

VALIDACIÓN SOCIAL DE INTERVENCIONES CONDUCTUALES CON NIÑOS: EVALUACION DE METAS, PROCEDIMIENTOS Y RESULTADOS

SOCIAL VALIDITY OF BEHAVIORAL INTERVENTIONS WITH CHILDREN:
EVALUATION OF GOALS, PROCEDURES AND RESULTS

Mónica Fulgencio Juárez y Héctor E. Ayala Velázquez¹
Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

En este trabajo se presentan los resultados de la aplicación de un modelo para llevar a cabo la validación social de un programa de intervención conductual con niños con problemas de conducta y víctimas de maltrato infantil, y se discute la importancia que tiene la validación social para ayudar a determinar la eficacia de programas conductuales y asegurar que éstos responden a las necesidades de los usuarios. El proceso de validación social del programa se llevó a cabo en tres niveles: 1) la satisfacción de los clientes con las metas de tratamiento, 2) la aceptabilidad de los procedimientos empleados, y 3) la satisfacción con los resultados del tratamiento. La satisfacción con las metas de tratamiento se evaluó aplicando un cuestionario de satisfacción a los padres referidos al programa de prevención y tratamiento del maltrato infantil. La aceptabilidad de los procedimientos se evaluó en 6 etapas. Los padres calificaron procedimientos alternativos para el mismo problema de conducta, presentando dos descripciones de casos clínicos y viñetas donde se describieron los procedimientos aplicados a los problemas conductuales. Los padres calificaron la aceptabilidad de los procedimientos utilizando una versión modificada del Treatment Evaluation Inventory (Kazdin, 1980a). La satisfacción con los resultados de los tratamientos se evaluó solicitando a los padres que contestaran cuestionarios de satisfacción para cada uno de los procedimientos de intervención que constituyen el programa de intervención. Los resultados muestran la validez social del programa de tratamiento al encontrar altos porcentajes de satisfacción con las metas de tratamiento, puntuaciones altas en cuanto a la aceptabilidad de los procedimientos que se emplearon, y satisfacción con los resultados del programa.

Palabras Clave: validación social, terapia conductual infantil, aceptabilidad del tratamiento, maltrato infantil

¹ El desarrollo del estudio fue posible gracias al apoyo otorgado al segundo autor a través del subsidio IN500193 del Programa PAPIIT de la DGAPA de la UNAM.

ABSTRACT

This article presents the results of the application of a model to determine the social validity of a behavioral intervention program for children with behavior problems and that have been victims of child abuse. A discussion on the importance of determining the social validity of behavioral interventions as a means to evaluate the program effectiveness and in insuring that the needs of the consumers are met is presented. The assessment of the social validity of the program was conducted at three levels: 1) the degree of client's satisfaction with the treatment goals established, 2) the level of acceptability of the treatment procedures employed, 3) the overall satisfaction of the consumers with the treatment outcomes of the program. The social validity of treatment goal selection was assessed by having the parents respond to a questionnaire regarding treatment goal selection. The acceptability of treatment procedures was determined in 6 stages. In each stage, the parent rated the acceptability of a variety of behavioral procedures applied to the same behavioral problem. A written description of the use of each procedure as well as a video-taped vignette illustrating its use was presented to the parents. A modified version of the Treatment Evaluation Inventory (Kazdin, 1980a) was used to establish the acceptability scores for each procedure. Satisfaction with treatment outcomes was assessed through a consumer satisfaction questionnaire that was applied to the parents after completion of each of the intervention procedures that constitute the treatment program. The results show the social validity of the program in that the high degree of satisfaction with treatment goals, a high level of acceptability with the procedures employed and overall satisfaction with treatment outcomes.

Key Words: social validity, child behavior therapy, program evaluation, treatment acceptability, child abuse

Desde la década de los sesenta, numerosos estudios de investigación clínica en psicología se han enfocado al desarrollo, aplicación y evaluación de estrategias de modificación de conducta (Reimers, Wacker & Koepl, 1987). Como resultado los psicólogos han tenido a su disposición un creciente número de procedimientos de intervención conductual que han demostrado su efectividad para resolver problemas de conducta infantil que se presentan en una variedad de escenarios tales como instituciones, la escuela, el hogar y la comunidad.

Sin embargo, el hecho de que existan diversos procedimientos, no asegura que la aplicación de cualquiera de éstos en diversos escenarios o conductas sea efectiva o que tenga éxito de manera automática (Elliott, 1988; Reimers y cols., 1987).

La efectividad de un tratamiento conductual usualmente se evalúa con base en registros de la ocurrencia de la conducta antes, durante y después del tratamiento; para determinar si existe un cambio conductual provocado por la introducción del procedimiento de tratamiento. Para ello, es necesario organizar la recolección de estas medidas repetidas de la ocurrencia de la conducta de interés de

acuerdo a diseños experimentales de un solo caso. Existen dos diseños comúnmente utilizados para demostrar el control confiable de un cambio conductual: a) el diseño de reversión, donde una conducta se mide hasta que observa un nivel estable de ocurrencia, posteriormente se aplica el tratamiento hasta observar un cambio en el nivel o tendencia de ocurrencia de la conducta, esto permite constatar si el tratamiento es el responsable del cambio conductual si regresa a la condición de línea base; y b) el diseño de línea base múltiple, esta alternativa es valiosa cuando trabajamos con conductas cuya reversibilidad es difícil de obtener una vez iniciado el tratamiento, aquí se seleccionan diversas respuestas y se miden a través de varias sesiones hasta observar estabilidad durante la línea base, después el experimentador aplica el procedimiento de intervención de manera sucesiva a cada una de las conductas (Kazdin, 1992; Barlow & Hersen, 1984; Sidman, 1960).

A través de estos diseños se pueden obtener datos de que el procedimiento es efectivo y que el cambio en la conducta no es producto de la coincidencia o de variables extrañas no relacionadas con el tratamiento.

Sin embargo, la comprobación empírica de la efectividad de un procedimiento de intervención en producir un cambio conductual que se lleva a cabo a través del empleo de diseños experimentales, permite sólo en parte dar respuesta sobre la importancia social del cambio que se ha logrado.

Interrogantes tales como: ¿La conducta que se eligió para sujetarla a una intervención es la que el cliente señalaría como la de mayor importancia para mejorar su funcionamiento en la comunidad?; ¿El procedimiento empleado es el más aceptable desde una perspectiva ética o el de mayor efectividad para la conducta en cuestión?; ¿El grado de cambio que se logra como resultado de la intervención se considera una mejoría importante para el cliente y la comunidad?, se mantienen sin respuesta al emplear modelos tradicionales de evaluación de efectividad basada exclusivamente en indicadores empíricos.

Para dar respuesta a estas interrogantes es necesario que la evaluación de la efectividad de programas de modificación conductual incorpore procedimientos que permitan recabar juicios valorativos de carácter subjetivo por parte de los usuarios y la comunidad que son finalmente a quienes están dirigidos los programas (Wolf, 1978).

Se ha recomendado que tales juicios valorativos deben hacerse sobre la importancia clínica y comunitaria de las conductas sujetas a tratamiento, la aceptabilidad del procedimiento específico de cambio conductual que se ha utilizado y la satisfacción general con los resultados obtenidos por el tratamiento (Schwartz & Baer, 1991).

Kazdin (1977) y Wolf (1978) proponen una estrategia evaluativa como una respuesta a la necesidad de validar los resultados obtenidos con los programas analítico-conductuales, ésta se conoce como validación social. Esta forma de evaluación es un medio necesario para demostrar la utilidad social de la investigación aplicada, y representa un paso importante para poder contar con una visión integral de lo que comprende la efectividad de un programa y de hacer éstos más responsivos a las necesidades de la comunidad (Braukman, Fixsen, Kirigin, Phillips, Phillips & Wolf, 1974).

Sólo los usuarios pueden determinar la importancia social de las metas que se han señalado como blanco de modificación de un programa de intervención conductual. Estas metas deben establecerse conjuntamente entre el usuario y el terapeuta para asegurar que las conductas que se seleccionan son aquellas que facilitarán el funcionamiento del cliente en su ambiente natural. Usualmente la selección se lleva a cabo exclusivamente por el terapeuta en consideración a otras dimensiones que no necesariamente consideran al usuario del programa.

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 & Harchik, 1992; Kaoukis, 1991; Van Houten, 1979; Minkin, Braukmann, Minkin, Timbers, Timbers, Fixsen, Phillips & Wolf, 1976; Fawcett & Miller, 1975).

En estudios sobre la aplicación de procedimientos de intervención conductual que incorporan procedimientos de validación social se ha encontrado que la aceptabilidad del tratamiento por parte de la comunidad influye directamente en su probabilidad de éxito (Reimers, Wacker & Koepl, 1987; Fawcett & Miller, 1975). Por lo cual, es importante que se invierta un esfuerzo específicamente para determinar la aceptabilidad de una variedad de procedimientos de intervención y así, seleccionar no sólo los más efectivos para determinado comportamiento sino, adicionalmente, el más aceptable para la comunidad. 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, Wacker & Koepl, 1987).

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 & Mulick, 1993; Shapiro & Goldberg, 1990; Elliott, 1988; Bornstein, y cols., 1987; Singh, Watson & Winton, 1987; Elliott, 1986; Frenz & Kelley, 1986; Bornstein, y cols., 1983; Kazdin, 1981, 1980a, 1980b). En general en estos estudios se ha encontrado que cuando un tratamiento se percibe como poco aceptable, el usuario no lo llevará a cabo (práctica); decrementando así la probabilidad de que el tratamiento sea efectivo.

Como se ha señalado anteriormente la validación social además de dirigirse a determinar la importancia de las metas de tratamiento seleccionadas y la aceptabilidad de los procedimientos empleados, permite evaluar la importancia social de los resultados de los programas de intervención conductual, así como de los factores que influyen en el juicio de considerar los resultados logrados como significativos (Reimers, Wacker & Koepl, 1987). Esta forma de evaluación significa determinar la importancia del cambio conductual en el usuario 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 seleccionada como blanco de la intervención. Estas opiniones se relacionan principalmente con factores tales como satisfacción en general con el programa y sus

resultados, la rapidez del cambio, la utilidad de los procedimientos para solucionar otros problemas de conducta y la calidad de la atención que se le presta al usuario.

La evaluación de la satisfacción de los usuarios con los resultados del tratamiento se ha vuelto una práctica usual en la aplicación de programas de intervención conductual en la últimas décadas (Hansen, 1994; Calvert & McMahon, 1987; McMahon, Tiedeman, Forehand & Griest, 1984; Tertinger, Greene & Lutzker, 1984; Forehand, Wells & Griest, 1980). Debe considerarse que si una intervención es inválida socialmente, difícilmente se puede considerar como efectiva, aún cuando se compruebe objetivamente que se produjeron cambios empíricamente significativos en la conducta meta.

La validación social como una medida adicional a la determinación empírica de la efectividad responde a una creciente preocupación por los derechos de los usuarios de programas de tratamiento y por dirigir acciones más congruentes con las necesidades de la comunidad. Además, si la comunidad ejerce el derecho de elegir el tratamiento y evaluar los resultados, convertiría a los responsables de programas intervención en los responsables directos ante la comunidad; obligándolos a modificar sus intervenciones para que respondan de manera más adecuada a las expectativas de los usuarios, que finalmente son los que mantienen estos proyectos (Bushell, Jackson & Weis, 1974; General, 1974). En el campo de la prevención y tratamiento del maltrato se han desarrollado diversos programas que emplean procedimientos de corte conductual como estrategia central para provocar cambios en el repertorio de los padres y sus hijos que han sido víctimas de maltrato físico y psicológico (Ammerman, Van Hasselt, & Hersen, 1988; Dawson, de Armas, McGrath & Kelly, 1986; Lutzker & Rice, 1984; Wolfe, Sandler, J. & Kaufman, 1981). Los estudios que reportan los resultados de estos programas se refieren casi exclusivamente a una evaluación tradicional de efectividad y no aportan datos que permitan conocer la importancia clínica y social de los resultados obtenidos. Por otro lado, la evaluación de la aceptabilidad de los procedimientos de intervención con población que presenta la problemática de maltrato infantil sería especialmente necesaria como parte del diseño y evaluación de programas que se desarrollan en esta esfera. El hecho de que los niños fueron maltratados por los adultos hace particularmente importante que los procedimientos de intervención sean los menos intrusivos y restrictivos.

Dicha evaluación conllevaría, 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.

En el presente estudio, se instrumentó una estrategia evaluativa para determinar la validez social de un programa de prevención y tratamiento del maltrato infantil que se ha desarrollado en la Ciudad de México a partir de 1993 (Ayala, 1993). Este programa ha producido diversos datos en relación a la efectividad de las intervenciones empleadas, dichas intervenciones se han evaluado 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 evaluarán las metas, los procedimientos y los resultados del tratamiento, obteniendo

así la validación social del programa.

Por ello, el propósito de este trabajo fue evaluar por medio de la validación social, si los usuarios estuvieron de acuerdo con las metas de tratamiento propuestas; si los procedimientos empleados son aceptables en términos éticos y de efectividad; y si los resultados del tratamiento fueron importantes para los usuarios.

MÉTODO

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.

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 inicial del Programa.

Escenario.

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

Instrumento de medición.

Se utilizó el Cuestionario de Satisfacción del Paciente con las Metas de Tratamiento que 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 evalúa si las metas de tratamiento se establecieron 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.

Procedimiento.

Para realizar la validación de metas de tratamiento, se trabajó con 20 padres que solicitaron servicio del Programa y que concluyeron la fase de evaluación inicial.

Al término 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.

RESULTADOS.

Se obtuvo 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. Como se observa, la puntuación más 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; el reactivo 2 nos indica una alta satisfacción de los usuarios (4.6) con la forma en que discutieron con el terapeuta para llegar a un acuerdo al elegir la meta de tratamiento, y el reactivo 5 señala una puntuación alta (4.6) en relación a la satisfacción de los padres con los objetivos del tratamiento y las conductas a modificar. Por otro lado, el reactivo 4 muestra la satisfacción (4.4) con el ordenado a los problemas de los usuarios, y el reactivo 3 muestra la satisfacción (4.1) 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.*

Se trabajó con 90 padres que fungieron como jueces al evaluar las formas de tratamiento. Dichos sujetos no recibían atención psicológica y participaron de manera voluntaria. El requisito para incluirlos en esta investigación fue 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 cuadro 1.

Instrumento de medición.

Se utilizó una versión modificada del Treatment Evaluation Inventory (TEI; Kazdin, 1980a). 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 y cols., 1987; Calvert & McMahon, 1987; Bornstein y cols., 1983; Kazdin, 1981, 1980a, 1980b).

En esta investigación se tradujo el instrumento, posteriormente lo evaluaron cuatro jueces expertos, quienes calificaron la traducción y adaptación al español. A partir de esta evaluación, se descartaron 4 reactivos que se calificaron 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 con quince sujetos para evaluar la consistencia interna del instrumento, en esta se obtuvo el índice de confiabilidad de Cronbach, 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 los tipos de tratamiento de acuerdo con tres dimensiones:

1. Aversividad. En esta dimensión los jueces evaluaron qué tan incómodo sería el tratamiento, y si podría provocar efectos secundarios negativos en el sujeto.
2. 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.
3. Aceptabilidad. En esta área se evaluó si los jueces estarían dispuestos a aplicar el procedimiento para resolver sus propios problemas.

Escenario.

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

Materiales.

Se empleó una video casetera VHS, marca Panasonic, un monitor de televisión marca Sony, 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.

Procedimiento.

Los 90 padres que fungieron como jueces se asignaron a 6 grupos. Esta fase se integró de seis etapas en las que se evaluaron los 6 tratamientos empleados en el Programa, comparándolos con otras formas de tratamiento.

Cuadro 1. Características de los Sujetos de la 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 u 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	18 a 55 años $\bar{x} = 35.93$	Primaria a Posgrado $\bar{x} =$ C Comercia	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

El procedimiento de Entrenamiento a Padres fue evaluado comparando los cinco procedimientos que lo integran: reforzamiento positivo, reforzamiento negativo, castigo positivo, castigo negativo y tiempo fuera de atención; además se evaluó la aceptabilidad de la aplicación en conjunto de estos procedimientos.

El Entrenamiento para la Prevención de Accidentes en el Hogar, que emplea modificaciones en el hogar, se evaluó comparándolo con los procedimientos de castigo físico y regaño.

Los procedimientos que se evaluaron comparándolos con el Entrenamiento para el Manejo de Problemas de Desobediencia, donde se utilizó seguimiento instruccional, fueron castigo físico, tiempo fuera de aislamiento y reforzamiento positivo.

El Entrenamiento en interacción se evaluó sin compararlo con otro tipo de procedimientos.

Los procedimientos de reforzamiento recíproco y solución de conflictos, que integran Consejo Marital, se evaluaron de manera individual y en conjunto.

Así mismo, para evaluar el Entrenamiento en Actividades Planeadas se compararon los procedimientos de enseñanza incidental y establecimiento de reglas calificándolos de manera individual y posteriormente como si fuesen aplicados en conjunto.

Las evaluaciones se llevaron a cabo en forma individual, donde se explicó a los padres que participaron como jueces: "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. En seguida, el sujeto leyó la descripción de los procedimientos, estos se explicaron aplicándolos al problema de conducta mencionado.

Posteriormente, se presentó el video que ejemplificaba el primer tipo de tratamiento; al final de éste, el sujeto lo calificó utilizando el TEI. 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 órdenes de presentación.

Este mismo procedimiento se llevó a cabo para validar cada uno de los 5 tratamientos restantes empleados en el Programa.

RESULTADOS.

Los datos obtenidos de los 11 reactivos se agruparon dentro de tres categorías: efectividad, aversividad y aceptabilidad. Las calificaciones que se incluyeron en cada categoría se promediaron para obtener una media por cada una de éstas.

Para analizar los datos obtenidos de la validación, se llevó a cabo un análisis de varianza de una clasificación por rangos de Kruskal-Wallis, esta técnica 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.

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

4. Entrenamiento a padres.
5. Entrenamiento para la prevención de accidentes en el hogar.
6. Entrenamiento para el manejo de problemas de desobediencia.
7. Entrenamiento en interacción.
8. Consejo marital.
9. 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 estadísticamente significativas en cuanto a su efectividad, con una probabilidad asociada de ocurrencia menor que 0.0461; donde se calificó como más efectiva la aplicación en conjunto de los procedimientos de reforzamiento positivo, reforzamiento negativo, castigo positivo y castigo negativo. 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 el procedimiento de reforzamiento positivo se calificó como menos aversivo, seguido por el reforzamiento negativo, la aplicación en conjunto, tiempo fuera de atención, castigo positivo y castigo negativo.

Las calificaciones de aceptabilidad de los procedimientos no mostraron diferencias estadísticamente significativas.

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 estadísticamente significativas, con una probabilidad asociada de ocurrencia menor que 0.0474; donde, se califica como más efectiva la condición de educar al niño, seguida del procedimiento de modificaciones en el hogar, y como menos efectivo el procedimiento de regaño.

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

FACTORES	CONDICIÓN DE TRATAMIENTO	<i>H</i>
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
		$\alpha = .0461$
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
		$\alpha = .0000$
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
		$\alpha = .066$

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, siguiéndole modificaciones en el hogar, y al regaño como más aversivo.

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

FACTORES	CONDICIÓN DE TRATAMIENTO	<i>H</i>
EFECTIVIDAD	Modificaciones en el hogar	23.53
	Educación al niño	27.10
	Regaño	16.37
		$\alpha = .0474$
AVERSIVIDAD	Modificaciones en el hogar	25.13
	Educación al niño	27.87
	Regaño	16.00
		$\alpha = .0254$
ACEPTABILIDAD	Modificaciones en el hogar	27.07
	Educación al niño	26.87
	Regaño	15.07
		$\alpha = .0147$

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, seguida por la condición de educar al niño, y como menos aceptable el regaño.

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, seguido de reforzamiento positivo, castigo físico y tiempo fuera de aislamiento.

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, siguiéndole en orden los procedimientos de reforzamiento positivo, castigo físico y 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, seguido de los procedimientos seguimiento instruccional, castigo físico y 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	H
EFECTIVIDAD	Seguimiento instruccional	38.63
	Reforzamiento positivo	37.67
	Tiempo fuera de aislamiento	21.60
	Castigo físico	24.10
		$\alpha = .0079$
AVERSIVIDAD	Seguimiento instruccional	43.20
	Reforzamiento positivo	37.67
	Tiempo fuera de aislamiento	19.47
	Castigo físico	21.67
		$\alpha = .0001$
ACEPTABILIDAD	Seguimiento instruccional	37.73
	Reforzamiento positivo	39.07
	Tiempo fuera de aislamiento	21.57
	Castigo físico	23.63
		$\alpha = .0055$

4. Entrenamiento en Interacción.

Este procedimiento no se comparó con otras intervenciones, por lo que en la tabla 5 sólo se presentan las medias obtenidas en cada factor. Donde 1 representa la calificación más baja y 5 la más alta. En cuanto a la efectividad del tratamiento se obtuvo una calificación promedio de 3.622, lo que indica que el procedimiento fue calificado como medianamente efectivo.

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

FACTORES	CONDICIÓN DE TRATAMIENTO	\bar{x}
EFECTIVIDAD	Interacción social	3.622
AVERSIVIDAD		4.333
ACEPTABILIDAD		3.800

El promedio de las calificaciones asignado al factor aversividad fue de 4.333, lo cual indica que los padres evaluaron el procedimiento como poco aversivo. La media del factor aceptabilidad fue de 3.8 y señala que los padres estarían mas o menos dispuestos a llevar a cabo el tratamiento.

5. Consejo Marital.

La tabla 6 muestra las puntuaciones H para las condiciones de tratamiento utilizadas en el programa de Consejo Marital. Como se observa no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las calificaciones de ninguno de los factores.

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
		$\alpha = .2809$
AVERSIVIDAD	Solución de problemas	26.30
	Reforzamiento recíproco	19.33
	General	23.37
		$\alpha = .3451$
ACEPTABILIDAD	Solución de problemas	26.23
	Reforzamiento recíproco	18.63
	General	24.23
		$\alpha = .2495$

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.

EXPERIMENTO 3: VALIDACIÓN DE RESULTADOS.

Sujetos.

Se trabajó con 91 padres que recibieron y finalizaron uno de los 6 tratamientos del Programa. El número de sujetos que evaluó cada tratamiento, así como sus características, se presentan en el cuadro 2.

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

FACTORES	TRATAMIENTO	H
EFECTIVIDAD	Establecimiento de reglas	21.33
	Enseñanza incidental	23.37
	General	24.30
		$\alpha = .8187$
AVERSIVIDAD	Establecimiento de reglas	18.57
	Enseñanza incidental	27.00
	General	23.43
		$\alpha = .2105$
ACEPTABILIDAD	Establecimiento de reglas	19.63
	Enseñanza incidental	23.30
	General	26.07
		$\alpha = .4043$

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. Y en Consejo Marital las parejas evaluaron la satisfacción con las habilidades que aprendieron para manejar sus problemas.
2. *Cambios en la conducta del niño.* Esta área evaluó si los padres percibieron cambios en la conducta del niño después del tratamiento y en el caso de Consejo Marital, si la pareja percibía cambios en su relación.
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 procedimiento.* En esta área los pacientes evaluaron el programa de intervención de manera general en cuanto a su utilidad y efectividad y si lo recomendarían.

Cuadro 2. Características de los Sujetos de la Validación de los Procedimientos (N=91)

Tratamiento	# Sujetos	Sexo	Edad \bar{x}	Escolaridad \bar{x}	Fdo. 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	24 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

Escenario.

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

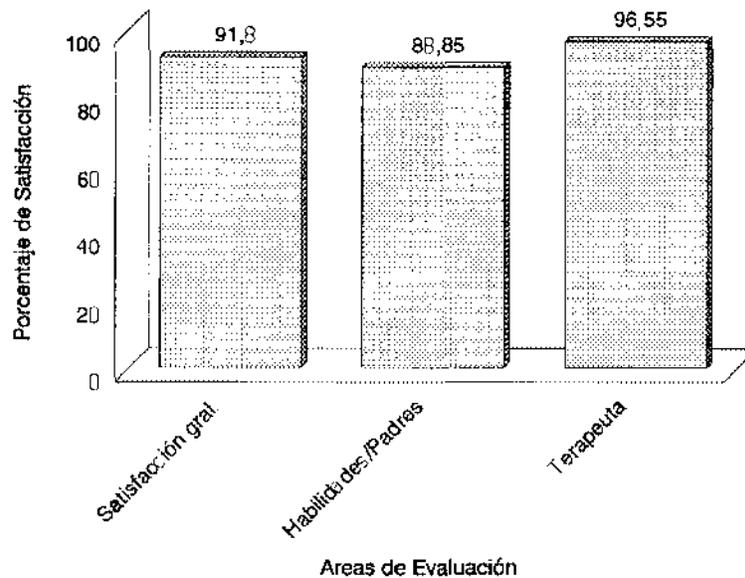
Procedimiento.

Al llevar a cabo la validación de los resultados de tratamiento, se trabajó con 91 padres que finalizaron uno de los tratamientos que integran el programa. 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 y que sus respuestas serían anónimas por lo cual se requería que 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.

RESULTADOS.

Los datos obtenidos de los cuestionarios fueron agrupados en las áreas de evaluación antes descritas para obtener una calificación promedio por área y convertirla a un porcentaje. 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.

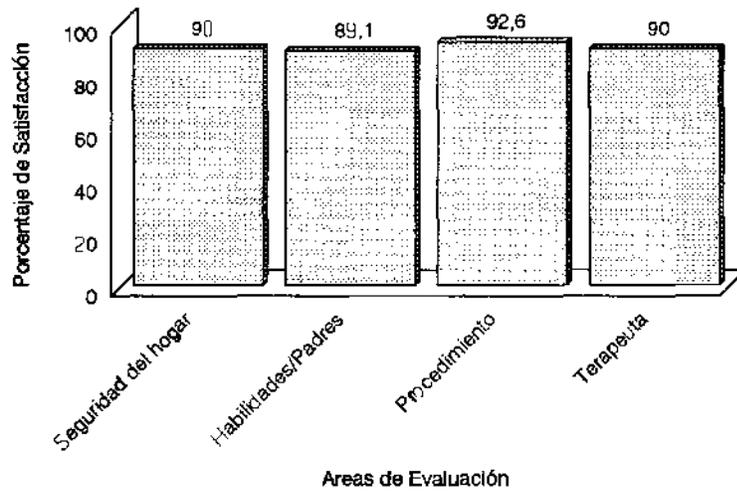


Gráfica. 1. Satisfacción de los Usuarios con los Resultados del Entrenamiento a Padres (N = 45).

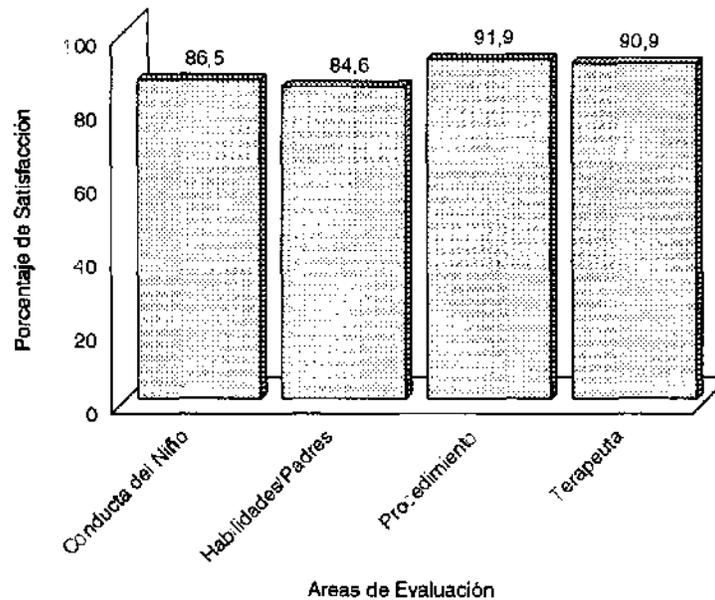
Los resultados del programa de prevención de accidentes en el hogar se presentan en la gráfica 2, donde los padres reportaron 90% de satisfacción con los cambios en cuanto a la seguridad de su hogar, 98.1% de satisfacción con las habilidades que aprendieron, 92.6% de satisfacción con el procedimiento empleado y 90% en relación al trato con el terapeuta.

La gráfica 3 muestra los resultados del entrenamiento para el manejo de problemas de desobediencia, en éste 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% de satisfacción con los terapeutas.

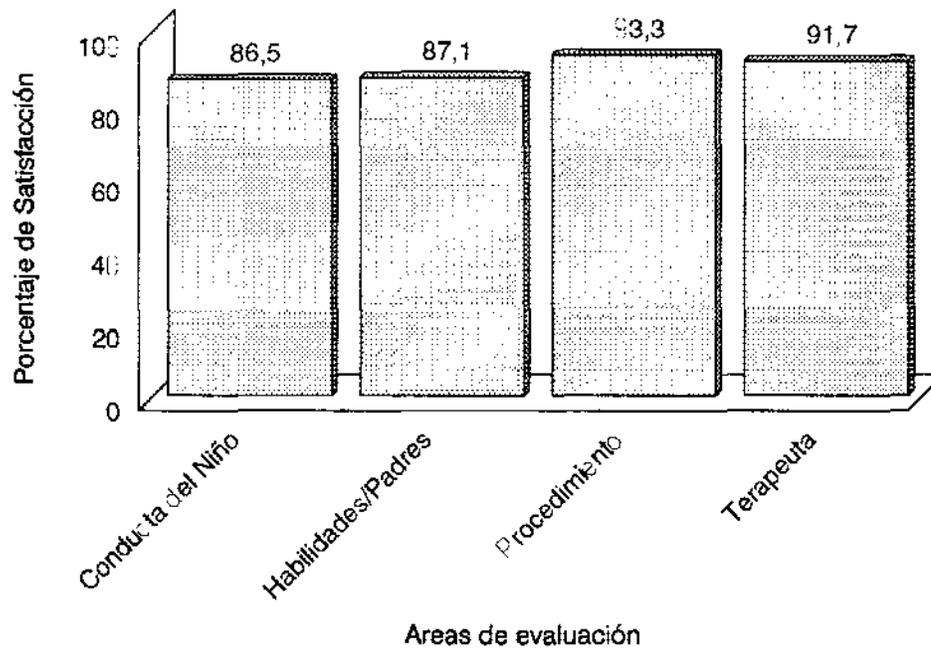
En la gráfica 4 se observan los resultados del entrenamiento en interacción, en el que se obtuvo 85.5% de satisfacción con los cambios producidos en la conducta del niño, 87% de satisfacción con las habilidades aprendidas por los padres, 93.3% de satisfacción con el procedimiento empleado y 91.7% de satisfacción con el trato del terapeuta.



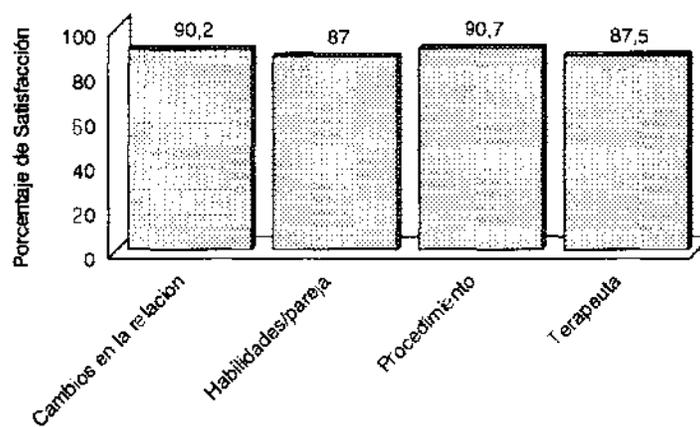
Gráfica 2. Satisfacción de los Usuarios con los Resultados del Entrenamiento en Prevención de Accidentes en el Hogar (N = 12).



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

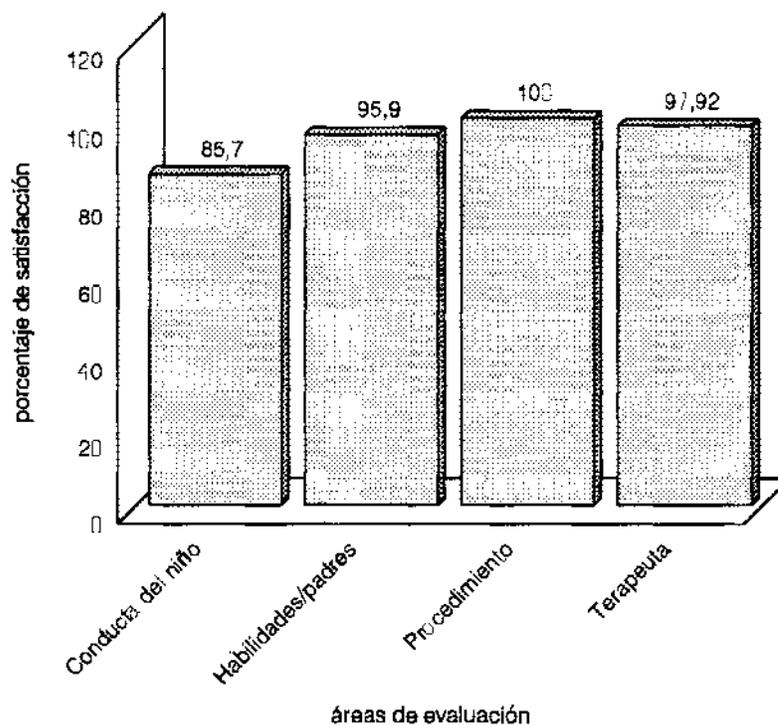


Gráfica 4. Satisfacción de los Usuarios con los Resultados del Entrenamiento en Interacción (N=10).



Áreas de Evaluación

Gráfica 5. Satisfacción de los Usuarios con los Resultados de Consejo Marital (N = 8).



áreas de evaluación

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

La gráfica 5 describe los datos del programa de consejo marital; en éste se observa 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.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Los resultados encontrados en la validación del programa, por una parte muestran la efectividad de éste 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 con 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 & 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 éste 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, aquéllos 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, 1981, 1980a, 1980b; Turnbull, Ellis, Boggs, Brooks & Biklen, 1981).

Estos resultados nos indican que aun cuando existen tratamientos que han probado su efectividad a través de evaluaciones empíricas, como es el caso de los procedimientos que se evaluaron, éstos no necesariamente representan la opción más aceptable para los usuarios, ya que ellos dan mayor importancia a aspectos tales como: que no produzcan efectos colaterales negativos, que sea efectivo para provocar cambios en la conducta problema y que no sean aversivos. Por razones éticas, en ningún caso se presentaron como opción procedimientos que carecían de efectividad para ser evaluados por los jueces. Para cada procedimiento se describió la efectividad que en términos generales se ha encontrado tienen éstos para modificar los problemas de conducta con los cuales su uso se ejemplificó.

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, y cols., 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 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 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 que conllevan 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 y los cambios producidos en la conducta por el tratamiento son evaluados como aceptables y apropiados tanto por los usuarios como por los jueces externos.

Además, proporciona un modelo de evaluación para obtener la validez social de otros programas de intervención que se apliquen. Esto es necesario, pues como se señaló anteriormente, la validación de las metas de tratamiento, los

procedimientos y los resultados es necesaria para demostrar la utilidad aplicada de la investigación y contribuye al mejoramiento de la efectividad y el mantenimiento de las intervenciones.

La evaluación de la validez social de un programa de intervención con niños es un criterio adicional para determinar la efectividad del programa. Sin embargo, siempre es necesario constatar de manera empírica la efectividad de un programa para propiciar cambios en la conducta antes de intentar llevar a cabo una evaluación de su validez social.

Para estudios posteriores se sugiere crear instrumentos de evaluación que proporcionen medidas de satisfacción objetivas y confiables, así como 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 datos en cuanto al valor funcional de las intervenciones, sin embargo, también es 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.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ammerman, R. T., Van Hasselt, V. B. & Hersen, M. (1988). Maltreatment of handicapped children: A critical review. *Journal of Family Violence, 3*, 53-72.
- Ayala, V. H. (1993). Protocolo del Proyecto "Prevención y Tratamiento del Maltrato Infantil: Una aproximación eco-conductual" Programa PAPIIT, DGSCA-UNAM.
- Barlow, D. & Hersen, M. (1984). *Single Case Experimental Design*, 2nd Edition. New York: Pergamon Press.
- 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.
- Bornstein, P. H., Ballweg, B. J., Weisser, C. E., Fox, S. G., Kirby, K. L., Andre, J. C., Sturm, C. A., Wilson, G. L., & McLellarn, R. W. (1983). Treatment acceptability of alternative marital therapies: A comparative analysis. *Journal of Marital and Family Therapy, 9*, 205-208.
- 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.
- 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.

Calvert, S. C. & McMahon, R. J. (1987). The treatment acceptability of a behavioral parent training program and its components. *Behavior Therapy, 2*, 165-179.

Dawson, B., de Armas, A., McGrath, M. L. & Kelly J. A. (1986). Cognitive problem-solving training to improve the child-care judgment of child neglectful parents. *Journal of Family Violence, 1*, 209-221.

Elliott, S. N. (1988). Acceptability of behavioral treatments: Review of variables that influence treatment selection. *Professional Psychology: Research and Practice, 19*, 68-80.

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.

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.

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.

Frentz, 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.

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.

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.

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.

Kazdin, A. E. (1977). Assessing the clinical or applied significance of behavior change through social validation. *Behavior Modification, 1*, 427-452.

Kazdin, A. E. (1980a). Acceptability of alternative treatments for deviant child behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis, 13*, 259-273.

Kazdin, A. E. (1980b). Acceptability of time out from reinforcement procedures for disruptive child behavior. *Behavior Therapy, 11*, 329-344.

Kazdin, A. E. (1981). Acceptability of child treatment techniques: The influence of treatment efficacy and adverse side effects. *Behavior Therapy, 12*, 493-506.

Kazdin, A. E. (1992). *Research design in clinical psychology*. 2nd Edition, New York: Allyn and Bacon.

Lutzker, J. R. & Rice, J. M. (1984). Project 12-Ways: Measuring outcome of a large-scale in-home service for the treatment and prevention of child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect, 8*, 519-524.

Lutzker, J. R., Wesch, 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.

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.

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.

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.

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.

Reimers, T. M., Wacker, D. P. & Koepl, G. (1987). Acceptability of behavioral interventions: A review of the literature. *School Psychology Review*, 26, 212-227.

Schwartz, L. y Baer, D. (1991). Social validity assessments: Is current practice state of the art?" *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24, 189-204.

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.

Sidman, M. (1960). *Tactics of scientific research*. Basic Books, Inc. Publishers. New York, U.S.A.

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.

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.

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.

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

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

Wolfe, D. A., Sandier, J., & Kaufman, K. (1981). A competency-based parent training program for child abusers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 633-640.

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.