elogia por no haber obedecido en la primera ocasión.

Si la niña no obedece en la segunda ocasión, entonces la madre la guía físicamente para lograr que realice la tarea, por ejemplo: la toma de la mano sin enojarse ni empleando fuerza excesiva y la lleva a donde está la ropa, le pide que la recoja y que la guarde en el ropero.

2. Reforzamiento Positivo

Este procedimiento consiste en enseñar a los padres a incrementar la obediencia de Jenny premiándola solo cuando obedece. Así, los padres dan un punto a Jenny cada vez que obedece una instrucción y coopera con los quehaceres de la casa, cada punto lo anota con un sello en una cartulina especial y cuando reúne 15 puntos tiene derecho a un premio especial como ir al parque el fin de semana, salir a jugar dos horas o que le renten su película favorita.

3. Tiempo fuera del reforzamiento-Aislamiento

Consiste en castigar la desobediencia de la niña aislándola de las personas, juguetes y actividades durante 10 minutos. Cada vez que Jenny desobedece a sus padres, la ponen de pie y viendo hacia la pared durante 10 minutos en una esquina de su cuarto; aquí permanece apartada de los demás, donde no hay juguetes u objetos que la distraigan. Después del tiempo señalado Jenny es regresada al lugar y a la situación donde se encontraba antes de ser castigada.

4. Castigo físico

Este procedimiento consiste en castigar físicamente a la niña para disminuir la mala conducta. Cada vez que Jenny no lleva a cabo una instrucción, la mamá o el papá le dan un manazo, el golpe se aplica rápidamente, ocasionando dolor moderado.

4. Entrenamiento en Interacción.

Descripción del Caso

Karen es una niña de 12 años de edad con una inteligencia brillante, actualmente cursa el primer año de secundaria y lleva muy buenas calificaciones.

Desafortunadamente, tiene muchos problemas para relacionarse con su familia y sus compañeros de clase.

Por lo regular Karen pasa el tiempo sola, ocupándose de sus tareas escolares, la mayor parte del tiempo está molesta o deprimida y cuando le preguntan que tiene no contesta, no le gusta salir a jugar y se queja de que su mamá no la quiere tanto como a su hermana menor.

Sin embargo, cuando su mamá trata de acercarse para platicar con ella o acariciarla, Karen la rechaza y le dice que tiene mucha tarea. Cuando su hermana menor la busca para jugar, ella le grita y le dice que se vaya.

Hace poco la maestra mandó llamar a la mamá para decirle que Karen es una niña que se aísla del grupo y no tiene amigos, por lo cual le recomendó que solicitara ayuda psicológica.

Procedimiento de tratamiento.

- Interacción social.

Este procedimiento consiste en enseñarle a la madre a mejorar la calidad de su interacción con Karen. Primero, el terapeuta explica a la madre la importancia de relacionarse con la niña durante la comida, a través del juego o en cualquier situación en la que se encuentren juntas.

Durante estos momentos, la madre debe emitir las siguientes conductas positivas:

- **Contacto visual.** Es necesario que durante el tiempo que está con la niña, la madre muestre interés en lo que la niña realiza observando su comportamiento.

- **Contacto físico.** Se refiere a que la madre mantenga contacto con la niña tocándola; como puede ser a través de apapachos, acariciándola o haciéndole cosquillas.

- **Acercamiento.** Se le pide a la madre que durante el tiempo que interactúa con su hija procure acercarse a ella siguiéndola si se aleja, con el fin de facilitar el contacto físico.

- **Proximidad.** Se le enseña a la madre a mantenerse a una distancia cercana de la niña no mayor de 50 centímetros.

- **Premiar.** Se hace hincapié en premiar o recompensar la buena conducta de Karen para que de esta manera sepa cómo comportarse.

- **Sonreír y Reír.** Durante el tiempo que la madre interactúa con Karen es necesario que sonría (eleve las comisuras de los labios), y que ría (emita una carcajada) en señal de aprobación a su conducta.

- **Imitar.** Se instruye a la madre para que imite alguna conducta de la niña con el fin de provocar risa y hacer más divertido el momento que pasan juntas.

- **Compartir.** Se refiere a que la madre comparta algún dulce o un juguete con Karen. Esto permite que la madre tenga un acercamiento con su hija.

- **Provocar risa.** Se instruye a la madre para que trate de provocar la risa de la niña mediante gestos graciosos, chistes o haciéndole cosquillas.

- **Peticiones verbales.** Se refiere a que la madre proponga alguna actividad para llevarla a cabo con su hija, como puede ser un juego.

Por otro lado, se mencionan a la madre otras conductas negativas advirtiéndole que debe procurar no presentarlas pues causan sentimientos de ira, ansiedad y miedo en su hija. Estas conductas son:

- **Ignorar.** Se refiere a no poner atención a lo que hace o dice Karen.

- **Desaprobar.** Es cuando la madre dice una frase que implica desacuerdo como "¡Ya te dije que no juegues así!".

- **Gritar.** Se produce cuando la mamá emite un sonido lo suficientemente intenso para causar molestia.

Todas las conductas positivas son enseñadas a la madre por un terapeuta que sirve como modelo y posteriormente la madre las practica con su propia hija.

5. Consejo Marital.

Descripción del Caso

Jorge y Emma son una pareja que tiene 19 años de casados. Jorge tiene 44 años y Emma 40, tienen dos hijos, una hija de 15 años y un hijo de 9. Actualmente tienen desacuerdos por cualquier motivo: por la educación de sus hijos, por las decisiones que deben tomar, por malgastar el dinero, etc.

Jorge dice que su mujer le reprocha que está todo el día fuera de la casa y que no se ocupa de ella; pero argumenta que está fuera el tiempo necesario para sus ocupaciones. Cuando el ambiente está pesado, él trata de evitar escándalos y al intentar calmar a Emma, ella se disgusta aún más.

Por su parte, Emma piensa que su esposo no la valora, no se ocupa de ella, que no tiene carácter, que no defiende los intereses de la familia y que se ocupa en hacer "no sé qué cosas" durante todo el día. Cuando se disgusta, Emma dice que le duele la cabeza, se toma una aspirina, se mete a la cama y no responde cuando le hablan. El marido entonces, se tiene que hacer cargo de toda la familia.

Esta situación se ha convertido en un problema mayor, pues quedan descuidadas las tareas del hogar, por lo que se han generado discusiones y peleas cada vez más fuertes. Por esta razón Jorge y Emma decidieron consultar al psicólogo.

Procedimientos de Tratamiento.

1. Reforzamiento recíproco.

Este procedimiento busca que la pareja haga conciencia de lo que hace el uno por el otro.

Esto se logra pidiéndole a cada miembro que mencione la calificación (de 0 a 10 puntos) que le daría a su pareja en cada una de las siguientes áreas del matrimonio:

- Responsabilidades del hogar.
- Crianza de los hijos.
- Actividades sociales.
- Dinero.
- Comunicación.
- Sexo.
- Progreso ocupacional.
- Independencia personal.
- Independencia del esposo
- Satisfacción general.

Esto logrará crear conciencia en la pareja para descubrir cómo satisfacer a su esposo o esposa. Por ejemplo: "Yo te puse 9 en el área de responsabilidades del hogar porque 4 de los 5 días de la semana atuviste lista la comida a tiempo y gracias a eso yo regresé a mi trabajo puntualmente, eso te lo agradezco mucho. Sin embargo, creo que para alcanzar el 10 debió ocurrir todos los días".

Posteriormente se le pide que mencione aquellas cosas que él o ella considera que hace por su pareja. Es decir, cada miembro menciona aquellas satisfacciones que actualmente da a su pareja en cada una de las 10 áreas del matrimonio.

Enseguida deben decir las cosas que les gustaría recibir a cambio. Esto tiene como objetivo descubrir, convenir y enlistar nuevas satisfacciones que aumenten la felicidad de cada uno. Por ejemplo: "Me gustaría mucho que mi esposo me ayudara a supervisar que los niños mantuvieran sus recámaras en orden".

Se le pregunta a cada sujeto si está de acuerdo con su pareja y se hace un compromiso donde ambos convengan proporcionar las satisfacciones necesarias para mantener una buena relación marital.

2. Solución de problemas.

En este procedimiento el terapeuta enseña a los sujetos habilidades que fomentan la negociación en la preja para la solución de problemas. Estas habilidades para la solución de conflictos son las siguientes:

1) Reconocimiento del conflicto. Se refiere al reconocimiento por parte de una persona acerca de una situación que está causando diferencias de opiniones dentro de la pareja. Por ejemplo: "¡Un momento, creo que no estamos de acuerdo con respecto a esta decisión!".

2) Declaración personal. Son afirmaciones o declaraciones que indican lo que piensa o quiere una persona considerando la situación que se está discutiendo. Por ejemplo, a) "Yo quiero gastar el aguinaldo en juguetes para los niños". b) "Yo quiero que lo invirtamos en la casa".

3) Solicitud de opinión. Son peticiones hacia la otra persona para conocer su punto de vista o respuesta a lo antes expresado. Por ejemplo: ¿Te parece bien?, o ¿Qué piensas acerca de esto?.

4) Identificación de las características del conflicto. Son declaraciones que explican el conflicto en sí y las consecuencias de este. Por ejemplo: a) "¡Tú quieres que compre ropa para los niños, pero yo quiero comprarles juguetes, por eso te enojas!", b) "La verdad es que yo quiero comprar cosas útiles para la casa y por eso insisto en que compremos ropa para los niños".

5) Negociar. Se refiere al proceso en el que dos o más personas intervienen proponiendo un plan de acción para resolver el conflicto, pero aportando algo nuevo a la posición original de la persona; todo esto con el fin de llegar a un acuerdo donde ambos obtengan ganancias o ventajas mutuas. Por ejemplo, a) "¿Que tal si gastamos la mayor parte en ropa y utilizamos el resto en juguetes?".

6) Consolidación de arreglos. Se refiere a establecer arreglos en relación a las opciones sugeridas. En este momento la pareja establece un contrato o compromiso. Por ejemplo: a) "Está bien, gastaremos la mayor parte del dinero en ropa y el resto en juguetes".

Además, este procedimiento hace hincapié en una serie de conductas verbales y no verbales que facilitan la solución de conflictos. El terapeuta señala a la pareja la importancia de tener contacto visual, un tono de voz moderado y acercamiento; así como evitar reproches palabras altisonantes y pensar y decidir por la pareja. El terapeuta señala que esto facilita el proceso de comunicación.

6. Entrenamiento en actividades planeadas.

Descripción del caso.

Gaby es una niña de 6 años de edad con inteligencia normal, actualmente cursa el primer año de primaria con buenas calificaciones.

El problema es que hay situaciones donde le cuesta trabajo a la madre controlar la conducta de Gaby, como es la hora de la comida, pues la niña no quiere comer lo que le sirven, se levanta de la silla constantemente para jugar y juega con la comida.

Otra situación conflictiva ha sido la hora de dormir, pues Gaby no quiere prepararse para ir a la cama, continúa jugando hasta tarde y se desvela viendo la televisión.

La madre no ha podido controlar la conducta de Sally y se desespera, por lo cual solicitó asesoría psicológica.

Procedimientos de tratamiento.

1. Establecimiento de reglas.

Este procedimiento consiste en prevenir que ocurra la mala conducta de la niña estableciendo reglas.

Para evitar que Gaby se porte mal, la madre obtiene su atención y establece reglas diciéndole: "Para que ya no te portes mal a la hora de la comida y te acabes todo lo que te sirvo vamos a hacer un plan".

Y juntas mencionan y especifican cuáles son las conductas adecuadas a la hora de la comida que forman parte de la regla. Por ejemplo, pueden acordar que las conductas adecuadas en la comida es que Gaby se siente bien para comer, que permanezca en su silla, que no juegue con la comida y que se termine sus alimentos. La madre permite que la niña participe en el establecimiento de las reglas.

Después de especificar las conductas deseadas, juntas establecen un premio por cumplir las reglas y el castigo por no seguirlas.

Por ejemplo, la madre puede decir:

"Bueno, y si te sientas bien, no te levantas de tu silla, no juegas con la comida y te terminas tu comida; ¿Qué te gustaría ganar?"

"Pero si no te sientas bien o te levantas de tu silla, juegas con la comida o no quieres comerte todo. ¿Cuál será el castigo?". La madre elogia la participación de la niña.

Una vez que se establece la regla con Gaby y ya que se encuentran en la hora de la comida, la madre le recuerda el plan para que lo tenga presente.

Si Gaby comienza a portarse mal, la mamá hace una advertencia indicándole que está rompiendo las reglas.

Si Gaby continúa portándose mal a pesar de la advertencia de la madre, se le dice que por su mala conducta ha roto las reglas, que ha perdido el premio y ha ganado el castigo.

Si la niña comienza a hacer un berrinche la madre debe ignorarla por completo, no brindándole atención.

Si por el contrario, Gaby logra portarse bien en la hora de la comida y cumple todas las reglas, la madre debe elogiarla y otorgar el premio ya establecido al terminar la actividad.

2. Enseñanza incidental.

Este procedimiento consiste en prevenir que la mala conducta ocurra aprovechando el momento en que la niña muestra interés por algún tema para enseñarle nuevos conocimientos y para mantenerla entretenida, evitando así, que se porte mal.

Durante estos momentos la madre debe:

- 1) Poner atención a lo que Gaby diga o haga observándola y respondiendo a cualquier pregunta o comentario que haga la niña. Agregando información sobre nuevos conocimientos
- 2) Enseñar nuevos conocimientos relacionados con algún tema de interés para la niña.
Preguntas o explicaciones de conceptos como: "Hoy vamos a tomar atole, ¿Sabes de qué se hace el atole?, ¿De dónde sacan la leche?, ¿Dónde están las vacas?".
- 3) Dar la respuesta correcta a una pregunta o modelar físicamente algún comportamiento. Por ejemplo, no la taza se toma de esta forma, fíjate como lo hago yo.
- 4) Ayudar a la niña a responder a un tema de enseñanza guiándolo físicamente. Por ejemplo, "No, así no se toma la taza, mira yo te ayudo".
- 5) Enseñar conocimientos que Gaby ya maneja pero lo hace de manera incorrecta, por ejemplo: "El lápiz se toma de esta manera, para que puedas escribir mejor y te canses menos".
- 6) Elogiar cualquier comportamiento adecuado referente al tema que se está tratando. Por ejemplo, la madre puede decirle a la niña: "¡Muy bien Gaby, así se toma la taza!".
- 7) Dialogar o promover interacción con la niña a través de preguntas que no se relacionan con un tema de aprendizaje, como: "¿Oye Gaby, cuando terminemos de desayunar, te gustaría ir con tu abuelita?".

- Procedimiento.

Se trabajó con 90 padres que fueron asignados a 6 grupos y que fungieron como jueces al evaluar los procedimientos empleados en el programa. Esta fase se integró de seis etapas en las que se evaluaron los 6 tratamientos:

1. Validación del entrenamiento a padres
2. Validación del entrenamiento para la prevención de accidentes en el hogar
3. Validación del entrenamiento para el manejo de problemas de desobediencia
4. Validación del entrenamiento en interacción
5. Validación del consejo marital
6. Validación del entrenamiento actividades planeadas

Las evaluaciones se llevaron a cabo en forma individual, donde se explicó a los sujetos: "El propósito de este trabajo es evaluar qué tipo de tratamiento considera usted más apropiado para resolver el problema de conducta que a continuación se le describirá".

Para esto se le proporcionó al sujeto la descripción escrita de un caso con problemas de conducta. Enseguida, el sujeto leyó la descripción de los procedimientos, estos fueron explicados aplicándolos al problema de conducta mencionado.

Posteriormente, se presentó el video que ejemplificaba la primer forma de tratamiento; al final de este, el sujeto la calificó utilizando un formato de evaluación del Inventario de Evaluación del Tratamiento (Kazdin, 1980a). Este procedimiento se llevó a cabo para evaluar cada forma de tratamiento. El orden en que se presentaron las condiciones de tratamiento fue distinto para cada sujeto, pues se seleccionaron de manera aleatoria 4 ordenes de presentación.

Este procedimiento se llevó a cabo para validar cada uno de los 5 procedimientos de tratamiento restantes empleados en el programa. Los resultados fueron recolectados para su análisis y graficación final.

- Resultados.

Los datos obtenidos al evaluar los seis procedimientos del programa fueron recolectados para su análisis estadístico. Los once reactivos se agruparon dentro de tres categorías: efectividad, aversividad y aceptabilidad. Las calificaciones de los reactivos que se incluyeron en cada categoría fueron promediadas para obtener una media por cada una de estas.

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis de varianza de una clasificación por rangos de Kruskal-Wallis, para analizar los datos obtenidos de la validación de los 6 procedimientos. La técnica de Kruskal-Wallis proporciona la puntuación H , que examina la hipótesis de nulidad que supone que las k muestras proceden de la misma población o de poblaciones idénticas con respecto a los promedios. La prueba supone que la variable en estudio tiene como base una distribución continua. Requiere por lo menos, una medida ordinal de la variable. (Siegel, 1994).

A continuación se presentan los resultados de la validación de procedimientos en el siguiente orden:

1. Entrenamiento a padres.
2. Entrenamiento para la prevención de accidentes en el hogar.
3. Entrenamiento para el manejo de problemas de desobediencia.
4. Entrenamiento en interacción.
5. Consejo marital.
6. Entrenamiento en actividades planeadas.

1. Entrenamiento a padres.

La tabla 2 muestra el puntaje H y el nivel de significancia de la prueba Kruskal-Wallis para cada condición de tratamiento.

Este nos indica que los procedimientos empleados en el entrenamiento a padres muestran diferencias significativas en cuanto a su efectividad, con una probabilidad asociada de ocurrencia menor que 0.0461; donde se calificaron como más efectivos los procedimientos de reforzamiento positivo y negativo; y como menos efectivos, los procedimientos de castigo positivo y negativo.

Sin embargo, la calificación más alta en cuanto a efectividad, se asignó a la aplicación general o en conjunto de los procedimientos.

En relación a la categoría de aversividad de los procedimientos, también se encontraron diferencias significativas, con una probabilidad asociada de ocurrencia menor que 0.000; los resultados señalan que los procedimientos de castigo negativo y positivo son los más aversivos, y los procedimientos de reforzamiento positivo y negativo son los menos aversivos. Además, señalan que la aplicación general de los procedimientos sería más aversiva.

Las calificaciones de aceptabilidad de los procedimientos no mostraron diferencias estadísticamente significativas; no obstante, la aplicación en conjunto de los procedimientos es la más aceptable.

Tabla 2. Puntuación H obtenida para los procedimientos empleados en el Entrenamiento a Padres.

| FACTORES | CONDICIÓN DE TRATAMIENTO | H |
|---------------|--------------------------|-----------------|
| EFECTIVIDAD | Reforzamiento positivo | 50.77 |
| | Reforzamiento negativo | 49.87 |
| | Castigo positivo | 36.97 |
| | Castigo negativo | 33.33 |
| | Tiempo fuera de atención | 42.00 |
| | General | 60.07 |
| | | Signif. = .0461 |
| AVERSIVIDAD | Reforzamiento positivo | 67.73 |
| | Reforzamiento negativo | 65.73 |
| | Castigo positivo | 31.53 |
| | Castigo negativo | 26.73 |
| | Tiempo fuera de atención | 34.33 |
| | General | 46.93 |
| | | Signif. = .0000 |
| ACEPTABILIDAD | Reforzamiento positivo | 53.20 |
| | Reforzamiento negativo | 50.23 |
| | Castigo positivo | 33.60 |
| | Castigo negativo | 33.77 |
| | Tiempo fuera de atención | 47.20 |
| | General | 55.00 |
| | | Signif. = .0664 |

2. Entrenamiento para la Prevención de Accidentes en el Hogar.

En la tabla 3 se observan las puntuaciones *H* de la prueba Kruskal-Wallis obtenidas para cada condición de tratamiento. En cuanto a la efectividad de los procedimientos, se observan diferencias significativas, con una probabilidad asociada de ocurrencia menor que 0.0474; donde, se califica como más efectiva la condición de educar al niño y como menos efectivo el procedimiento de regaño.

En relación al factor de aversividad, también se encontraron diferencias significativas, con una probabilidad asociada de ocurrencia menor que 0.0254. Calificando la condición de educar al niño como menos aversiva y al regaño como más aversivo.

Las calificaciones de aceptabilidad también mostraron diferencias significativas con una probabilidad asociada de ocurrencia menor que 0.0147; aquí se califica como más aceptable la condición de modificaciones en el hogar y como menos aceptable el regaño.

Tabla 3. Puntuación *H* obtenida para los procedimientos empleados en el Entrenamiento para la Prevención de Accidentes en el Hogar.

| FACTORES | CONDICION DE TRATAMIENTO | <i>H</i> |
|---------------|----------------------------|-----------------|
| EFECTIVIDAD | Modificaciones en el hogar | 23.53 |
| | Educar al niño | 27.10 |
| | Regaño | 16.37 |
| | | Signif. = .0474 |
| AVERSIVIDAD | Modificaciones en el hogar | 25.13 |
| | Educar al niño | 27.87 |
| | Regaño | 16.00 |
| | | Signif. = .0254 |
| ACEPTABILIDAD | Modificaciones en el hogar | 27.07 |
| | Educar al niño | 26.87 |
| | Regaño | 15.07 |
| | | Signif. = .0147 |

3. Entrenamiento para el Manejo de Problemas de Desobediencia.

La puntuación *H* para cada condición de tratamiento se presenta en la tabla 4. Donde se indican diferencias estadísticamente significativas en las calificaciones de efectividad, con una probabilidad asociada de ocurrencia menor de 0.0079, señalando al seguimiento instruccional como el procedimiento más efectivo, y al tiempo fuera de aislamiento como el menos efectivo.

A su vez, las calificaciones de aversividad indicaron diferencias significativas, con una probabilidad asociada de ocurrencia menor de 0.0001, donde el procedimiento menos aversivo fue el seguimiento instruccional y el más aversivo fue el tiempo fuera de aislamiento.

En cuanto a las calificaciones del factor aceptabilidad, se encontraron diferencias significativas, con una probabilidad asociada de ocurrencia menor de 0.0055, donde el procedimiento más aceptable fue el reforzamiento positivo y el menos aceptable fue el tiempo fuera de aislamiento.

Tabla 4. Puntuación *H* obtenida para los procedimientos empleados en el Entrenamiento a Padres para el Manejo de Problemas de Desobediencia.

| FACTORES | CONDICIÓN DE TRATAMIENTO | <i>H</i> |
|---------------|-----------------------------|-----------------|
| EFECTIVIDAD | Seguimiento instruccional | 38.63 |
| | Reforzamiento positivo | 37.67 |
| | Tiempo fuera de aislamiento | 21.60 |
| | Castigo físico | 24.10 |
| | | Signif. = .0079 |
| AVERSIVIDAD | Seguimiento instruccional | 43.20 |
| | Reforzamiento positivo | 37.67 |
| | Tiempo fuera de aislamiento | 19.47 |
| | Castigo físico | 21.67 |
| | | Signif. = .0001 |
| ACEPTABILIDAD | Seguimiento instruccional | 37.73 |
| | Reforzamiento positivo | 39.07 |
| | Tiempo fuera de aislamiento | 21.57 |
| | Castigo físico | 23.63 |
| | | Signif. = .0055 |

4. Entrenamiento en Interacción.

En la tabla 5 se presentan los promedios obtenidos para cada factor calificado del procedimiento de interacción. El promedio más alto (4.333) se asignó al factor aversividad, lo cual indica que el procedimiento es visto como poco aversivo por los padres, sin embargo el promedio del factor efectividad (3.622) indica que el procedimiento es medianamente efectivo para los padres, además, la media del factor aceptabilidad (3.8) señala que los padres estarían más o menos dispuestos a llevar a cabo el tratamiento.

Tabla 5. Puntuaciones promedio obtenidas para el procedimiento empleado en el Entrenamiento en Interacción.

| FACTORES | CONDICIÓN DE TRATAMIENTO | R |
|---------------|--------------------------|-------|
| EFFECTIVIDAD | Interacción social | 3.622 |
| AVERSIVIDAD | | 4.333 |
| ACEPTABILIDAD | | 3.800 |

5. Consejo Marital.

A continuación se presentan las puntuaciones H para las condiciones de tratamiento utilizadas en el Programa de Consejo Marital (ver tabla 6).

Como se observa no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las calificaciones de ninguno de los factores.

Sin embargo, las medias de las calificaciones dadas a los reactivos, señalan que los padres consideran más efectivo que se apliquen los procedimientos de manera conjunta ($X=3.78$); también califican como menos aversivo el procedimiento de solución de problemas ($X=4.40$), y estarían más dispuestos a llevar a cabo esta última condición ($X=3.96$).

Tabla 6. Puntuación H obtenida para los procedimientos empleados en Consejo Marital.

| FACTORES | CONDICIÓN DE TRATAMIENTO | H |
|---------------|--------------------------|-----------------|
| EFECTIVIDAD | Solución de problemas | 24.63 |
| | Reforzamiento recíproco | 18.63 |
| | General | 25.73 |
| | | Signif. = .2809 |
| AVERSIVIDAD | Solución de problemas | 26.30 |
| | Reforzamiento recíproco | 19.33 |
| | General | 23.37 |
| | | Signif. = .3451 |
| ACEPTABILIDAD | Solución de problemas | 26.23 |
| | Reforzamiento recíproco | 18.53 |
| | General | 24.23 |
| | | Signif. = .2495 |

6. Entrenamiento en Actividades Planeadas.

En la tabla 7 se observan los puntajes *H* para las condiciones de tratamiento utilizadas en el Entrenamiento en Actividades Planeadas, donde, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las condiciones de tratamiento en relación a ninguno de los factores evaluados.

Tabla 7. Puntuación H obtenida para los procedimientos empleados en el Entrenamiento en Actividades Placadas.

| FACTORES | CONDICIÓN DE TRATAMIENTO | H |
|---------------|---------------------------|-----------------|
| EFFECTIVIDAD | Establecimiento de reglas | 21.33 |
| | Enseñanza incidental | 23.37 |
| | General | 24.30 |
| | | Signif. = .8187 |
| AVERSIVIDAD | Establecimiento de reglas | 18.57 |
| | Enseñanza incidental | 27.00 |
| | General | 23.43 |
| | | Signif. = .2105 |
| ACEPTABILIDAD | Establecimiento de reglas | 19.63 |
| | Enseñanza incidental | 23.30 |
| | General | 26.07 |
| | | Signif. = .4043 |

No obstante, las puntuaciones promedio dadas a los reactivos señalan que los padres consideran más efectivo que se apliquen los procedimientos de manera general o en conjunto ($X=3.93$); evalúan como menos aversivo el procedimiento de enseñanza incidental ($X=4.87$); y estarían más dispuestos a llevar a cabo los procedimientos de manera general ($X=4.13$).

EXPERIMENTO 3: VALIDACIÓN DE LOS RESULTADOS.

- Sujetos.

En cuanto a la validación de los resultados, se trabajó con 91 padres que recibieron y finalizaron uno de los 6 tratamientos del Programa. El número de sujetos que evaluaron cada tratamiento, así como sus características, se presentan en el siguiente cuadro:

Validación de los Resultados (N=91)

| Tratamiento | # Sujetos | Sexo | Edad | Escolaridad | Eto. Civil |
|------------------------|-----------|--------------------------|----------------------------------|--|---|
| Entrenamiento a Padres | 45 | 34 Mujeres 11 Hombres | 21 a 50 años $\bar{x} = 32.3$ | Primaria a Profesional $\bar{x} =$ Sec. y carrera técnica | 28 Casados 10 Unión libre 2 Divorciados 3 Solteros 2 Viudos |
| HAPI | 12 | 12 Mujeres | 23 a 53 años $\bar{x} = 36.7$ | Primaria a Profesional $\bar{x} =$ Secundaria | 8 Casadas 4 Unión libre |
| Obediencia | 12 | 11 Mujeres 1 Hombre | 22 a 53 años $\bar{x} = 35.6$ | Primaria a Profesional $\bar{x} =$ Sec. y carrera técnica | 8 Casados 2 Unión libre 1 Soltero 1 Viudo |
| Interacción | 10 | 7 Mujeres 3 Hombres | 26 a 50 años $\bar{x} = 32$ | Secundaria a Profesional $\bar{x} =$ Sec. y carrera técnica | 4 Casados 2 Unión libre 3 Divorciados 1 Soltero |
| Consejo marital | 8 | 4 Mujeres 4 Hombres | 23 a 38 años $\bar{x} = 30.5$ | Primaria a Profesional $\bar{x} =$ Preparatoria | 4 Casados 4 Unión libre |
| PEAP | 4 | 4 Mujeres | 23 a 50 años $\bar{x} = 34.5$ | Secundaria a Profesional $\bar{x} =$ Sec. y carrera técnica | 2 Casadas 1 Unión libre 1 Soltera |

- Instrumentos de medición.

Para validar los resultados de los tratamientos se utilizaron Cuestionarios de Satisfacción del Paciente para cada uno de los 6 programas de intervención. Los reactivos fueron calificados con escalas tipo Likert con 5, 6 y 7 opciones de respuesta agrupándose en las siguientes áreas:

1. **Habilidades de los Padres.** En este rubro se evaluaron los conocimientos adquiridos por los padres, el manejo que tienen de la conducta de sus hijos después del entrenamiento, la frecuencia con la que aplican las habilidades que aprendieron y la generalización de las habilidades a otras situaciones.
2. **Cambios en la conducta del niño.** Esta área evaluó si los padres percibieron cambios en la conducta del niño después del tratamiento.
3. **Satisfacción con los terapeutas.** Se evaluó la satisfacción del usuario con la preparación del terapeuta, el interés que mostró en los problemas del paciente y si estableció una relación de confianza.
4. **Satisfacción general con el programa.** En esta área los pacientes evaluaron el programa de intervención de manera general en cuanto a su utilidad y efectividad y si lo recomendarían (Ver los anexos 3, 4, 5, 6, 7 y 8)

- Escenario.

Los usuarios calificaron el cuestionario en cubículos de 2 x 2 metros, aproximadamente, del Centro Comunitario "Dr. Oswaldo Robles". Estos contaban con un escritorio, 4 sillas, e iluminación y ventilación adecuada.

- Procedimiento.

Al llevar a cabo la validación de los resultados de tratamiento, se trabajó con 91 padres que finalizaron uno de los siguientes tratamientos que integran el Programa:

- Entrenamiento a Padres (45 padres)
- Prevención de Accidentes en el Hogar (12 padres)
- Entrenamiento para el Manejo de Problemas de Desobediencia (12 padres).
- Entrenamiento en interacción (10 padres).
- Consejo Marital (8 padres)
- Entrenamiento en Actividades Planeadas (4 padres).

Así, cuando un sujeto concluía el tratamiento se le pedía que contestara un cuestionario de satisfacción con los resultados del tratamiento, indicándole que el objetivo de dicho instrumento era conocer su opinión para mejorar el servicio del Programa y que sus respuestas serían anónimas por lo cual se requería que lo contestara francamente. La administración de los instrumentos se llevó a cabo en forma individual y autoaplicada, proporcionando al sujeto un formato de evaluación y un lápiz.

Los resultados de cada uno de los cuestionarios fueron recolectados, agrupándolos en las áreas de evaluación antes descritas para su análisis y graficación final.

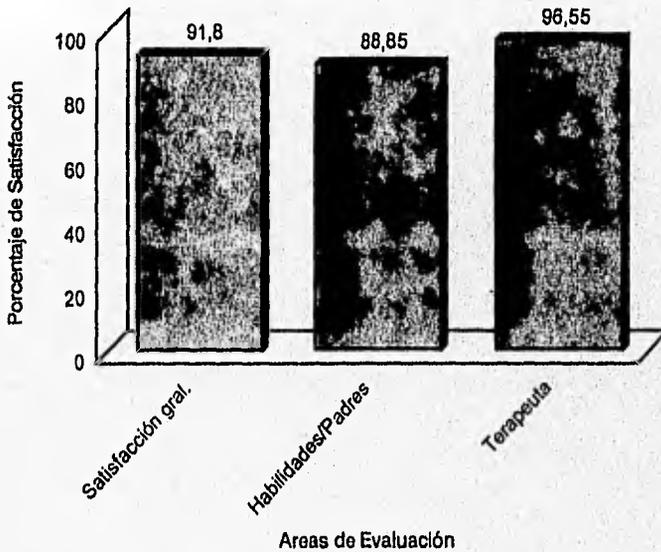
A continuación se presentan los datos de la validación de resultados, de acuerdo con el siguiente orden:

1. Entrenamiento a padres.
2. Entrenamiento para la prevención de accidentes en el hogar.
3. Entrenamiento para el manejo de problemas de desobediencia.
4. Entrenamiento en interacción.
5. Consejo marital
6. Entrenamiento en actividades planeadas.

- Resultados.

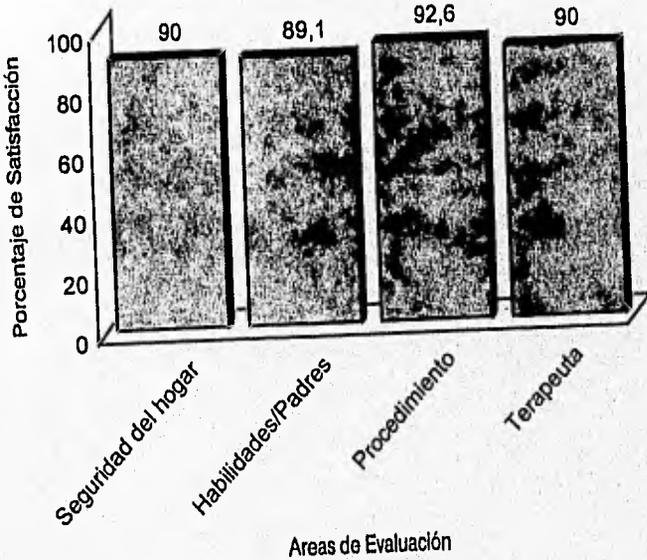
Los datos de la validación de los resultados se presentan por cada condición de tratamiento. En la gráfica 1 se describe la satisfacción de los usuarios con el entrenamiento a padres, donde se observa un 91.8% de satisfacción general con el tratamiento, 88.85% de satisfacción de los padres con las habilidades que aprendieron y 96.55% de satisfacción con el trato recibido por los terapeutas.

Gráfica 1. Satisfacción de los Usuarios con los Resultados del Entrenamiento a Padres (N=45).



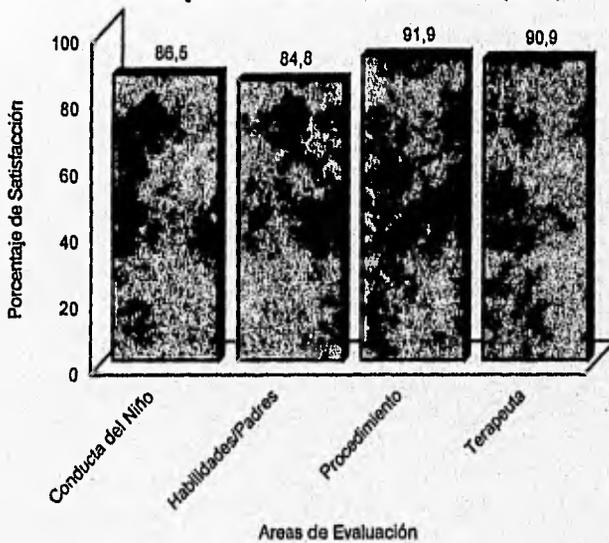
Los resultados del programa de prevención de accidentes en el hogar se presentan en la gráfica 2, donde los padres reportaron 90% de satisfacción con los cambios en cuanto a la seguridad de su hogar, 89.1% de satisfacción con las habilidades que aprendieron, 92.6% de satisfacción con el procedimiento empleado y 90% en relación al trato con el terapeuta.

Gráfica 2. Satisfacción de los Usuarios con los Resultados del Entrenamiento en Prevención de Accidentes en el Hogar (N=12).



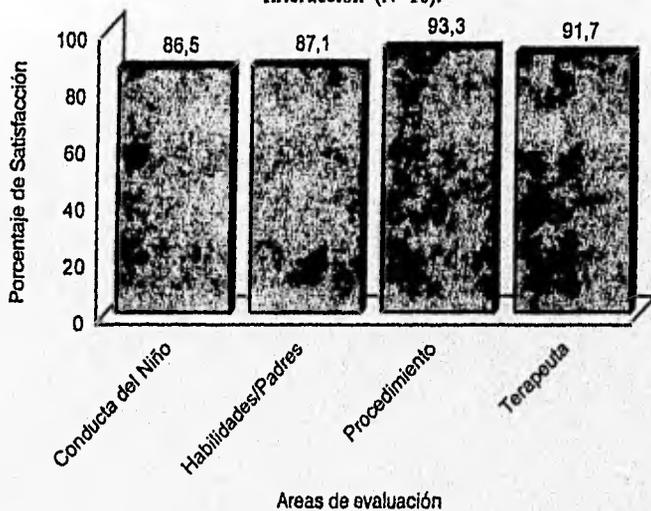
La gráfica 3 muestra los resultados del entrenamiento para el manejo de problemas de desobediencia, en este se obtuvo 86.5% de satisfacción con los cambios en la conducta del niño producidos por el tratamiento, 84.6% de satisfacción con las habilidades aprendidas, 91.9% de satisfacción con el procedimiento y 90.9% de satisfacción con los terapeutas.

Gráfica 3. Satisfacción de los Usuarios con los Resultados del Entrenamiento para el Manejo de Problemas de Desobediencia (N=12).

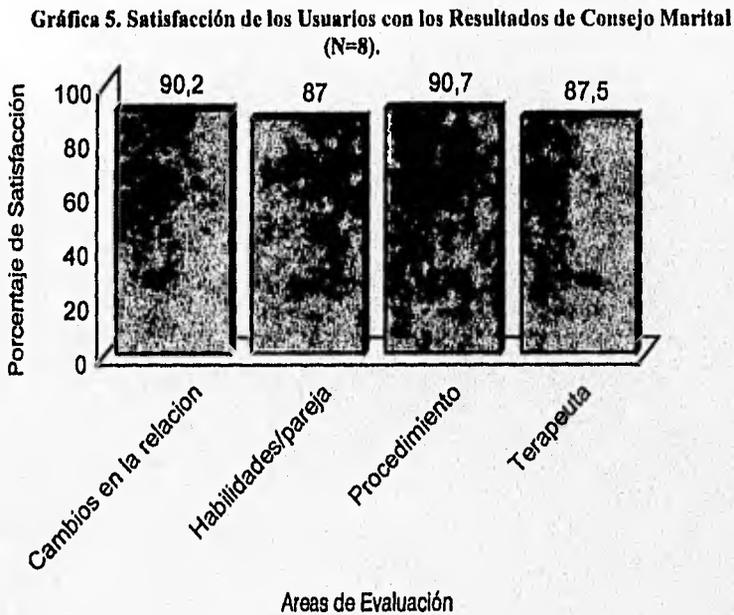


En la gráfica 4 se observan los resultados del entrenamiento en interacción, en el que se obtuvo 886.5% de satisfacción con los cambios producidos en la conducta del niño, 87% de satisfacción con la habilidades aprendidas por las madres, 93.3% de satisfacción con el procedimiento empleado y 91.7% de satisfacción con el trato del terapeuta.

Gráfica 4. Satisfacción de los Usuarios con los Resultados del Entrenamiento en Interacción (N=10).

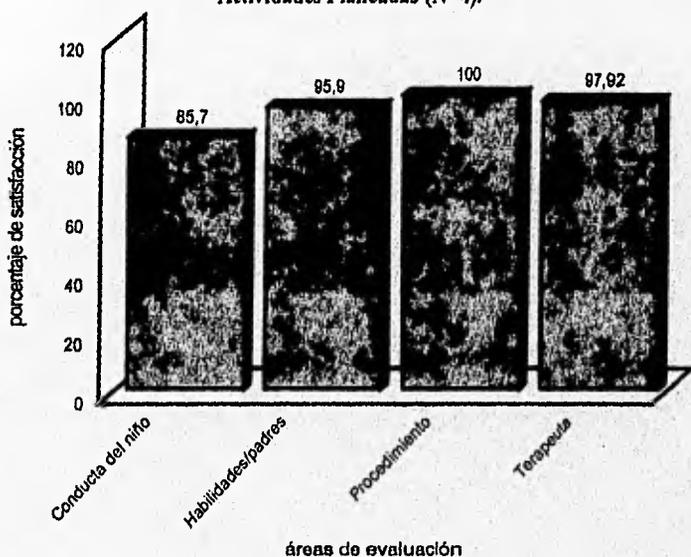


La gráfica 5 describe los datos del programa de consejo marital; en este, las parejas reportaron 90.2% de satisfacción con los cambios en la relación de pareja, 87% de satisfacción con las habilidades que aprendieron, 90.7% de satisfacción con el procedimiento y 87.5% de satisfacción con los terapeutas.



En la gráfica 6 se muestran los resultados del entrenamiento en actividades planeadas, aquí se observa 85.7% de satisfacción con los cambios en la conducta del niño, 95.9% de satisfacción con las habilidades aprendidas por los padres, 100% de satisfacción con el procedimiento empleado y 97.9% de satisfacción con el terapeuta.

Gráfica 6. Satisfacción de los Usuarios con los Resultados del Entrenamiento en Actividades Planeadas (N=4).



RESULTADOS GENERALES.

El objetivo del presente estudio fue realizar la validación social del Programa de Prevención y Tratamiento del Maltrato Infantil: Una aproximación eco-conductual, evaluando:

- a. Si los usuarios estuvieron de acuerdo con las metas de tratamiento propuestas.
- b. Si los procedimientos empleados en el programa son aceptables en términos éticos y de efectividad, cómo son evaluados en comparación con otros procedimientos, y qué tipo de procedimiento es el más aceptable.
- c. Si los resultados del tratamiento fueron importantes para los usuarios; si estuvieron satisfechos con los cambios en la conducta, con las habilidades que aprendieron y con los terapeutas.

En cuanto a la validación de metas, los resultados de la investigación señalan calificaciones altas de satisfacción de los pacientes con los objetivos de tratamiento y con las conductas a ser modificadas indicando que el objetivo del tratamiento fue el problema por el que solicitaron servicio.

Por otra parte, en lo que se refiere a la validación de procedimientos, se encontró que los procedimientos utilizados en el programa obtuvieron puntuaciones altas de aceptabilidad.

En el caso del entrenamiento a padres, al evaluar los procedimientos por separado, los reforzamientos positivo y negativo obtuvieron calificaciones más altas en comparación con los castigos del tipo I y el tipo II, sin embargo, los jueces asignaron las puntuaciones más altas de aceptabilidad cuando se evaluaron los procedimientos siendo aplicados en conjunto, como se lleva a cabo el entrenamiento a padres dentro del programa.

Respecto a la prevención de accidentes en el hogar, al comparar el procedimiento de modificaciones en el hogar que se utiliza en el programa, con las condiciones de educar al niño y regaño. Se encontró que obtuvo el segundo lugar en las calificaciones de efectividad y aversividad, pero de acuerdo con las calificaciones de aceptabilidad fue el más alto.

En cuanto a las condiciones para el manejo de problemas de desobediencia, se encontró que el procedimiento con las calificaciones más altas en cuanto a efectividad, aversividad y aceptabilidad fue el seguimiento instruccional, el cual es aplicado en el programa. A este le siguieron el reforzamiento positivo, el castigo físico y el tiempo fuera de aislamiento.

Al evaluar el programa de consejo marital, aún cuando no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las condiciones de tratamiento, se observaron calificaciones altas de aceptabilidad de los procedimientos, siendo calificado como más aceptable cuando se aplicaron de manera conjunta las condiciones de solución de problemas y reforzamiento recíproco.

En relación al entrenamiento en actividades planeadas, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas; no obstante, la aplicación en conjunto de los

procedimientos de enseñanza incidental y establecimiento de reglas obtuvo las calificaciones más altas de aceptabilidad, aversividad y efectividad.

El procedimiento de interacción social, no fue comparado con otras condiciones de tratamiento, sin embargo, fue calificado como no aversivo ($\bar{x}=4.333$), medianamente efectivo ($\bar{x}=3.622$) y aceptable ($\bar{x}=3.800$).

Los jueces, en general, calificaron como más efectivos los procedimientos positivos como reforzamiento positivo y negativo, educar al niño, seguimiento instruccional, enseñanza incidental y solución de problemas.

Los procedimientos calificados como menos aversivos por no ocasionar efectos secundarios y no atentar contra los derechos del niño, fueron el reforzamiento positivo y negativo, educar al niño, seguimiento instruccional, solución de problemas y enseñanza incidental.

Los padres calificaron como más aceptables los procedimientos de reforzamiento positivo y negativo, modificaciones en el hogar, seguimiento instruccional, solución de problemas y enseñanza incidental.

En relación a la satisfacción de los pacientes con los resultados del tratamiento, se encuentra que las puntuaciones más altas se dan en el área de satisfacción con los terapeutas y satisfacción con el procedimiento, en todas las condiciones de tratamiento. Además existe una evaluación más baja de la satisfacción en cuanto al uso y aplicación de las habilidades aprendidas por los padres durante el entrenamiento, esto se ve reflejado de manera más clara en los resultados de la evaluación del entrenamiento en el manejo de problemas de desobediencia y en consejo marital.

Estos datos tienen implicaciones importantes para el programa de maltrato infantil, por lo cual se discuten y analizan a continuación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados encontrados en la validación del programa, por una parte muestran la efectividad de este de acuerdo con los usuarios, y por otra parte, señalan algunos criterios que se deben tomar en cuenta al implementar programas de intervención conductual.

En primer lugar los resultados de la validación de metas, nos señalan la importancia de trabajar con la conducta de interés para el sujeto; de acuerdo con la experiencia en el programa, se encontró que los padres que manifestaron su satisfacción con la meta establecida de tratamiento, tendieron a llevar a cabo las indicaciones del terapeuta en cuanto al entrenamiento; mientras que los padres que no estuvieron satisfechos con la conducta a modificarse, no llevaron a cabo las indicaciones del terapeuta o abandonaron el tratamiento. Estas aseveraciones, aún cuando no se estudiaron con mayor precisión, proporcionan información relevante en relación a la importancia de validar las metas de tratamiento; por lo que a partir de este estudio se propone investigar con mayor control el efecto que tiene la satisfacción de los pacientes con las metas de tratamiento, sobre el éxito de la intervención.

Además, de acuerdo con diversos estudios (Quinn, Sherman, Sheldon, Quinn y Harchik, 1992, Kaoukis, 1991; Van Houten, 1979), en esta investigación se encontró que si se interviene directamente en el problema que interesa al usuario, se podrá garantizar con mayor probabilidad que permanezca en el tratamiento, que lo finalice, y que su participación en este sea más cooperativa. Esto implicaría validar las metas de tratamiento de las intervenciones conductuales para asegurar desde un principio la efectividad del programa de tratamiento.

En relación a la validación de procedimientos, es importante recalcar que las condiciones de tratamiento más aceptables, de acuerdo con la opinión de los jueces, son los procedimientos positivos, aquellos que no ocasionan efectos secundarios aversivos, los más efectivos para provocar cambios en la conducta pero que sean los menos intrusivos. Estos resultados tienen implicaciones importantes, ya que señalan algunos de los criterios que se deben tomar en cuenta al implementar programas de cambio conductual. Además los datos encontrados, se relacionan con los de investigaciones anteriores (Kazdin, 1980a, 1980b, 1981; Turnbull, Ellis, Boggs, Brooks y Bikien, 1981).

Estos resultados nos indican que aún cuando existen tratamientos que han probado su efectividad a través de evaluaciones empíricas, como es el caso de los procedimientos que se evaluaron, estos no necesariamente representan la opción más aceptable para los usuarios, ya que ellos dan mayor importancia a aspectos tales como: que no produzca efectos colaterales negativos, que sea efectivo para provocar cambios en la conducta problema y que no sea aversivo.

Por otro lado, los datos son relevantes para el programa que se evaluó, pues como se señaló anteriormente, los padres que asisten a tratamiento utilizan técnicas aversivas para el manejo de sus hijos como es el castigo físico, por lo que se requiere una intervención que utilice técnicas positivas pero efectivas en el manejo de problemas de conducta infantil.

En cuanto a la validación de los resultados del tratamiento, se observó una concordancia con los resultados obtenidos anteriormente por otros autores (McMahon, et al., 1984). Se encontró que las puntuaciones más altas se dan en el área de satisfacción con los terapeutas y satisfacción con el procedimiento, en todas las condiciones de tratamiento.

De igual forma, el estudio es consistente con las afirmaciones de Forehand y sus colaboradores (1980), en el sentido de que existe una evaluación más baja de la satisfacción en cuanto al uso y aplicación de las habilidades aprendidas por los padres durante el entrenamiento, esto se ve reflejado de manera más clara en los resultados de la evaluación del entrenamiento en el manejo de problemas de desobediencia y en consejo marital.

Estos datos tienen implicaciones importantes para el programa de maltrato infantil en particular; y en general, para aquellos programas de intervención en los que se involucra el entrenamiento a sujetos, pues señalan la necesidad de crear nuevas técnicas a través de las cuales, los sujetos puedan practicar y generalizar las estrategias y habilidades aprendidas para la modificación del problema de conducta que presenten.

No obstante, las diferentes evaluaciones indican de manera general, la satisfacción de los usuarios con la efectividad de los programas de intervención. Estas evaluaciones, aunque subjetivas, representan una forma de evaluación que nos permite mejorar el servicio proporcionado a los pacientes.

Por otra parte, esta evaluación apoya la validez social del programa, pues sugiere que las metas de tratamiento, los procedimientos empleados, las habilidades que aprenden los padres, los cambios en la conducta provocados por el tratamiento y la satisfacción general con el programa, en general, son vistos como aceptables y apropiados tanto por los usuarios como por los jueces externos.

Además, proporciona un modelo de evaluación completo para obtener la validez social de otros programas de intervención que sean aplicados; esto es necesario, pues, como se señaló anteriormente la validación de las metas de tratamiento, los procedimientos y los resultados son un medio necesario para demostrar la utilidad aplicada de la investigación y contribuyen al mejoramiento de la efectividad y el mantenimiento de las intervenciones (Braukman, Fixsen, Kirigin, Phillips, Phillips y Wolf, 1974).

En cuanto a la metodología empleada, se sugiere perfeccionar los cuestionarios de satisfacción o crear nuevos instrumentos que proporcionen medidas de satisfacción confiables con un alfa de Cronbach no menor de .85.

Se recomienda realizar la validación de las metas y los procedimientos con los usuarios, antes y después de la intervención.

Por último, cabe señalar que los resultados de la investigación proporcionan evidencia en cuanto al valor funcional de las intervenciones, sin embargo, también sería importante realizar investigación que proporcione un modelo conceptual sobre la aceptabilidad de los tratamientos y que involucre las diferentes variables que intervienen en el constructo de aceptabilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ammerman, R. T. (1990). Etiological models of child maltreatment: A behavioral perspective. *Behavior Modification, 14*, 230-252.
2. Axelrod, S. (1987). Functional and structural analyses of behavior: Approaches leading to reduced use of punishment procedures? *Research in Developmental Disabilities, 8*, 165-178.
3. Axelrod, S., & Apsche, J. (1983). *The effects of punishment in human behavior*. New York: Academic Press.
4. Azrin, N. H. & Besalel, U. B. (1980). *Job club counselor's manual: A behavioral approach to vocational counseling*. Baltimore: University Park Press.
5. Azrin, N. H., Naster, B. J. & Jones, R. (1973). Reciprocity counseling: A rapid learning-based procedure for marital counseling. *Behavior Research and Therapy, 11*, 365-382.
6. Azrin, N. H. & Holz, W. C. (1966). Punishment. In W. K. Honig (Ed.) *Operant Behavior: Areas of research and application*. New York: Appleton-Century Crofts.
7. Baer, D. M., Wolf, M. M. & Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis, 1*, 91-97.
8. Bailey, J., Shook, J., Iwata, B., Reid, D. & Repp, A. (1986). Behavior analysis in developmental disabilities: 1968-1985. *Journal of Applied Behavior Analysis, Reprint Series, 1*.
9. Balsam, P. & Bondy, A. (1983). Negative side-effects of reward. *Journal of Applied Behavior Analysis, 16*, 283-296.
10. Barahal, D. G., Bramer, L. M. & Shostrom, E. L. (1950). A client-centered approach to education-vocational counseling. *Journal of Consulting Psychology, 14*, 256-260.
11. Brazier, B. & MacDonald, L. (1981). Ethical decision-making in behavioral programming: A continuum of procedures. *Journal of Practical Approaches to Developmental Handicap, 4*, 11-13.
12. Bordin, E. S. (1955). The implications of client expectations for the counseling process. *Journal of Consulting Psychology, 2*, 17-21.
13. Bornstein, P. H., Stube, D., Wilson, G. L., Horstman, A. M., Sheets, D. R., Zulauf, J. R., Brier, K. L. & Cogswell, K. A. (1987). Egalitarian versus traditional behavioral marital therapy: A test of preference. *Behavior Therapy, 18*, 279-282.

14. Bornstein, P. H., Ballweg, B. J., Weisser, C. E., Fox, S. G., Kirby, K. L., Andre, J. C., Sturm, C. A., Wilson, G. L., McLellam, R. W. (1983). Treatment acceptability of alternative marital therapies: A comparative analysis. *Journal of Marital and Family Therapy, 9*, 205-208.
15. Bousha & Twentyman (1984). Mother-child interaction style in abuse, neglect and control groups: naturalistic observations in the home. *Journal of Abnormal Psychology, 93*, 106-114.
16. Braukman, C. J., Fixsen, D. L., Kirigin, K. A., Phillips, E. A., Phillips, E. L. & Wolf, M. M. (1974). Achievement Place: The training and certification of teaching parents. *Issues in Evaluating Behavior Modification*. Ed. Dr. W. Scott Wood. Research Press Co.
17. Burgio, L. D., Whitman, T. L. & Reid, D. H. (1983). A participative management approach for improving direct-care staff performance in an institutional setting. *Journal of Applied Behavior Analysis, 16*, 37-53.
18. Bushell, D., Jackson D. A. & Weis, L. C. (1974). Quality control in the behavior analysis approach to Project Follow Through. *Issues in Evaluating Behavior Modification*. Ed. Dr. W. Scott Wood. Research Press Co.
19. Calvert, S. C. & McMahon, R. J. (1987). The treatment acceptability of a behavioral parent training program and its components. *Behavior Therapy, 2*, 165-179.
20. Daniels, G. D. (1986). Reaction to Romanczyk: Consideration of punishment in the treatment of self-injurious behavior. In K. D. Gadow (Ed.), *Advances in Learning and Behavioral Disabilities, Vol. 5*, Greenwich, CT: JAI Press Inc.
21. Demchak, M. A. & Halle, J. W. (1985). Motivational assessment: A potential means of enhancing treatment success of self-injurious individuals. *Education and Training of the Mentally Retarded, 20*, 25-38.
22. Durand, V. M. (1987). "Lood homeward angel": A call to return to our (functional) roots. *Behavior Analyst, 10*, 299-302.
23. Elliott, S. N. (1988). Acceptability of behavioral treatments: Review of variables that influence treatment selection. *Professional Psychology: Research and Practice, 19*, 68-80.
24. Elliott, S. N. (1986). Children's ratings of the acceptability of classroom interventions for misbehavior findings and methodological considerations. *Journal of School Psychology, 24*, 23-35.
25. Epstein, L. H., Doke, L. A., Sajwaj, T. E., Sorrel, S. & Rimner, B. (1974). Generality and side effects of overcorrection. *Journal of Applied Behavior Analysis, 7*, 385-390.

26. Favell, J. E., McGimsey, J. E. & Jones, M. L. (1982). The use of self-injury and as positive reinforcement. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11, 225-241.
27. Fawcett, S. B. & Miller, L. K. (1975). Training public-speaking behavior: An experimental analysis and social validation. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 8, 125-135.
28. Fiedrich, W & Einbender, A. (1983). The abused child: A psychological review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12, 244-256.
29. Forehand, R. L. & McMahon, R. J. (1981). *Helping the noncompliance child: A clinician's guide to parent training*. New York: Guilford Press.
30. Forehand, R. J.; Wells, K. C., & Griest, D. L. (1980). An examination of the social validity of a parent training program. *Behavior Therapy*, 11, 488-502.
31. Foxx, R., McMorrow, M., Bittle, R. & Bechtel, D. (1986a). The successful treatment of a dually-diagnosed deaf man's aggression with a program that included contingent electric shock. *Behavior Therapy*, 17, 170-186.
32. Foxx, R. & Duffrense, D. (1984). "Harry": The use of physical restraint as a reinforcer, time-out from restraint, and fading restraint in treating a self-injurious man. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, 4, 1-13.
33. Frenz, C. & Kelley, M. L. (1986). Parents' acceptance of reductive treatment methods: The influence of problem severity and perception of child behavior. *Behavior Therapy*, 17, 75-81.
34. Garbarino, J., Guttman, E. & Seeley, J. W. (1986). *The psychologically battered child*. San Francisco: Jossey-Bass.
35. Gelles, R. J. (1982). Problems in defining and labeling child abuse. In R. H. Starr (Ed.) *Child abuse prediction: Policy Implications*. Cambridge: Ballinger.
36. General, D. A. (1974). Response to: Achievement Place: The training and certification of teaching parents. *Issues in Evaluating Behavior Modification*. Ed. Dr. W. Scott Wood. Research Press Co.
37. Gómez, S. (1988). Maltrato infantil: Un problema multifacético. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20, 149-161.
38. Goode, W. F. & Fowler, I. (1949). Incentive factor in a low morale plant. *American Sociological Review*, 14, 79-93.
39. Grant, C. W. (1954). How students perceive the counselor's role. *Personnel and Guidance*

40. Gualtieri, C. T., Quade, D., Hicks, R. E., Mayo, J. P. & Schroeder, S. R. (1984). Tardive dyskinesia and other clinical consequences of neuroleptic treatment in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 141, 20-23.
41. Guess, D., Helmstetter, E., Turnbull, H. R., & Knowlton, S. (1987). Use of aversive procedures with persons who are disabled: A historical review and critical analysis. *Monographs of The Association for Persons with Severe Handicaps*, 2 (1).
42. Hansen, D. J. (1994). Treatment Adherence, generalization and social validity: Clinical and research issues for interventions with Physically Abusive and Neglectful Families. Conferencia presentada en *Research and Treatment in Child Abuse and Neglect*, organizado por Project Safe Care of the Department of Psychology, University of Judaism. Los Angeles, California. U. S. A.
43. Hansen, D. J. & Warner, . E. (1992). In R. T. Ammerman & M. Hensen (Eds.). *Assessment of Family Violence: A clinical and legal sourcebook*. New York: John Wiley & Sons.
44. Herzberg, F., Mausner, B. & Synder, B. B. (1959). *The motivation to work*. New York: John Wiley and Sons.
45. Iwata, B. A., Dorsey, M. F., Slifer, K. L., Bauman, K. E. & Richman, G. S. (1982a). Toward a functional analysis of self-injury. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, 2, 3-20.
46. Iwata, B. A., Wong, S. E., Riordan, M.M., Dorsey, M. F. & Lau, M. M. (1982b). Assessment and training of clinical interviewing skills: Analogue analysis and field replication.
47. Jordan, J., Singh, N. N. & Repp, A. C. (1989). An evaluation of gentle teaching and visual screening in the reduction of stereotypy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 22, 9-22.
48. Kaoukis, G. (1991). Social validation of obese mentally-handicapped adolescents' weight losses. Conferencia presentada en *The Annual Convention of the American Psychological Association*, San Francisco, California; U. S. A.
49. Kazdin, A. E. (1977). Assessing the clinical or applied significance of behavior change through social validation. *Behavior Modification*, 1, 427-452.
50. Kazdin, A. E. (1980a). Acceptability of alternative treatments for deviant child behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13, 259-273.
51. Kazdin, A. E. (1980b). Acceptability of time out from reinforcement procedures for disruptive child behavior. *Behavior Therapy*, 11, 329-344.

52. Kazdin, A. E. (1981). Acceptability of child treatment techniques: The influence of treatment efficacy and adverse side effects. *Behavior Therapy, 12*, 493-506.
53. Kelly, J. A. (1983). *Treating child-abusive families: Intervention based on skills-training principles*. New York: Plenum Press.
54. Kifer, R. E.; Lewis, M. A.; Green, D. R. & Phillips, E. I. (1974). Training predelinquent youths and their parents to negotiate conflict situations. *Journal of Applied Behavior Analysis, 7*, 357-364.
55. Koos, E. L. (1955). "Metropolis"- What city people think of their medical services. *American Journal of Public Health, 45*, 1551-1557.
56. Kroin, L. W. & Santogrossi, D. A. (1987). The acceptability of behavioral interventions: Evaluating treatments and clients. In G. S. Bernstein. *Aversive: Advocacy, acceptability, context, and tighropes*. Symposium conducted at the Thirteenth Annual Convention of the Association for Behavior Analysis, Nashville, TN.
57. Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
58. Lennox & Miltenberger, (1990). On the conceptualization of treatment acceptability. *Education and Training in Mental Retardation, 25*, 211-224.
59. Linscheid, T. (1988). *Electric Shock: The most restrictive alternative?*. Paper presented at the 14th. Annual conference of the Association for Behavior Analysis, Philadelphia, PA.
60. Logan, R. (1979). Socio-cultural change and perception of children as burdens. *Child Abused and Neglect, 1*, 7-24.
61. Loovas, I. O. & Simmons, J. Q. (1969). Manipulation of self-destruction in three retarded children. *Journal of Applied Behavior Analysis, 2*, 143-157.
62. Lutzker, J. R. (1984). Project 12-Ways: Treating child abuse and neglect from an ecobehavioral perspective. In R. F. Dangel y R. F. Polster (Eds.), *Parent training: Foundations of research and practice*. New York: Guilford Press.
63. Lutzker, J. R., Wesh, D. & Rice, J. M. (1984). A review of Project 12-Ways: An ecobehavioral approach to the treatment and prevention of child abuse and neglect. *Advances in Behavior Research and Therapy, 6*, 63-74.
64. Makeover, H. B. (1950). The quality of medical care. *American Journal of Public Health, 41*, 824-832.

65. McMahon, R. J., Tiedemann, G. L., Forehand, R. J., & Griest, D. L. (1984). Parental satisfaction with parent training to modify child noncompliance. *Behavior Therapy, 15*, 295-303.
66. Miltenberger, R. G. & Veltum, L. (1988). Evaluation of an instructions and modeling procedure for training behavioral assessment interviewing. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 21*.
67. Miltenberger, R. G. & Fuqua, R. W. (1985). Evaluation of a training manual for the acquisition of behavioral assessment interviewing skills. *Journal of Applied Behavior Analysis, 18*, 323-328.
68. Minkin, N., Braukman, C. J., Minkin, B. L., Timbers, G. D., Timbers, B. J., Fixsen, D. L., Phillips, E. L., & Wolf, M. M. (1976). The social validation and training of conversation skills. *Journal of Applied Behavior Analysis, 9*, 127-139.
69. Morris, R. J. & Brown, D. K. (1983). Legal and ethical issues in behavior modification with mentally retarded persons. In J. L. Matson & F. Andrasik (Eds.) *Treatment issue and innovations in mental retardation*. New York: Plenum Press.
70. Newson, C., Favell, J. E. & Rincover, A. (1983). Side effects of punishment. In S. Axelrod & J. Apsche (Eds.) *The effects of punishment on human behavior*. New York: Academic.
71. O'Leary, K. D. & Wilson, G. T. (1986). *Behavior Therapy: Applications and outcome*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
72. Parrish, J. M., Cataldo, M. F., Kolko, D. J., Neef, N. A. & Egel, A. L. (1986). Experimental analysis of response covariation among compliant and inappropriate behaviors. *Journal of Applied Behavior Analysis, 19*, 241-254.
73. Poling, A., Picker, M. & Hall-Johnson, E. (1986). Human behavioral pharmacology. *The Psychological Record, 33*, 473-493.
74. Quinn, J. M., Sherman, J. A., Sheldon, J. B., Quinn, L. M., & Harchik, A. E. (1992). Social validation of component behaviors of following instructions, accepting, criticism and negotiating. *Journal of Applied Behavior Analysis, 25*, 401-413.
75. Rasnake, L. K., Martin, J., Tarnowski, K. J. & Mullick, J. A. (1993). Acceptability of behavioral treatments: Influence of knowledge of behavioral principles. *Mental Retardation, 31*, 247-251.
76. Reid, D. H. & Whitman, T. L., (1983). Behavioral staff management in institutions: A critical review of effectiveness and acceptability. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities, 3*, 131-149.

77. Reimers, T. M., Wacker, D. P. & Koeppl, G. (1987). Acceptability of Behavioral Interventions: A review of the literature. *School Psychology Review, 26*, 212-227.
78. Repp, A. C., Felce, D. & Barton, L. E. (1988). Basing the treatment of stereotypic and self-injurious behavior on hypotheses of their causes. *Journal of Applied Behavior Analysis, 21*, 281-290.
79. Rolider, A. (1988). *The positive effects of punishment on learning*. Paper presented at the 14th. Annual conference of the Association for Behavior Analysis, Philadelphia, PA.
80. Russo, D. C., Cataldo, M. F. & Cushing, P. (1981). Compliance training and behavioral covariation in the treatment of multiple behavior problems. *Journal of Applied Behavior Analysis, 14*, 209-222.
81. Sajwaj, T. E., Twardosz, S. & Burke, M. (1972). Side effects of extinction procedures in a remedial preschool. *Journal of Applied Behavior Analysis, 5*, 163-176.
82. Sanders, M. R., & Dadds, M. R. (1982). De effect of planned activities and child management procedures training: analysis of setting generality. *Behavior Therapy, 13*, 452-461.
83. Shapiro, E. S. & Goldberg, R. (1990). In vivo rating of treatment acceptability by children: Group size effects in group contingencies to improve spelling performance. *Journal of School Psychology, 28*, 233-250.
84. Sidman, M. (1960). *Tactics of Scientific Research*. Basic Books, Inc. Publishers. New York, U.S.A.
85. Siegel, (1994). *Estadística No Paramétrica*. Editorial Trillas.
86. Singh, N.N., Watson, J. E. & Winton, A. S. (1987). Parents' acceptability ratings of alternative treatments for use with mentally retarded children. *Behavior Modification, 11*, 17-26.
87. Smith, S. & Hanson, R. (1974). 134 battered children: A medical and psychological study. *British Medical Journal, 3*, 666-670.
88. Spinetta, J. J. & Rigler, D. (1972). The child abusing parent: A psychological review. *Psychological Bulletin, 77*, 296-304.
89. Stokes, T. F. & Baer, D. M. (1977). An implicit technology of generalization. *Journal of Applied Behavior Analysis, 10*, 349-367.
90. Swan, G. E. & McDonald, M. L. (1978). Behavior therapy in practice: A national survey of

behavior therapists. *Behavior Therapy*, 9, 799-807.

91. Taylor, C. (1973). The battered child. In D. Clifton & J. G. Wells (Eds.). *Deviancy and the family*. Philadelphia: Davis.

92. Tertinger, D. A., Greene, B. F. & Lutzker, J. R. (1984). Home Safety: Development and validation of one component of an ecobehavioral treatment program for abused and neglected children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 17, 159-174.

93. Turnbull, H. R., Ellis, J., Boggs, E., Brooks, P. & Biklen, D. (1981). *The least restrictive alternative: Principles and practices*. Washington, D.C.: American Association for Mental Deficiency.

94. Van Houten, R. (1979). Social validation: The evolution of standards of competency for target behaviors. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 581-591.

95. Von Brock, M. B., & Elliott, S. N. (1987). The influence of treatment effectiveness information on the acceptability of classroom interventions. *Journal of School Psychology*, 25, 131-144.

96. Wesch, D. & Lutzker, J. R. (1991). A comprehensive 5-Year evaluation of Project 12-Ways: An ecobehavioral program for treating an preventing child abuse and neglect. *Journal of Family Violence*, 6, 17-35.

97. Wierneman, E. R. (1964). Patient's perceptions of group medical care: A review and analysis of studies on choice and utilization of prepaid group practice plans. *Group Medical Care*, 54, 880-889.

98. Witt, J. C., & Elliott, S. N. (1985). Acceptability of classroom management strategies. *Advances in school psychology*, 4, 251-288.

99. Wolfe, D. A. (1988). Child abuse and neglect. In E. J. Mash & L. G. Terdal (Eds.). *Behavioral assessment of childhood disorder*. New York: Guilford Press. pp. 627-669.

100. Wolf, M. M. (1978). Social validity: The case for subjective measurement or how applied behavior analysis is finding its heart. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11, 203-214.

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE SATISFACCION DEL PACIENTE
Satisfacción con las Metas de Tratamiento

1. El problema por el que solicité el servicio, es el principal objetivo del tratamiento.

| | | | | |
|--------------------------|------------|-------|------------|-----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Completamente de acuerdo | De acuerdo | No sé | Desacuerdo | Completamente en desacuerdo |

2. El terapeuta y yo discutimos sobre mi problema para acordar mutuamente qué tratamiento sería el apropiado.

| | | | | |
|--------------------------|------------|-------|------------|-----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Completamente de acuerdo | De acuerdo | No sé | Desacuerdo | Completamente en desacuerdo |

3. El tratamiento que se eligió realmente puede resolver mi problema o modificar la conducta problema.

| | | | | |
|--------------------------|------------|-------|------------|-----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Completamente de acuerdo | De acuerdo | No sé | Desacuerdo | Completamente en desacuerdo |

4. Los problemas por los que solicité el servicio fueron ordenados para trabajar del más importante al menos importante.

| | | | | |
|--------------------------|------------|-------|------------|-----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Completamente de acuerdo | De acuerdo | No sé | Desacuerdo | Completamente en desacuerdo |

5. Estuve de acuerdo con mi terapeuta sobre los objetivos del tratamiento y/o las conductas que serán modificadas.

| | | | | |
|--------------------------|------------|-------|------------|-----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Completamente de acuerdo | De acuerdo | No sé | Desacuerdo | Completamente en desacuerdo |

COMENTARIOS _____

ANEXO 2

INVENTARIO DE EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO

Instrucciones:

Por favor, conteste las siguientes preguntas marcando el número que mejor describa sus sentimientos hacia el tratamiento. Lea cuidadosamente las preguntas porque una marca colocada accidentalmente en un espacio incorrecto puede no representar el significado de lo que usted pretende.

1. ¿Estaría usted dispuesto(a) a aplicar este tratamiento para modificar el problema de conducta de su hijo?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------------------|-------------------|-------------------------|-------------------|-------------------------|
| de ninguna manera | un poco dispuesto | moderadamente dispuesto | estaría dispuesto | completamente dispuesto |

2. ¿Considera que el tratamiento es apropiado para resolver otros problemas de conducta infantil?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------------------|----------------|-------------------------|-----------|---------------|
| de ninguna manera es apropiado | poco apropiado | moderadamente apropiado | apropiado | muy apropiado |

3. En su opinión, ¿El tratamiento es cruel con el niño?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----------------|------------|---------------------|----------|----------------------------|
| demasiado cruel | algo cruel | moderadamente cruel | es cruel | de ninguna manera es cruel |

4. ¿El tratamiento proporciona al niño un trato humano?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|----------------------------------|---|-----------------------------|---------------------------------|
| de ninguna manera proporciona un trato humano | proporciona un trato poco humano | proporciona un trato más o menos humano | proporciona un trato humano | proporciona un trato muy humano |

5. ¿Cree usted que el tipo de tratamiento podría provocar algún daño en el niño?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------------------------|------------------|--------------------------|------------------------|---------------------------|
| provocaría muchos daños | provocaría daños | provocaría algunos daños | provocaría pocos daños | no provocaría ningún daño |

6. ¿Qué tanto le gustó el tratamiento?

| | | | | |
|-----------------------|------------------|------------------------|----------|----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| No me gustó para nada | Me gustó un poco | Me gustó moderadamente | Me gustó | Me gustó mucho |

7. ¿Considera que el tratamiento podría disminuir los problemas de conducta del niño?

| | | | | |
|---------------------------|-------------------------|---------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Para nada los disminuiría | Los disminuiría un poco | Disminuiría en algo | Los disminuiría casi por completo | Los disminuiría por completo |

8. ¿El tratamiento resolvería para siempre los problemas de conducta del niño?

| | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Los resolvería por un momento | Los resolvería por poco tiempo | Los resolvería por algún tiempo | Los resolvería por mucho tiempo | Los resolvería para siempre |

9. ¿Cree usted que al aplicar el tratamiento se originen otros problemas de conducta en el niño?

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| originaría muchos problemas de conducta | Originaría varios problemas de conducta | Originaría algunos problemas de conducta | Originaría pocos problemas de conducta | No originaría otros problemas de conducta |

10. ¿Considera que el tratamiento pudiera ser molesto o incómodo para el niño?

| | | | | |
|-----------------------------|-----------------------|----------------------------------|----------------------------|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| bastante molesto o incómodo | es molesto o incómodo | moderadamente molesto o incómodo | un poco molesto o incómodo | de ninguna manera es molesto o incómodo |

11. En general, ¿Cómo calificaría al tratamiento?

| | | | | |
|--------------|----------|-------------|----------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Muy negativo | Negativo | Ambivalente | Positivo | Muy positivo |

ANEXO 3

ENTRENAMIENTO A PADRES

Cuestionario de Satisfacción del Paciente

Instrucciones: Conteste por favor las siguientes preguntas sobre el entrenamiento que recibió para ayudarnos a mejorar el servicio.

Indique con el número el grado de acuerdo que presenta con cada una de las oraciones.

1. En general, me siento satisfecho con el entrenamiento que recibí.

| | | | | |
|--------------------------|------------|----------|------------|-----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Completamente de acuerdo | De acuerdo | Inseguro | Desacuerdo | Completamente en desacuerdo |

2. El entrenamiento me sirvió para conocer mejores formas para criar a mi hijo.

| | | | | |
|--------------------------|------------|----------|------------|-----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Completamente de acuerdo | De acuerdo | Inseguro | Desacuerdo | Completamente en desacuerdo |

3. El tiempo que se utilizó por sesión fue suficiente.

| | | | | |
|--------------------------|------------|----------|------------|-----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Completamente de acuerdo | De acuerdo | Inseguro | Desacuerdo | Completamente en desacuerdo |

4. Puedo poner en práctica lo que aprendí, con mi hijo.

| | | | | |
|--------------------------|------------|----------|------------|-----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Completamente de acuerdo | De acuerdo | Inseguro | Desacuerdo | Completamente en desacuerdo |

5. Soy capaz de aplicar algunas de las habilidades que aprendí para solucionar otros problemas.

| | | | | |
|--------------------------|------------|----------|------------|-----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Completamente de acuerdo | De acuerdo | Inseguro | Desacuerdo | Completamente en desacuerdo |

6. He podido cambiar el comportamiento de mi hijo con el entrenamiento que recibí.

| | | | | |
|--------------------------|------------|----------|------------|-----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Completamente de acuerdo | De acuerdo | Inseguro | Desacuerdo | Completamente en desacuerdo |

7. Las explicaciones que recibí por parte de los terapeutas fueron claras y precisas.

| | | | | |
|--------------------------|------------|----------|------------|-----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Completamente de acuerdo | De acuerdo | Inseguro | Desacuerdo | Completamente en desacuerdo |

8. Los terapeutas mostraron interés por ayudarme.

| | | | | |
|--------------------------|------------|----------|------------|-----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Completamente de acuerdo | De acuerdo | Inseguro | Desacuerdo | Completamente en desacuerdo |

9. Los materiales de apoyo como videos, acetatos, guías, etc.; fueron de gran ayuda.

| | | | | |
|--------------------------|------------|----------|------------|-----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Completamente de acuerdo | De acuerdo | Inseguro | Desacuerdo | Completamente en desacuerdo |

10. Recomendaría a otros padres que recibieran este entrenamiento.

| | | | | |
|--------------------------|------------|----------|------------|-----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Completamente de acuerdo | De acuerdo | Inseguro | Desacuerdo | Completamente en desacuerdo |

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS:

ANEXO 4

CUESTIONARIO DE EVALUACION DEL PROGRAMA

Gracias por su participación en el programa de prevención de accidentes en el hogar. Su participación ha sido de gran ayuda. Como un requerimiento final, quisieramos saber algunos de sus pensamientos y sentimientos acerca del programa y su aplicación. Por favor lea las siguientes preguntas y encierre en un círculo la respuesta que mejor describe sus sentimientos acerca de la pregunta. Hay un espacio para cualquier comentario adicional. Muchas gracias por su tiempo y cooperación.

1. Desde que terminé el programa de seguridad, mi hogar es:

| | | | | |
|------------|--------|-------|--------------|--------------------|
| Más seguro | Seguro | Igual | Menos seguro | Mucho menos seguro |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Comentarios: _____

2. Aplicar el programa de seguridad en otros hogares donde hay niños viviendo sería...

| | | | | |
|----------------|------------|------------------|-----------|---------------|
| Muy buena idea | Buena idea | Ni buena ni mala | Mala idea | Muy mala idea |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Comentarios: _____

3. Cuando el terapeuta observó mi casa me sentí:

| | | | | |
|------------|--------|-------------------------|-----------|---------------|
| Muy agusto | Agusto | Ni agusto ni a disgusto | Desagusto | Muy desagusto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Comentarios: _____

4. De las cosas que aprendí participando en el programa pienso que voy a recordar:

| | | | | |
|-------|------------|---------|-------|---------|
| Todas | La mayoría | Algunas | Pocas | Ninguna |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Comentarios: _____

5. ¿Qué tanto tiempo le tomó poder hacer de su hogar un lugar seguro para su hijo?

| | | | |
|-----------------|-------------|--------------|------------------|
| Muy poco tiempo | Poco tiempo | Mucho tiempo | Demasiado tiempo |
|-----------------|-------------|--------------|------------------|

Comentarios: _____

6. A partir de ahora Yo pienso seguir las recomendaciones del programa de seguridad.

Siempre La mayor parte del tiempo Algunas veces Rara vez Nunca

Comentarios: _____

7. Las medidas de seguridad que me fueron dadas, tales como cerrar con llave los gabinetes, fueron:

| Muy útiles | Útiles | Ni útiles, ni inútiles | Inútiles | Nada útiles |
|------------|--------|------------------------|----------|-------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Comentarios: _____

8. ¿Cuánto esfuerzo le tomó hacer seguro el hogar para los niños?

Muy poco esfuerzo Poco esfuerzo Mucho esfuerzo Demasiado esfuerzo

Comentarios: _____

9. ¿Usted piensa que existen peligros adicionales que deberían ser incluidos en el programa de seguridad?

Si No

Comentarios: _____

10. ¿Piensa que algunos peligros no deberían estar incluidos en el programa de seguridad?. Si así es, haga una lista de ellos.

Si No

Comentarios: _____

11. ¿Ha existido alguna ocasión en que su hijo haya tenido un accidente en el hogar? (Por ejemplo, haberse quemado o que haya tomado una sustancia venenosa). Si la respuesta es sí, favor de describir lo que pasó en el espacio de abajo.

Si No

Comentarios: _____

ANEXO 5

ENTRENAMIENTO EN OBEDIENCIA

Cuestionario de Satisfacción de los Padres

Instrucciones: Conteste por favor las siguientes preguntas sobre el entrenamiento que recibió para ayudarnos a mejorar el servicio. Señale el número que describa mejor lo que usted piensa sobre el tratamiento.

1. Al final del tratamiento los problemas de obediencia por los que mi hijo fue tratado...

1=Empeoraron considerablemente

2=Empeoraron

3=Empeoraron un poco

4=Sin ningún cambio

5=Mejoraron un poco

6=Mejoraron

7=Mejoraron considerablemente

2. Los problemas de mi hijo por los que asistí a la clínica, actualmente son...

1=Considerablemente peores

2=Peores

3=Un poco peores

4=Iguales

5=Un poco mejores

6=Mejores

7=Han mejorado notablemente

3. Después del tratamiento, el manejo que tengo sobre la conducta de mi hijo...

1=Empeoró considerablemente

2=Empeoró

3=Empeoró un poco

4=No ha cambiado

5=Mejóro un poco

6=Mejóro

7=Mejóro considerablemente

4. Ahora me siento capaz de resolver cualquier problema de conducta de mi hijo.

1=Siempre

2=Casi siempre

3=Algunas veces

4=No estoy seguro

5=Casi nunca

6=Nunca

5. Puedo manejar cualquier situación de desobediencia que se presente, sin problema.

- 1=Siempre
- 2=Casi siempre
- 3=Algunas veces
- 4=No estoy seguro
- 5=Casi nunca
- 6=Nunca

6. En el transcurso del tratamiento, al trabajar con mi terapeuta me sentí...

- 1=Excelente
- 2=Muy bien
- 3=Bien
- 4=Indiferente
- 5=Regular
- 6=Mal
- 7=Muy mal

7. La preparación de mi terapeuta para ayudarme a resolver mis problemas fué...

- 1=Nula
- 2=Deficiente
- 3=Mala
- 4=Suficiente
- 5=Buena
- 6=Muy buena
- 7=Excelente

8. Al tratar de resolver mis problemas con la conducta de mi hijo, el terapeuta se mostró...

- 1=Extremadamente desinteresado
- 2=Desinteresado
- 3=Indiferente
- 4=Interesado
- 5=Extremadamente interesado

9. En general, yo siento que los terapeutas del programa de tratamiento fueron...

- 1=Muy serviciales
- 2=Serviciales
- 3=Indiferentes
- 4=Poco serviciales
- 5=Nada serviciales

10. Entender las explicaciones de los terapeutas generalmente fue...

1=Imposible

2=Muy difícil

3=Difícil

4=Ni fácil, ni difícil

5=Fácil

6=Muy fácil

11. Las explicaciones y conceptos que recibí durante el tratamiento fueron...

1=Extremadamente inútiles

2=Inútiles

3=Poco útiles

4=No provocan ningún cambio

5=Útiles

6=Extremadamente útiles

12. Yo siento que el tipo de tratamiento que se utilizó para tratar los problemas de mi hijo fue...

1=El más inapropiado

2=Muy inapropiado

3=Inapropiado

4=No sé

5=Apropiado

6=Muy apropiado

7=El más apropiado

13. ¿Con qué frecuencia utiliza todas las técnicas que aprendió para manejar la conducta de su hijo?

1=Nunca

2=Casi nunca

3=Algunas veces

4=Frecuentemente

5=Siempre

14. Recomendaría que otros padres con problemas semejantes al mío recibieran el tratamiento.

1=Lo recomendaría ampliamente

2=Lo recomendaría

3=No lo recomendaría

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS:

ANEXO 6

ENTRENAMIENTO EN INTERACCION

Cuestionario de Satisfacción de los Padres

Instrucciones: Conteste por favor las siguientes preguntas sobre el tratamiento que recibió para ayudarnos a mejorar el servicio. Señale el número que describa mejor lo que usted piensa sobre el tratamiento.

1. Gracias al tratamiento, siento que mi hijo pasa un rato divertido cuando juega conmigo.

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Algunas veces
4. No estoy seguro
5. Casi nunca
6. Nunca

2. Ahora siento que mi hijo se acerca más a mí.

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Algunas veces
4. No estoy seguro
5. Casi nunca
6. Nunca

3. Debido al tratamiento, otros problemas de conducta de mi hijo...

1. Empeoraron considerablemente
2. Empeoraron
3. Empeoraron un poco
4. No hubo cambios
5. Mejoraron un poco
6. Mejoraron
7. Mejoraron considerablemente

4. Después del tratamiento, la relación con mi hijo...

1. Mejoró considerablemente
2. Mejoró
3. Mejoró un poco
4. No ha cambiado
5. Empeoró un poco
6. Empeoró
7. Empeoró considerablemente

5. Las categorías o conductas que aprendí a utilizar durante el entrenamiento fueron...

1. Extremadamente útiles
2. Útiles
3. No provocan ningún cambio
4. Poco útiles
5. Inútiles
6. Extremadamente inútiles.

6. Gracias al tratamiento, la relación con mis otros hijos...

1. Mejoró considerablemente
2. Mejoró
3. Mejoró un poco
4. No ha cambiado
5. Empeoró un poco
6. Empeoró
7. Empeoró considerablemente

7. Después del tratamiento, mi hijo ha sido capaz de relacionarse con otros...

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Algunas veces
4. No estoy seguro
5. Casi nunca
6. Nunca

8. En el transcurso del tratamiento, al trabajar con mi terapeuta me sentí...

1. Excelente
2. Muy bien
3. Bien
4. Indiferente
5. Regular
6. Mal
7. Muy mal

9. La preparación de mi terapeuta para ayudarme a resolver mis problemas fué...

1. Nula
2. Deficiente
3. Mala
4. Suficiente
5. Buena
6. muy buena
7. Excelente

10. Al tratar de resolver mis problemas con la conducta de mi hijo, el terapeuta se mostró...

1. Extremadamente desinteresado
2. Desinteresado
3. indiferente
4. Interesado
5. Extremadamente interesado.

11. En general, yo siento que los terapeutas del programa de tratamiento fueron...

1. Muy serviciales
2. Serviciales
3. Indiferentes
4. Poco serviciales
5. Nada serviciales

12. Enteder las explicaciones de los terapeutas generalmente fue...

1. Imposible
2. Muy difícil
3. Difícil
4. NI fácil, ni difícil
5. Fácil
6. Muy fácil

13. Las explicaciones y conceptos que recibí durante el tratamiento fueron...

1. Extremadamente inútiles
2. Inútiles
3. Poco útiles
4. No provocan ningún cambio
5. Útiles
6. Extremadamente útiles

14. Yo siento que el tipo de tratamiento que se utilizó para tratar los problemas de mi hijo fué...

1. El menos apropiado
2. Muy inapropiado
3. Inapropiado
4. No sé
5. Apropiado
6. Muy apropiado
7. El más apropiado

15. ¿Con qué frecuencia utiliza todas las técnicas que aprendió, para manejar la conducta de su hijo?

1. Nunca
2. Casi nunca
3. Algunas veces
4. Frecuentemente
5. Muy frecuentemente

16. Recomendaría que otros padres con problemas semejantes al mío recibieran el tratamiento.

1. Lo recomendaría ampliamente
2. Lo recomendaría
3. No lo recomendaría.

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS:

ANEXO 7

CONSEJO MARITAL

Cuestionario de Satisfacción del Paciente

Instrucciones: Conteste por favor la siguiente preguntas sobre el entrenamiento que recibió para ayudarnos a mejorar el servicio. Señale el número que describa mejor lo que usted piensa sobre el entrenamiento.

1. Los problemas con mi pareja por los que asistí a la clínica, actualmente son...

- 1=Considerablemente peores
- 2=Peores
- 3=Un poco peores
- 4=iguales
- 5=Un poco mejores
- 6=Mejores
- 7=Han mejorado notablemente

2. Desde que ingresé al tratamiento puedo decir lo que pienso a mi pareja sin temor a que esto nos cause un conflicto.

- 1=Nunca
- 2=Casi nunca
- 3=Algunas veces
- 4=Frecuentemente
- 5=Muy frecuentemente
- 6=Siempre

3. Ahora me siento capaz de discutir tranquilamente con mi pareja para determinar las causas de un problema.

- 1=Siempre
- 2=Casi siempre
- 3=Algunas veces
- 4=No estoy seguro
- 5=Casi nunca
- 6=Nunca

4. Gracias al tratamiento, ahora soy capaz de pedir de manera positiva a mi pareja, que cumpla con un acuerdo establecido con anterioridad por los dos.

- 1=Nunca
- 2=Casi nunca
- 3=Algunas veces
- 4=Frecuentemente
- 5=Muy frecuentemente
- 6=Siempre

5. Después del tratamiento, la relación que tengo con mi pareja...

1=Empeoró considerablemente

2=Empeoró

3=Empeoró un poco

4=No ha cambiado

5=Mejóro un poco

6=Mejóro

7=Mejóro considerablemente

6. Ahora me siento capaz de resolver cualquier problema que surja con mi pareja.

1=Siempre

2=Casi siempre

3=Algunas veces

4=No estoy seguro

5=Casi nunca

6=Nunca

7. A partir del tratamiento, identificar cuáles son los satisfactores significativos para mi pareja es...

1=Muy fácil

2=Fácil

3=Ni fácil, ni difícil

4=Difícil

5=Muy difícil

6=Imposible

8. Me he preocupado por satisfacer a mi pareja en la medida en que él (ella) lo hace conmigo.

1=Siempre

2=Casi siempre

3=Algunas veces

4=No estoy seguro

5=Casi nunca

6=Nunca

9. He podido expresar lo que siento hacia mi pareja, después del tratamiento.

1=Nunca

2=Casi nunca

3=Algunas veces

4=Frecuentemente

5=Muy frecuentemente

6=Siempre

10. He podido conversar con mi pareja sobre un problema para llegar a un acuerdo que satisfaga a ambos.

1=Nunca

2=Casi nunca

3=Algunas veces

4=Frecuentemente

5=Muy frecuentemente

6=Siempre

11. El tratamiento me ha ayudado a ser capaz de dar mi opinión a mi pareja sobre los problemas que vivimos.

1=Siempre

2=Casi siempre

3=Algunas veces

4=No estoy seguro

5=Casi nunca

6=Nunca

12. Ahora, puedo expresar a mi pareja que satisfactores me gustaría recibir por parte de él (ella).

1=Siempre

2=Casi siempre

3=Algunas veces

4=No estoy seguro

5=Casi nunca

6=Nunca

13. Soy capaz de expresar a mi pareja mi agrado por recibir los satisfactores que me da.

1=Siempre

2=Casi siempre

3=Algunas veces

4=No estoy seguro

5=Casi nunca

6=Nunca

14. Después del tratamiento he podido darle la oportunidad a mi pareja de expresar su opinión sobre un conflicto.

1=Nunca

2=Casi nunca

3=Algunas veces

4=Frecuentemente

5=Muy frecuentemente

6=Siempre

15. Ahora, mi interés por conocer otros satisfactores que le gustaría recibir a mi pareja es...

- 1=Mucho mayor
- 2=Mayor
- 3=No ha cambiado
- 4=Menor
- 5=Mucho menor

16. Al presentarse un problema, hemos sido capaces de aportar soluciones y de identificar sus posibles consecuencias sin llegar a molestarnos.

- 1=Siempre
- 2=Casi siempre
- 3=Algunas veces
- 4=No estoy seguro
- 5=Casi nunca
- 6=Nunca

17. En el transcurso del tratamiento, al trabajar con los terapeutas me sentí...

- 1=Excelente
- 2=Muy bien
- 3=Bien
- 4=Indiferente
- 5=Regular
- 6=Mal
- 7=Muy mal

18. La preparación de mis terapeutas para ayudarme a resolver mis problemas fue...

- 1=Nula
- 2=Deficiente
- 3=Mala
- 4=Suficiente
- 5=Buena
- 6=Muy buena
- 7=Excelente

19. Al tratar de resolver los problemas con mi pareja, el terapeuta se mostró...

- 1=Extremadamente desinteresado
- 2=Desinteresado
- 3=Indiferente
- 4=Interesado
- 5=Extremadamente interesado

20. En general, yo siento que los terapeutas del programa de tratamiento fueron...

- 1=Muy serviciales
- 2=Serviciales
- 3=Indiferentes
- 4=Poco serviciales
- 5=Nada serviciales

21. Entender las explicaciones de los terapeutas generalmente fue...

- 1=Imposible
- 2=Muy difícil
- 3=Difícil
- 4=Ni fácil, ni difícil
- 5=Fácil
- 6=Muy fácil

22. Las explicaciones y conceptos que recibí durante el tratamiento fueron...

- 1=Extremadamente inútiles
- 2=Inútiles
- 3=Poco útiles
- 4=No provocaron ningún cambio
- 5=Útiles
- 6=Extremadamente útiles

23. Yo siento que el tipo de tratamiento que se utilizó para tratar nuestros problemas de pareja fue...

- 1=El más apropiado
- 2=Muy apropiado
- 3=Apropiado
- 4=No sé
- 5=Inapropiado
- 6=Muy inapropiado
- 7=El menos apropiado

24. ¿Con qué frecuencia utiliza todas las técnicas que aprendió para manejar cualquier problema con su pareja?

- 1=Nunca
- 2=Casi nunca
- 3=Algunas veces
- 4=Frecuentemente
- 5=Muy frecuentemente
- 6=Siempre

25. ¿Recomendaría a otras parejas con problemas similares al suyo que recibieran el tratamiento?

1=Lo recomendaría ampliamente

2=Lo recomendaría

3=No lo recomendaría

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS:

ANEXO 8

ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES PLANEADAS

Questionario de Satisfacción de los Padres

Instrucciones: Conteste por favor las siguientes preguntas sobre el entrenamiento que recibió para ayudarnos a mejorar el servicio. Señale el número que describa mejor lo que usted piensa sobre el tratamiento.

1. Después del tratamiento, el manejo que tengo sobre la conducta de mi hijo...

- 1=Empeoró considerablemente
- 2=Empeoró
- 3=Empeoró un poco
- 4=No ha cambiado
- 5=Mejóro un poco
- 6=Mejóro
- 7=Mejóro considerablemente

2. Los problemas de conducta de mi hijo por los que asistí a la clínica, actualmente son...

- 1=Considerablemente peores
- 2=Peores
- 3=Un poco peores
- 4=Iguales
- 5=Un poco mejores
- 6=Mejores
- 7=Han mejorado notablemente

3. Ahora puedo controlar la conducta de mi hijo estableciendo reglas junto con él para evitar conflictos.

- 1=Completamente de acuerdo
- 2=De acuerdo
- 3=Inseguro
- 4=En desacuerdo
- 5=Completamente en desacuerdo

4. Ahora puedo organizar mi tiempo para dedicarme más a mi hijo.

- 1=Completamente en desacuerdo
- 2=En desacuerdo
- 3=Inseguro
- 4=De acuerdo
- 5=Completamente de acuerdo

5. Gracias al tratamiento, soy capaz de resolver cualquier problema de conducta de mi hijo.

- 1=Completamente de acuerdo
- 2=De acuerdo
- 3=Inseguro
- 4=En desacuerdo
- 5=Completamente en desacuerdo

6. Cuando mi hijo se porta mal, soy capaz de corregir de manera adecuada su comportamiento, sin golpearlo o irritarme.

- 1=Completamente de acuerdo
- 2=De acuerdo
- 3=Inseguro
- 4=En desacuerdo
- 5=Completamente en desacuerdo

7. He logrado incrementar la buena conducta de mi hijo proporcionándole premios o elogios.

- 1=Completamente de acuerdo
- 2=De acuerdo
- 3=Inseguro
- 4=En desacuerdo
- 5=Completamente en desacuerdo

8. Trato de aprovechar todas las situaciones en las que mi hijo muestra interés para enseñarle cosas nuevas.

- 1=Completamente de acuerdo
- 2=De acuerdo
- 3=Inseguro
- 4=En desacuerdo
- 5=Completamente en desacuerdo

9. Gracias al tratamiento, soy capaz de dar instrucciones claras a mi hijo para que me obedezca.

- 1=Siempre
- 2=Casi siempre
- 3=Algunas veces
- 4=Casi nunca
- 5=Nunca

10. En el transcurso del tratamiento, al trabajar con mi terapeuta me sentí...

- 1=Excelente
- 2=Muy bien
- 3=Bien
- 4=Indiferente
- 5=Regular
- 6=Mal
- 7=Muy mal

11. La preparación de mi terapeuta para ayudarme a resolver mis problemas fué...

- 1=Nula
- 2=Deficiente
- 3=Mala
- 4=Suficiente
- 5=Buena
- 6=Muy buena
- 7=Excelente

12. Al tratar de resolver mis problemas con la conducta de mi hijo, el terapeuta se mostró...

- 1=Extremadamente desinteresado
- 2=Desinteresado
- 3=Indiferente
- 4=Interesado
- 5=Extremadamente interesado

13. Entender las explicaciones del terapeuta generalmente fue...

- 1=Muy fácil
- 2=Fácil
- 3=Ni fácil, ni difícil
- 4=Difícil
- 5=Muy difícil
- 6=Imposible

14. Las explicaciones y conceptos que recibí durante el tratamiento fueron...

- 1=Extremadamente inútiles
- 2=Inútiles
- 3=Poco útiles
- 4=No provocan ningún cambio
- 5=Útiles
- 6=Extremadamente útiles

15. Yo siento que el tipo de tratamiento que se utilizó para tratar los problemas de mi hijo fue...

- 1=El más apropiado
- 2=Apropiado
- 3=No sé
- 4=Inapropiado
- 5=El menos apropiado

16. ¿Con qué frecuencia utiliza todas las técnicas que aprendió para manejar la conducta de su hijo?

- 1=Nunca
- 2=Casi nunca
- 3=Algunas veces
- 4=Frecuentemente
- 5=Siempre

17. Recomendaría que otros padres con problemas semejantes al mío recibieran el tratamiento.

- 1=Lo recomendaría ampliamente
- 2=Lo recomendaría
- 3=No lo recomendaría

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS:

ANEXO 9

