

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO DE PADRES EN GRUPO

Maria Luiza Marinho¹
Universidade Estadual de Londrina
y Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras
Universidade de São Paulo (Brasil)

Introducción

En las últimas décadas muchos autores han evaluado y demostrado la eficacia del entrenamiento de padres como terapia conductual para los problemas infantiles (Brestan y Eyberg, 1998; Eisenstadt *et al.*, 1993; Hoagwood, Hibbs, Brent y Jensen, 1995; Kazdin, 1991; McMahon, Forehand y Griest, 1981; Patterson, Dishion y Chamberlain, 1993; Ruma, Burke y Thompson, 1996; Tiedemann y Johnston, 1992; Webster-Stratton, 1990, entre otros). Serketich y Dumas (1996) realizaron un metanálisis de los estudios publicados en el área y concluyeron que los padres que participaron en el entrenamiento comportamental acabaron mejor adaptados al final de la intervención que los 2/3 de padres que no participaron, y sus hijos terminaron mejor adaptados globalmente y en la escuela después del tratamiento que aproximadamente el 80% de aquellos cuyos padres no participaron.

Estos resultados positivos parecen provenir de la eficacia mostrada por las intervenciones conductuales en general (Rosa, Olivares y Sánchez, 1999; Weiss y Weisz, 1995), ya que las técnicas de entrenamiento utilizadas en los programas con padres están, según Sanders y Dadds (1993), derivadas de la teoría contemporánea del aprendizaje (modelo de comportamiento operante de Baer, Wolf y Risley, 1968 y Skinner, 1975) y, en menor grado, de las teorías del aprendizaje social (Bandura, 1977) y del desarrollo (Bijou y Baer, 1961; Harris y Ferrari, 1983). Independientemente de la técnica utilizada, los programas de entrenamiento de padres tienen en común dos premisas básicas: a) para que se produzcan cambios comportamentales positivos, no se deben reforzar las conductas infantiles inadecuadas, aunque sí las adecuadas; b) las manipulaciones ambientales dirigidas a

¹ *Correspondencia:* Maria Luiza Marinho, Universidade Estadual de Londrina, Dpto. de Psicologia Geral e Análise do Comportamento, Cx. Postal 6001, 86051-990, Londrina – PR (Brasil). E-mail: apicsabrazil@onda.com.br

favorecer los cambios comportamentales deben ser realizadas por quien disponga de los refuerzos que, en el presente caso, deberían ser de una elevada probabilidad (Silvares, 1995).

Los tres programas de entrenamiento de padres más ampliamente evaluados han sido propuestos por Patterson (1974), Forehand y McMahon (1981) y por Webster-Stratton (1989). El presentado por Patterson (Patterson, Chamberlain y Reid, 1982; Patterson, 1986) fue desarrollado para niños de 3 a 12 años con trastornos de conducta y adaptado, posteriormente, para su aplicación con adolescentes delincuentes (Patterson, Reid y Dishion, 1992). Se aplica a familias de forma individual y los padres reciben entrenamiento paso a paso en prácticas de administración familiar: anotar con precisión y registrar los problemas de comportamiento presentados por el niño en casa, utilizar técnicas de reforzamiento y de disciplina, vigilar, aplicar estrategias de solución de problemas, de negociación y del empleo de contratos padres-hijos.

El tratamiento propuesto por Forehand y McMahon (Baum y Forehand, 1981; Calvert y McMahon, 1987; Forehand, Wells y Griest, 1980) es una modificación del desarrollado por Hanf y Kling (1973), diseñado para tratar la desobediencia en niños con edades comprendidas entre los 3 y los 8 años. Se lleva a cabo con familias también de forma individual y se compone de dos fases, atención diferencial y tratamiento de la desobediencia, enseñándose a los padres a cambiar los patrones desadaptativos de interacción con sus hijos. Los métodos de intervención incluyen la representación de papeles y el empleo de un aparato de escucha, por medio de los cuales el terapeuta puede, directamente, entrenar o inducir a los padres mientras están jugando con su hijo.

El modelo elaborado por Webster-Stratton (1994; 1996; Webster-Stratton y Hammond, 1997) fue diseñado también para padres con hijos de 3 a 8 años de edad con trastornos de conducta e incluye componentes de los dos programas descritos anteriormente. Basado en la teoría de modelado de Bandura (1977), utiliza métodos de aprendizaje por observación del modelo a través de una serie de programas grabados en cinta de video sobre habilidades de los padres (250 viñetas de 1 a 2 minutos de duración cada una) que son presenciados por éstos y discutidos con el terapeuta y otros miembros del grupo. Aunque este sea el único de estos tres programas elaborado para aplicarse en una situación de grupo, las diferencias culturales y de idioma dificultan su aplicación en otros países, como, por ejemplo, los iberoamericanos.

Sin embargo, a pesar de los resultados favorables de los estudios sobre la eficacia del entrenamiento de padres, las conclusiones no son inequívocamente positivas. Las investigaciones han demostrado que las desventajas socioeconómicas, los conflictos entre la pareja, los problemas conyugales, los padres con síntomas depresivos, el aislamiento de los padres, las madres solteras y una falta de apoyo social influyen sobre la participación de los padres en el entrenamiento (propensión al abandono prematuro del mismo), sobre la magnitud del cambio terapéutico, sobre el mantenimiento de los cambios a lo largo del tiempo y sobre la satisfacción con el programa de intervención elegido (Dadds, Schwartz y Sanders, 1987; Kazdin, 1994, 1997; Kazdin y Mazurick, 1994; Webster-Stratton, 1991; McMahon y Forehand,

1983; Furey y Basili, 1988), exigiendo que sean adoptadas actitudes eficaces para su superación.

Otra cuestión actual bastante relevante tiene que ver con la aplicabilidad clínica de los tratamientos evaluados. Según Taylor, Schmidt, Pepler y Hodgins (1998), una limitación importante de los estudios sobre la eficacia es que pocos de los factores que contribuyen al éxito del tratamiento en el contexto del laboratorio son factibles de ser aplicados en el contexto clínico. Las dificultades surgen porque «cuando el tratamiento es realizado en el 'mundo real', los resultados obtenidos muchas veces son distintos de los observados en situaciones de investigación, probablemente por las dificultades en mantener presentes todos los controles necesarios para un estudio de eficacia» (Miyazaki, 1997, p. 32). Así, la necesidad de mantener uniformes las numerosas variables que no sean las independientes con el fin de garantizar una validez interna y externa de los resultados (Barlow y Hersen, 1984; Kazdin, 1982; Matos, 1990; Shapiro, 1996), produce una gran laguna entre la intervención que se lleva a cabo para fines de investigación y la que se realiza por psicólogos clínicos en consultorios particulares o en centros de asistencia.

Lo que han concluido diversos estudios es que la metodología de investigación tradicional parece incluir algo de «artificial» en la administración de la terapia en laboratorios de psicología aplicada, dificultando la generalización de la media de los resultados obtenidos con grupos como un todo para un cliente individual objetivo de la práctica clínica. Como un intento para solucionar estos problemas, algunos autores (Weisz, Donenberg, Hann y Weiss, 1995; Sobell, 1996) sugieren identificar qué componentes de los entrenamientos desarrollados en situaciones de investigación son imprescindibles para obtener resultados eficaces en el contexto práctico, así como posibilitar una evaluación de la eficacia de estos tratamientos por terapeutas en la situación clínica. Según Hoagwood *et al.* (1995), esto podría realizarse incorporando los estudios sobre la eficacia (estudios en situaciones controladas) a los estudios sobre la eficiencia (estudios en situaciones en las que en general se llevan a cabo los tratamientos).

Con base en este panorama actual del área de entrenamiento de padres, se intentó diseñar un programa de tratamiento que pudiese utilizarse ampliamente por la mayoría de las clínicas-escuela² y de los centros de asistencia gratuitos o semi-gratuitos brasileños. Las condiciones físicas y de recursos humanos de estos centros exigen adoptar métodos de intervención eficaces y ágiles, capaces de reducir las largas listas de espera para el tratamiento psicológico infantil.

La hipótesis que se trató de evaluar en la presente investigación era que un programa de intervención con un reducido número de sesiones, aplicado en forma grupal con padres de niños con problemas de comportamiento y desarrollado por terapeutas con poca experiencia, sería eficaz para: a) producir una mejora de la calidad y cantidad de tiempo de interacción padres-hijos, b) reducir la frecuencia de emisión de comportamientos aversivos, tanto por parte de los padres como por los

2 Las clínicas-escuela son clínicas de atención psicológica asociadas a las universidades que ofrecen cursos de Psicología, en los que se desarrollan las prácticas de los alumnos y las investigaciones aplicadas. En general, su funcionamiento es más parecido al de una clínica que al de un laboratorio.

hijos, y c) posibilitar que los padres tengan una percepción más positiva en relación a su hijo(a).

Método

Sujetos

Participaron en todas las etapas del presente estudio 28 padres (20 madres y ocho padres) y sus hijos, con un total de 20 niños, distribuidos de la siguiente forma:

GE-I³: 10 padres (6 madres y 4 padres) y 6 hijos con edades entre 3-6 años;

GC: 6 padres (4 madres y 2 padres) y 4 hijos con edades entre 3-6 años;

GE-II: 12 padres (10 madres y 2 padres) y 10 hijos con edades entre 7-12 años.

Características de los padres. La Tabla 1 presenta una caracterización de los padres, divididos en grupos. Los sujetos tenían, en su mayoría, entre 30 y 42 años de edad (82,2%), eran casados (78,6%), tenían dos o más hijos (71,4%), escolaridad secundaria o superior (75%) y renta familiar en la fecha de la entrevista inicial superior a cinco salarios mínimos (75%).

Características de los hijos. Las Tablas 2 y 3 presentan, respectivamente, las características de los hijos sujetos de la investigación y las quejas informadas por los padres en relación a los comportamientos de éstos. Se observa que la mayoría de los hijos participantes era hijo primogénito (75%), del sexo masculino (65%) y con quejas del tipo externalizante.

Procedimiento

La investigación contó inicialmente con 38 padres y 26 hijos. Las familias se encontraban bien en lista de espera (42%) para tratamiento infantil en la clínica-escuela o bien hicieron caso a los anuncios que ofertaban tratamiento (58%). Durante la intervención se dio un abandono de una pareja del GE-I y dos madres del GE-II. De este último grupo se excluyeron también los datos de uno de los padres por haber presentado un elevado índice de faltas y por no haber realizado las evaluaciones del seguimiento. El abandono más elevado tuvo lugar en el GC: dos parejas y una madre no realizaron las evaluaciones «postratamiento»⁴.

Local, terapeutas y criterios para la composición de la muestra. El estudio fue realizado en la clínica psicológica (clínica-escuela) de la Universidad Estatal de Londrina (UEL), Brasil. Las terapeutas fueron dos parejas de alumnas de 5º año de

3 GE-I: Grupo Experimental I; GC: Grupo Control; GE-II: Grupo Experimental II.

4 Como el GC se encontraba en situación de Lista de Espera, el término «postratamiento», indica aquí el momento de aplicación del segundo conjunto de evaluaciones o sea, después de la intervención con el GE-I y el GE-II.

Tabla 1

Características de los padres que participaron en todas las etapas como sujetos de la investigación, distribuidos por grupo

<i>Características</i>		<i>Número de sujetos</i>			
		GRUPO EXPER. I (N=10)	GRUPO CONTROL (N=06)	GRUPO EXPER. II (N=12)	TOTAL (N=28)
Progenitor	<i>Padre</i>	4 (40,0%)	2 (33,3%)	2 (16,7%)	8 (28,6%)
	<i>Madre</i>	6 (60,0%)	4 (66,7%)	10 (83,3%)	20 (71,4%)
Edad	<i>20 a 29 años</i>	-	4 (66,7%)	1 (8,3%)	5 (17,8%)
	<i>30 a 39 años</i>	7 (70,0%)	1 (16,7%)	6 (50,0%)	14 (50,0%)
	<i>40 a 42 años</i>	3 (30,0%)	1 (16,7%)	5 (41,7%)	9 (32,2%)
Escolaridad	<i>Superior</i>	7 (70,0%)	-	4 (33,3%)	11 (39,3%)
	<i>2º Grado</i>	2 (20,0%)	4 (66,7%)	4 (33,3%)	10 (35,7%)
	<i>1º Grado</i>	1 (10,0%)	2 (33,3%)	4 (33,3%)	7 (25,0%)
Renta familiar*	<i>superior a 10</i>	7 (70,0%)	4 (66,7%)	2 (16,7%)	13 (46,4%)
	<i>> 5 y < 10</i>	2 (20,0%)	-	6 (50,0%)	8 (28,6%)
	<i>hasta 5</i>	1 (10,0%)	2 (33,3%)	4 (33,3%)	7 (25,0%)
Estado Civil	<i>Casado(a)</i>	8 (80,0%)	5 (83,3%)	9 (75,0%)	22 (78,6%)
	<i>Separado(a)</i>	1 (10,0%)	1 (16,7%)	3 (25,0%)	5 (17,8%)
	<i>Soltero(a)</i>	1 (10,0%)	-	-	1 (3,6%)
n.º de hijos	<i>3 o más</i>	-	-	4 (33,3%)	4 (14,2%)
	<i>2</i>	4 (40,0%)	4 (66,7%)	8 (66,7%)	16 (57,2%)
	<i>1</i>	6 (60,0%)	2 (33,3%)	-	8 (28,6%)

* En Salarios Mínimos; valor de referencia de la fecha de la entrevista de selección: 120 reales (65 dólares).

Tabla 2

Sexo y orden de nacimiento de los/as niños/as sujetos de la investigación, divididos por grupo

<i>Características</i>		<i>Número de sujetos</i>			
		GRUPO EXPER. I (N=6)	GRUPO CONTROL (N=4)	GRUPO EXPER. II (N=10)	TOTAL (N=20)
Sexo	<i>Masculino</i>	5 (83,3%)	2 (50,0%)	6 (60,0%)	13 (65,0%)
	<i>Femenino</i>	1 (16,7%)	2 (50,0%)	4 (40,0%)	7 (35,0%)
Orden de nacimiento	<i>Primogénito</i>	6 (100%)	3 (75,0%)	6 (60,0%)	15 (75,0%)
	<i>«El del medio»</i>	-	-	1 (10,0%)	1 (5,0%)
	<i>El menor</i>	-	1 (25,0%)	3 (30,0%)	4 (20,0%)

Tabla 3

Descripción de las quejas presentadas por los padres, en la entrevista clínica inicial, en relación a los hijos enviados a tratamiento

NIÑO	EDAD	SEXO	QUEJAS
<i>Grupo Experimental I</i>			
1	6 años *	masculino	Hiperactivo, agresivo, desinteresado, busca atención
2	6 años	masculino	Disperso, irritado, nervioso, hipersensible al dolor, obeso
3	5 años	femenino	Desobediente, temerosa, trastorno del sueño, rechina los dientes, sexualidad precoz
4	5 años	masculino	Llora excesivamente, perfeccionista, terco
5	4 años *	masculino	Agresivo
6	6 años	masculino	Agresivo, hiperactivo, disperso, desinteresado, busca atención
<i>Grupo Control</i>			
1	4 años *	masculino	Agresivo verbal y físicamente con la madre, desobediente
2	5 años *	masculino	Nervioso, insistente, excesivamente terco, sin límites
3	4 años *	femenino	Agresiva, obstinada, desobediente, excesivamente terca
4	3 años	femenino	Obstinada, emplea la "seducción" para conseguir lo que quiere
<i>Grupo Experimental II</i>			
1	8 años	masculino	Agitado, obstinado, desobediente, indisciplinado, coercitivo, se pelea mucho
2	12 años	masculino	Obstinado, irresponsable, desorganizado, se pelea mucho, emite provocaciones, dificultades para relacionarse con la madre, no le gusta estudiar
3	7 años	masculino	Agresivo, desobediente, con prejuicios, molesta a los compañeros, no tiene amigos
4	9 años *	femenino	Rebelde, miente mucho, no consigue dejar el chupete, carencia afectiva
5	8 años	masculino	Indisciplinado, impaciente, disperso, obstinado, pierde las cosas, destruye objetos
6	7 años	femenino	Sonámbula, habla sola, se queja de dolores sin causa física
7	8 años	masculino	Retraído, no tiene amigos, afeminado, preocupado con la homosexualidad
8	8 años	femenino	Excesivamente terca, desobediente, desorganizada, celosa
9	12 años	femenino	Tímida, retraída, celosa, quiere siempre ganar en los juegos
10	7 años	masculino	Agresivo, agitado, sin autocontrol, destruye objetos, no consigue dejar el biberón

* Años incompletos; faltan como máximo 4 meses para completar la edad indicada.

Psicología, supervisadas semanalmente por las autoras del presente estudio; ya tenían 8 meses de experiencia como observadoras de intervenciones con padres. En cuanto a la composición de la muestra de sujetos, se adoptaron los siguientes criterios: a) niños/as con edades entre 3-12 años; b) se excluyeron niños/as con retraso mental y/o con trastornos de aprendizaje, de las habilidades motoras y del desarrollo, según están descritos en el DSM-IV; c) padres y/o hijos no podían participar en ningún otro tipo de intervención psicológica o psiquiátrica durante el estudio.

Las etapas de desarrollo de la investigación fueron: I) divulgación del grupo y selección de los miembros, II) composición de los grupos, III) evaluaciones de línea base, IV) intervención, V) evaluaciones de postratamiento, VI) aplicación de estrategias adicionales para la generalización de los efectos del tratamiento y VII) evaluaciones de seguimiento.

Intervención. El tratamiento fue gratuito y constaba de: a) 12 sesiones de entrenamiento de padres en grupo, llevadas a cabo en reuniones semanales de aproximadamente 90 minutos de duración cada una y b) 1-2 sesiones realizadas con cada madre o pareja, individualmente, planteando una discusión de aspectos relacionados específicamente con cada caso (características parentales e infantiles, dificultades encontradas, dudas, sugerencias, etc.). Durante las ocho primeras semanas de tratamiento se mandaron tareas para casa que incluían registro comportamental y aplicación de las estrategias discutidas en el grupo. En estas ocho semanas se realizaron llamadas telefónicas a cada uno de los miembros con el fin de aclarar dudas o dificultades en la realización de las tareas.

La intervención contó con componentes de los programas propuestos por Patterson (1974) y por Forehand y McMahon (1981), adaptados para la intervención en grupo. Se compuso de tres fases: a) *Fase I* (4 sesiones) - se enseñó a los padres a discriminar entre comportamiento infantil adecuado e inadecuado y a reforzar el adecuado aumentando la frecuencia, la variedad y la amplitud de sus recompensas sociales y disminuyendo la frecuencia de los comportamientos verbales concurrentes, como órdenes, cuestionamientos y críticas; además de esto, se les instruyó para que ignorasen ocasiones menores de comportamiento infantil inapropiado; b) *Fase II* (6 sesiones) - se enseñó a los padres a realizar un análisis funcional de los comportamientos inadecuados que su hijo/a presentaba todavía para llevar a cabo estrategias de solución de problemas, como manejo de las contingencias, contrato de contingencias, etc.; c) *Fase III* (2 sesiones) - se discutieron otros asuntos de interés de los miembros del grupo, como sexualidad infantil y del adolescente, consumo de drogas y religión. Las principales estrategias empleadas en todas las fases fueron: discusión en pequeños grupos, representación de papeles, análisis de comportamientos grabados en vídeo y tareas para casa.

Estrategias para la generalización. Con el objetivo de ayudar al mantenimiento de los resultados a lo largo del tiempo, además de las tareas para casa, se envió por correo a los miembros del GE-I y del GE-II, dos meses después de la finalización de las sesiones de intervención, material impreso bajo la forma de «Notas de Apoyo», abordando sucintamente los principales puntos discutidos durante el tratamiento.

Evaluaciones

Se utilizaron varias medidas de evaluación de los comportamientos de padres e hijos, administradas antes del tratamiento (pretratamiento), inmediatamente después de la finalización del mismo (postratamiento) y en los seguimientos de 3 y de 9 meses, conforme resume la Tabla 4.

Tabla 4
Evaluaciones realizadas de los comportamientos de los padres y los hijos

Instrumento	Dimensión evaluada	Momento
<i>Entrevista clínica inicial</i>	Caracterización de la clientela, criterios de exclusión	Pretratamiento
<i>Evaluación de las interacciones padres-hijo</i>	Comportamiento de los padres y los hijos	Pretrat./pos-trat./seg. 3m
<i>BDI</i>	Depresión de los padres	Pretrat./postrat./seg.3m
<i>MAT-MARI</i>	Satisfacción conyugal	Pretrat./postrat./seg.3m
<i>CBCL</i>	Comportamiento infantil	Pretrat./postrat./seg. 3m/ seg. 9m
<i>TAI</i>	Satisfacción del consumidor con el programa/resultados obtenidos	Postratamiento

Entrevista clínica inicial: utilizada para guiar la entrevista de selección, evaluación de los criterios de exclusión descritos anteriormente y organización de las informaciones obtenidas de los padres. Consta de ítems sobre la identificación del/a hijo/a, dirección, datos del núcleo familiar, informaciones adicionales (quién lo envió a la clínica, tratamientos médicos y psicológicos actuales y anteriores, escuela a la que va el/la niño/a y horarios disponibles) y la información de la entrevista propiamente dicha (queja, relacionamiento familiar, informaciones adicionales y expectativas en relación a la intervención).

Evaluación de las interacciones padres-hijo/a: por medio de un instrumento adaptado de Barkley (1987), observadores ciegos en relación a los objetivos del estudio evaluaron el comportamiento a través de un muestreo de tiempo (60 intervalos de cinco segundos cada uno, durante diez minutos), a partir de la grabación en video de un episodio de interacción libre, análogo a la situación natural, según las siguientes categorías: COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES - *Interacción* (interactuar verbal o no-verbalmente con el/a hijo/a y/o realizar actividades conjuntas con éste/a), *Jugar juntos* (realizar actividades conjuntas con el/a hijo/a), *Aprobación de los padres* (presentar refuerzos ante el comportamiento infantil), *Negativa parental* (presentar castigos ante el comportamiento infantil); COMPORTAMIENTO INFANTIL - *Interacción* (interactuar verbal o no-verbalmente con los padres), *Negativa infantil* (comportamientos aversivos en relación al ambiente físico o social). Los datos indicaban una

frecuencia comportamental en el periodo evaluado (entre 0-60/10min). El índice de concordancia medio obtenido entre los dos evaluadores fue de 94,43%, indicando que hubo concordancia entre ambos.

«*Inventario de Depresión de Beck*» (*BDI*): El BDI ha sido muy utilizado por diversos autores para evaluar la ocurrencia y la gravedad de la depresión en padres que participaron en programas de entrenamiento, dado que la literatura indica que dicho inventario está correlacionado con el abandono del tratamiento, menores beneficios obtenidos del mismo y una menor satisfacción con el programa seguido. Los resultados de la validación de la versión en portugués de este inventario (Gorenstein, Pompéia y Andrade, 1995; Gorenstein y Andrade, 1996) mostraron que la misma es comparable a la versión original en lengua inglesa, inclusive indicando su uso en situaciones clínicas.

Test de Ajuste Marital («*Marital Adjustment Test*») (*versión MAT-MARI*): utilizado para evaluar la satisfacción conyugal, fue originalmente desarrollado por Locke en 1951 (según Groth-Marnat, 1997). La versión aquí utilizada es un formato adaptado y validado por Farias (1994) para la población brasileña.

De la misma forma que la depresión parental, la satisfacción conyugal se ha correlacionado, con resultados menos positivos, con trabajos de orientación a padres (Dadds *et al.*, 1987, entre otros).

Lista de comportamiento infantil («*Child Behavior Checklist*», *CBCL*): es parte de un conjunto de evaluaciones realizadas por Achenbach (Achenbach, 1991, 1993; Achenbach y McConaugh, 1997), destinado a la obtención de datos normalizados de problemas comportamentales en niños y adolescentes de 4-18 años de edad, a partir del relato de los padres. La validación preliminar de la versión brasileña del *CBCL*, realizada por Bordin, Mari y Caeiro (1995), obtuvo una buena sensibilidad (87%), identificando correctamente el 75% de los casos leves, el 95% de los moderados y el 100% de los casos graves.

Inventario de actitud ante la terapia («*Therapy Attitude Inventory*», *TAI*): inventario propuesto por Eyberg (1993), se aplicó al final de la intervención para evaluar la satisfacción de los miembros con el programa presentado y con los resultados obtenidos con el tratamiento. Elaborado específicamente para ser usado en el entrenamiento con padres, tratamiento padre-hijos y terapia familiar (Brestan, Jacobs, Rayfield y Eyberg, 1999), consta de 10 preguntas sobre el impacto de la intervención en áreas como la confianza en las propias habilidades para controlar al/a hijo/a, calidad de la interacción padres-hijo, comportamiento infantil y adaptación familiar. Para la aplicación en el presente estudio se excluyó el primer ítem que indaga específicamente sobre obediencia infantil. La puntuación total en el formato aplicado podría variar entre 9 y 45.

Análisis de los datos

Los datos se analizaron en cuanto a la significación estadística y a la significación clínica. Los criterios utilizados para evaluar la significación clínica fueron: a) puntuaciones en la franja normal de los instrumentos normalizados (*BDI*, *MAT-MARI*)

y *CBCL*); b) aumento en la frecuencia de las categorías comportamentales positivas (*Interacción, Jugar juntos y Aprobación parental*) en al menos un 30% en relación a la línea base; c) reducción de la frecuencia de las categorías comportamentales negativas (*Negativa parental y Negativa infantil*) en al menos un 30% en relación a la línea base.

Este porcentaje (30%) ha sido adoptado por diversos investigadores (Patterson *et al.*, 1982; Jacobson, Follete y Revenstorf, 1984; Webster-Stratton, 1994, Webster-Stratton y Hammond, 1997) como indicador de los cambios clínicamente significativos cuando se evalúa el comportamiento a través de medidas observacionales no normalizadas (donde no hay valores normativos). De esta forma, cuando en la línea base la frecuencia presentada en una categoría comportamental hubiera sido superior al 70% de la frecuencia máxima, se consideró que el comportamiento se presentaba a niveles satisfactorios, puesto que no era posible que ocurriese el aumento mínimo fijado.

Resultados

La investigación fue dividida en dos estudios, según la edad de los/as niños/as que llegaron: el Estudio I presenta los datos referentes al GE-I y al GC y el Estudio II los datos referentes al GE- II.

A - ESTUDIO I

Comparación entre los grupos

Se compararon el GE-I y el GC en cuanto a los resultados mostrados por ambos en las evaluaciones del comportamiento de los padres y de los hijos en la línea base. El análisis estadístico indicó que, inicialmente, no había diferencias significativas entre ambos, lo que refuerza la hipótesis de que los cambios observados en el grupo que sufrió la intervención y no observados en el grupo que aguardó en lista de espera serían debidas al programa de tratamiento y no a alguna otra variable.

Resultados de las evaluaciones a lo largo del tiempo

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA

La Tabla 5 presenta las puntuaciones obtenidas en los GE-I y GC en las evaluaciones llevadas a cabo en las diversas etapas de la investigación. En relación con el GC, no se observaron cambios significativos en ninguno de los comportamientos parentales o infantiles evaluados. Los resultados a nivel estadístico presentados por el GE-I fueron:

COMPORTAMIENTOS DE LOS PADRES. *Interacción y jugar juntos*: aumento significativo en el postratamiento, cuando es comparado con la línea base y leve pérdida de estas ganancias en el seguimiento de 3 meses. *Aprobación parental*: mejoría signi-

Tabla 5

Puntuaciones medias y resultados de los análisis estadísticos obtenidos en relación a los comportamientos parentales e infantiles de los miembros del GE-I y del GC

Evaluaciones	Línea base		Postrat		Seguim. 3m		Seguim. 9m		Comparaciones línea base versus		
	Media	Desviac. típica	Media	Desviac. típica	Media	Desviac. típica	Media	Desviac. típica	seg. 3 meses postrat.	seg. 3 meses	seg. 9 meses
GRUPO EXPERIMENTAL I											
Comportamiento parental									p	p	p
ANÁLOGO DE INTERACCIÓN:											
Interacción	47,5	9,25	53,6	6,41	52,30	7,77	-	-	< 0,01	ns	-
Jugar juntos	38,1	15,26	47,9	11,45	45,80	11,84	-	-	< 0,01	ns	-
Aprobación parental	2,6	1,43	2,6	1,71	4,50	2,68	-	-	ns	< 0,05	-
Negativa parental	2,4	1,26	1,7	1,37	3,30	1,77	-	-	< 0,06	ns	-
BDI	14,0	7,04	14,4	8,35	12,30	7,10	-	-	ns	< 0,05	-
MAT-MARI	62,5	8,86	62,62	7,46	64,25	5,03	-	-	ns	ns	-
<i>Comportamiento Infantil</i>											
CBCL	70,4	7,65	66,3	8,54	66,6	8,92	64,2	7,71	< 0,05	< 0,01	< 0,01
ANÁLOGO DE INTERACCIÓN:											
Interacción	54,33	5,24	57,83	3,06	57	4,56	-	-	ns	< 0,05	-
Negativa Infantil	4,17	3,76	1,83	1,94	3,67	3,61	-	-	ns	ns	-
GRUPO CONTROL											
<i>Comportamiento parental</i>											
SITUACIÓN ANÁLOGA DE INTERACCIÓN:											
Interacción	42,33	15,19	39,33	9,80	-	-	-	-	ns	-	-
Jugar juntos	32,83	16,99	28,83	15,28	-	-	-	-	ns	-	-
Aprobación parental	4,17	5	1,17	1,17	-	-	-	-	ns	-	-
Negativa parental	2,33	1,50	2,50	2,43	-	-	-	-	ns	-	-
BDI	9,67	4,89	6,67	4,18	-	-	-	-	ns	-	-
MAT-MARI	62,2	6,42	61,8	7,85	-	-	-	-	ns	-	-
<i>Comportamiento Infantil</i>											
CBCL	66,8	6,22	65,6	6,43	-	-	-	-	ns	-	-
SITUACIÓN ANÁLOGA DE INTERACCIÓN:											
Interacción	59,33	0,58	55	5,2	-	-	-	-	ns	-	-
Negativa infantil	6	1	5	4	-	-	-	-	ns	-	-

Nota: Prueba estadística aplicada: t-test para muestras dependientes. GE-I: comportamientos parentales (N = 10); comportamientos infantiles (N = 6). GC: comportamientos parentales (N = 6); comportamientos infantiles (N = 4).

Nota 2: Se ha utilizado siempre dos decimales. Cuando no aparecen uno o los dos es que su valor es 0.

ficativa en el seguimiento de 3 meses. *Negativa parental*: tendencia a la mejoría significativa en el postratamiento. *Depresión*: mejoría significativa en el seguimiento de 3 meses. *Satisfacción conyugal*: no hubo cambios significativos.

COMPORTAMIENTOS INFANTILES. *CBCL*: mejoría significativa en el postratamiento e incremento de las ganancias en los seguimientos de 3 y de 9 meses. *Interacción*: mejoría significativa en el seguimiento de 3 meses. *Negativa infantil*: no hubo cambios significativos en las evaluaciones después del tratamiento.

SIGNIFICACIÓN CLÍNICA

Los resultados a nivel clínico presentados por el GE-I y el GC fueron:

COMPORTAMIENTOS DE LOS PADRES. *Interacción*: el porcentaje de padres del GE-I que presentó una frecuencia satisfactoria en esta categoría aumentó del 70% en la línea base hasta el 90% después del tratamiento; el GC no presentó cambios en esta categoría. *Jugar juntos*: el 40% de los padres del GE-I presentaban una frecuencia satisfactoria de estos comportamientos en la evaluación de línea base y mantuvieron esos índices en las evaluaciones posteriores. De los padres del GE-I que inicialmente presentaban baja frecuencia, el 83,3% obtuvo una mejoría clínicamente significativa en el postratamiento y en el seguimiento de 3 meses, contra el 20% del GC que presentó mejorías clínicamente significativas. *Aprobación parental*: el 40% de los padres del GE-I presentó un aumento clínicamente significativo en la evaluación del postratamiento y el 60% en el seguimiento de 3 meses, observando que del GC ningún miembro presentó mejoría significativa en esta categoría. *Negativa parental*: el 50% de los padres del GE-I y del GC alcanzó una disminución clínicamente significativa en el postratamiento, indicando que, para esta categoría comportamental, la intervención no se mostró más eficaz que la condición de control en lista de espera. *Depresión*: el 70% de los padres del GE-I y el 16,7% del GC presentó puntuaciones que indicaban una depresión de moderada a grave en la línea base. De estos, el 14,3% del GE-I y ninguno del GC presentaron ausencia de depresión en las evaluaciones posteriores. *Satisfacción conyugal*: el 12,5% de los padres casados del GE-I y el 16,6% del GC presentaron puntuaciones que indicaban una elevada satisfacción conyugal en todos los momentos evaluados. Los demás padres del GE-I y del GC presentaron, en todas las evaluaciones, valores que indicaban niveles de satisfacción no discriminados por el instrumento.

COMPORTAMIENTOS INFANTILES. *CBCL*: el 100% de los padres del GE-I y del GC evaluó a sus hijos como presentando un comportamiento clínico o límite en la línea base. En el seguimiento de 9 meses, 1/3 de los padres del GE-I y ninguno de los padres del GC evaluaron a sus hijos como presentando comportamiento normal. Todos los hijos del GE-I que no presentaron una mejoría clínica eran hijos únicos. *Interacción*: todos/as los/as niños/as del GE-I y del GC presentaron una frecuencia elevada en esta categoría comportamental en todas las evaluaciones realizadas. *Negativa infantil*: se observó una mejoría clínicamente significativa en el 16,7% de los hijos del GE-I en la evaluación del postratamiento y en el 50% del seguimiento de 3 meses, contra el 25% de los hijos del GC que mejoró.

B - ESTUDIO II

Significación estadística

La Tabla 6 presenta las puntuaciones obtenidas por el GE-II en las evaluaciones llevadas a cabo en las diversas etapas de la investigación. Los resultados a nivel estadístico fueron: COMPORTAMIENTOS DE LOS PADRES. *Interacción y Jugar juntos*: aumento significativo en el postratamiento, en cuanto comparado con la línea base, pero pérdida de estas ganancias en el seguimiento. *Aprobación parental*: tendencia al cambio en la categoría en la evaluación del postratamiento y mejora estadísticamente significativa en el seguimiento de 3 meses. *Negativa parental*: no hubo cambios significativos en las evaluaciones posteriores al tratamiento. *Depresión*: disminución del nivel de depresión del grupo en el postratamiento e incremento de la mejoría en el seguimiento. *Satisfacción conyugal*: aumento de los niveles de satisfacción conyugal en el seguimiento de 3 meses. COMPORTAMIENTOS INFANTILES. *CBCL*: mejoría estadísticamente significativa en la evaluación realizada por los padres sobre el comportamiento infantil en el postratamiento e incremento de estas ganancias en los seguimientos de 3 y de 9 meses. *Interacción*: no hubo cambios significativos.

Tabla 6

Puntuaciones medias y resultados de los análisis estadísticos obtenidos en relación a los comportamientos parentales y infantiles de los miembros del GE-II

Evaluaciones	Línea base		Postrat		Seguim. 3m		Seguim. 9m		Comparaciones línea base versus		
	Media	Desviac. típica	Media	Desviac. típica	Media	Desviac. típica	Media	Desviac. típica	postrat.	seg. 3 meses	seg. 9 meses
<i>Comportamiento parental</i>									<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
SITUACIÓN ANÁLOGA DE INTERACCIÓN:											
Interacción	43,83	15,3	55,83	4,13	46,27	18,87	-	-	< 0,05	ns	-
Jugar juntos	34,83	20,33	53,33	5,6	40,18	21,59	-	-	< 0,01	ns	-
Aprobación parental	0,58	0,9	2	2,3	2,27	1,79	-	-	< 0,06	< 0,01	-
Negativa parental	2,08	2,43	2,33	1,3	2,73	1,49	-	-	ns	ns	-
BDI	14,09	9,92	5,18	2,56	4,64	4,03	-	-	< 0,05	< 0,01	-
MAT-MARI	58,67	8,69	63,11	8,67	64,55	6,19	-	-	ns	< 0,01	-
Comportamiento infantil											
CBCL (madres)	69,4	6,31	64,1	8,82	62,3	8,76	58,8	8,28	< 0,05	< 0,001	< 0,001
SITUACIÓN ANÁLOGA DE INTERACCIÓN:											
Interacción	54,1	7,61	58,3	2	54,55	9,51	-	-	ns	ns	-
Negativa infantil	4,3	7,62	1,90	2,38	1,55	1,59	-	-	ns	ns	-

Nota: Prueba estadística aplicada: t-test para muestras dependientes. Comportamientos parentales: N=12; comportamientos infantiles: N=10.

Nota 2: Se ha utilizado siempre dos decimales. Cuando no aparecen uno o los dos es que su valor es 0.

SIGNIFICACIÓN CLÍNICA

Los resultados a nivel clínico presentados por el GE-II fueron:

COMPORTAMIENTOS DE LOS PADRES. *Interacción*: de los padres que antes de la intervención presentaban baja frecuencia en esta categoría comportamental, el 100% presentó un aumento clínicamente significativo en el postratamiento y el 75% mantuvo esas ganancias en el seguimiento de 3 meses. *Jugar juntos*: de los padres que inicialmente presentaban baja frecuencia en esta categoría comportamental, el 100% mostró un aumento clínicamente significativo en el postratamiento y un 66,7% mantuvo esas ganancias en la evaluación de seguimiento. *Aprobación parental*: el 58,4% de los padres presentó una mejoría clínicamente significativa en la evaluación de postratamiento y un 66,7% en la de seguimiento. *Negativa parental*: el 33,3% de los padres presentó una disminución clínicamente significativa en esta categoría en el postratamiento y el 25% en el seguimiento. *Depresión*: el 41,7% de los padres presentó puntuaciones que indicaban una depresión mínima o ausencia de depresión en la evaluación de línea base y mantuvo esos índices en el postratamiento. Todos los padres que presentaban puntuaciones que variaban entre depresión media a grave en la línea base presentaron ausencia de depresión en el postratamiento. Así, una proporción de padres con puntuaciones en el *BDI* indicando depresión mínima o ausencia de depresión aumento del 41,7% en la línea base hasta el 100% en el postratamiento y 91,7% en el seguimiento de 3 meses. *Satisfacción conyugal*: todos los padres se mantenían en la franja no discriminada por el instrumento en la línea base; en el postratamiento, dos padres pasaron a mostrar puntuaciones en la franja de elevada satisfacción conyugal.

COMPORTAMIENTOS INFANTILES. *CBCL*: el índice de madres que evaluaron a su hijo/a como presentando comportamiento efectivamente clínico disminuyó del 90% en la línea base hasta el 20% en el seguimiento de 9 meses. *Interacción*: el 90% de los/as hijos/as presentaba una frecuencia elevada en esta categoría comportamental en la línea base y el 100% en las evaluaciones posteriores. *Negativa infantil*: el 40% de los/as niños/as presentó una disminución clínicamente significativa en las evaluaciones del postratamiento y del seguimiento de 3 meses, cuando se comparaban con la línea base.

C - SATISFACCIÓN DEL CONSUMIDOR

La puntuación media presentada en el *TAI* por los padres miembros del GE-I y del GE-II fue, respectivamente, del 41,4 y 40,08. Analizados individualmente, el 100% de los sujetos del GE-I y el 83,4% de los sujetos del GE-II presentó una elevada satisfacción en relación a los componentes del programa y a los resultados obtenidos con el mismo.

D - FALTAS, ABANDONOS Y RENUNCIAS

Los miembros del GE-I y del GE-II tuvieron, respectivamente, una media de 2,1 y 1,42 faltas durante las 12 sesiones de duración del programa de intervención y

ninguna falta en las sesiones de asistencia individual. Este índice es bastante inferior al observado en general en las asistencias a las clínicas-escuela, especialmente bajo el formato grupal (López, 1983; Ribeiro, 1989; Santos, 1993). Según se ha comentado anteriormente, se produjo abandono por el 22,7% de los 22 padres que iniciaron el programa de intervención (GE-I + GE-II). Este índice también es inferior a los relatados en la literatura, que giran en torno del 30% al 60% (Kazdin, 1994). La renuncia al tratamiento se observó en el 45,5% de los 11 sujetos del GC que aguardaban para ser atendidos después de 4 meses de espera.

Discusión

Con base en los resultados presentados por ambos grupos de tratamiento, se puede afirmar que el tratamiento fue eficaz para producir:

- un aumento en la frecuencia de interacción y de realización de actividades conjuntas con el/a hijo/a en el 90% de los padres;
- un aumento en la frecuencia de emisión de estímulos reforzadores del comportamiento infantil en, aproximadamente, el 60% de los padres;
- una disminución significativa de los comportamientos castigo dirigidos hacia el/a hijo/a en, aproximadamente, el 42% de los padres;
- una mejoría comportamental, con base en el *CBCL*, en el 62,5% de los/as niños/as objetivo del tratamiento;
- un reducido número de faltas a las sesiones y satisfacción de la clientela con el programa y los resultados obtenidos.

Los miembros del GE-II presentaron, además: disminución de los niveles de depresión, aumento de la satisfacción conyugal y un número mayor de hijos/as evaluados/das como normales por los padres: 8 de los/as 10 hijos/as del GE-II fueron considerados/as normales en el seguimiento a los 9 meses.

Se concluye, por lo tanto, que el Programa de Entrenamiento de Padres aplicado presentó resultados positivos al producir mejoría en el comportamiento parental e infantil de la clientela tratada, siendo que el GE-II (padres de hijos/as con 7-12 años de edad) presentó ganancias más amplias que el GE-I (padres de hijo/as con 3-6 años de edad). Aún así, el GE-I presentó resultados estadística y clínicamente más favorables que la condición de no tratamiento (lista de espera).

Además de lo anterior, es importante destacar que en tres meses de intervención, con una dedicación de 2 sesiones semanales de 90 minutos de duración (una para cada grupo), consiguió ayudar a 16 familias, de las que 10 obtuvieron totalmente los resultados esperados. Si el formato hubiera sido la intervención individual, gran parte de esta clientela probablemente tendría que aguardar meses hasta que fuese realizada la primera entrevista clínica. Además de esto, la aceptación de los componentes del Programa por la clientela y el bajo número de faltas y abandonos del tratamiento da apoyo subjetivo a la validez del mismo.

Añadido a estas consideraciones, tiene especial relevancia el hecho de que el tratamiento fuese llevado a cabo por terapeutas relativamente inexpertos, lo que sugiere que se pueden obtener resultados favorables con terapeutas sin mucha práctica clínica y que, supuestamente, terapeutas con más experiencia tal vez pudiesen obtener resultados más positivos que los que aquí se han presentado.

Así, el Programa aplicado parece atender a los tres niveles de validación social propuestos por Wolf (1978, según Forehand *et al.*, 1980): a) sus objetivos específicos fueron de acuerdo a los patrones de comportamiento aceptados socialmente, pero sin olvidarnos de las idiosincrasias de cada familia; b) según se ha comentado, los participantes consideraron que todos los procedimientos utilizados eran aceptables; c) la mayoría del total de las familias que participaron del Programa de Orientación obtuvo los resultados esperados en relación al comportamiento infantil y algunos miembros informaron de mejorías de su propia actuación en otros ambientes diferentes al familiar (en especial en el trabajo) y con otras personas además del/a hijo/a objetivo de tratamiento (con otros hijos, con el cónyuge y/o con compañeros). Sin embargo, eso no significa que la intervención se encuentre ya en su formato ideal, sino que sus fundamentos básicos (las habilidades que se han de enseñar y las estrategias de intervención) parecen eficaces para producir resultados favorables. Las alteraciones futuras sobre el tratamiento se relacionan, principalmente, con cambios en el comportamiento de los padres, en el aspecto de dispensar más estímulos reforzadores consecuentes a los comportamientos infantiles considerados por ellos como adecuados y retirar la atención de los comportamientos inadecuados que podrían estar siendo mantenidos por este tipo de refuerzo social, ya que se ha constatado que los padres eficaces presentan, en general, refuerzo contingente con el comportamiento adecuado del/a hijo/a (Patterson, De Baryshe y Ramsy, 1989). Este componente mostró haber ejercido un gran efecto no sólo sobre el comportamiento infantil sino también sobre la visión de los padres acerca de su hijo/a y, como consecuencia, sobre la interacción entre ambos. Así, aprender a observar y a valorar lo que el/a hijo/a hace de adecuado demostró ser, para los grupos estudiados, una potente estrategia terapéutica. A partir de pocas sesiones procurando desarrollar esas habilidades (discriminación y refuerzo diferencial), se observó que la percepción de la mayoría de los padres, en relación a su hijo/a, cambió en una dirección muy favorable.

Cuando los padres comenzaron a evaluar positivamente incluso los comportamientos adecuados aparentemente más simples emitidos por el/a hijo/a (como limpiarse los dientes antes de dormir, guardar los juguetes, ser atento, ser alegre, etc.), dejaron de ver estas actitudes como si fuesen «naturales» u «obligaciones», para considerarlas méritos de su hijo/a, comportamientos adecuados que el/ella aprendió. Derivado de esto, comenzaron también a percibirse como padres más eficientes de lo que pensaban que eran.

Esos cambios en la percepción de sí mismos y en la percepción de aspectos del propio ambiente (en este caso, del comportamiento infantil), son objetivos importantes de la intervención psicológica (Kanfer y Saslow, 1979), en el aspecto de que, como comportamiento verbal, alteran la relación del individuo con las contingencias presentes en su vida.

Para hacer posible la independencia de los padres en relación con los terapeutas, se procuró enseñarles a realizar el análisis funcional de sus propios comportamientos y de los comportamientos infantiles y a adoptar estrategias de solución de problemas que les podrían ser útiles en situaciones futuras. La finalidad era, según han propuesto Tiedeman y Johnston, (1992), ampliar el centro de atención del comportamiento-problema y desarrollar habilidades parentales implicadas en enseñar y en fomentar comportamientos adaptativos en sus hijos. Eso parece relevante, ya que, según algunos autores (Loeber, 1990, según Tiedeman y Johnston, 1992), algunas competencias infantiles, como la asertividad y la expresividad emocional, están altamente correlacionadas con las respuestas del adulto hacia ellas y con la aceptación social en la infancia, además de ser importantes predictores de normalidad en la edad adulta.

Un punto a destacar es que el Programa precisa, sin embargo, que se descubran y se incluyan componentes que puedan potenciar los resultados para clientelas específicas que presentasen ganancias menores ganancias, como familias con hijo único y madres solteras.

Sobre el procedimiento de investigación adoptado aquí, es importante resaltar que, aunque un programa, como el evaluado, para grupos de padres que tienen hijos/as con quejas diversas, atienda mejor a las necesidades del contexto práctico, se debe tener claro que un estudio riguroso y controlado debería mantener las características de la clientela lo más homogéneas posibles (Kazdin, 1982; Shapiro, 1996). Sin embargo, es justamente esa homogeneidad lo que ha contribuido a generar la laguna investigación-práctica observada actualmente en la Psicología.

Como directrices para estudios futuros, se consideran relevantes los siguientes puntos para ser abordados: a) verificar la tendencia observada en este y en otros estudios (Frankel, 1993, Marinho y Silvaes, 1996) de que padres con dos o más hijos presenten mejores resultados en el Programa; b) verificar la hipótesis de que padres de niños/as mayores respondan mejor a este Programa que padres de niños/as menores, y c) identificar qué componentes del Programa presentan un mayor impacto para la consecución de tasas reducidas de faltas y abandonos del tratamiento.

Referencias

- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Achenbach, T. M. (1993). *Empirically based taxonomy: how to use syndromes and profiles types derived from the CBCL/4-18, TRF, and YSR*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. y McConaugh, S. H. (1997). *Empirically based assessment of child and adolescent psychopathology - practical applications*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM - IV ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

- Barkley, R. A. (1987). *Defiant children - a clinician's manual for parent training*. New York: Guilford.
- Barlow, D. H. y Hersen, M. (1984). *Single case experimental designs. Strategies for studying behavior change*. New York: Pergamon.
- Baum, C. y Forehand, R. (1981). Long term follow-up assessment of parent training by use of multiple outcome measures. *Behavior Therapy*, 12, 643-652.
- Bordin, I. A. S., Mari, J. J. y Caeiro, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do «Child Behavior Checklist» (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares. *Revista ABP- APAL*, 17, 55-66.
- Brestan, E. V. y Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 180-189.
- Brestan, E. V., Jacobs, J. R., Rayfield, A. D. y Eyberg, S. M. (1999). A consumer satisfaction measure for parent- child treatments and its relation to measures of child behavior change. *Behavior Therapy*, 30, 17-30.
- Calvert, S. C. y McMahon, R. J. (1987). The treatment acceptability of a behavioral parent training program and its components. *Behavior Therapy*, 2, 165-179.
- Dadds, M. R., Schwartz, S. y Sanders, M. R. (1987). Marital discord and treatment outcome in behavioral treatment of child conduct disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 396-403.
- Eisenstadt, T. H., Eyberg, S., McNeil, C. B., Funderburk, B. y Newcomb, K. (1993). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: relative effectiveness of two stages and overall treatment outcome. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 42-51.
- Eyberg, S. (1993). Consumer satisfaction measures for assessing parent training programs. En: L. VandeCreek, S. Knapp y S. T. L. Jackson (dirs.), *Inovations in clinical practice: a source book*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Farias, M. A. (1994). *Satisfação no Casamento: um estudo quantitativo*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo.
- Forehand, R. y McMahon, R. J. (1981). *Helping the noncompliant child: A clinician's guide to effective parent training*. New York: Guilford.
- Forehand, R., Wells, K. C. y Griest, D. L. (1980). An examination of the social validity of a parent training program. *Behavior Therapy*, 11, 488-502.
- Frankel, F. (1993). A brief test of a parental behavioral skills. *Journal of Behav. Therapy & Exp. Psych.*, 24, 227-231.
- Furey, W. M. y Basili, L. A. (1988). Predicting consumer satisfaction in parent training for non-compliant children. *Behavior Therapy*, 19, 555-564.
- Gorenstein, C. y Andrade, L. (1996). Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 29, 453-457.
- Gorenstein, C., Pompéia, S. y Andrade, L. (1995). Scores of Brazilian university students on the Beck Depression and the State-Trait Anxiety inventories. *Psychological Reports*, 77, 635-641.
- Groth-Marnat, G. (1997). *Handbook of psychological assessment*. New York: John Wiley & Sons.
- Hanf, E. y Kling, J. (1973). *Facilitating parent-child interactions: a two-stage training model*. New York: Plenum.
- Hoagwood, K., Hibbs, E., Brent, D. y Jensen, P. (1995). Efficacy and effectiveness in studies of child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 63, 683-687.

- Jacobson, N. S., Follette, W. C. y Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352.
- Kanfer, F.H. y Salow, G. (1979). A análise comportamental: uma alternativa para a classificação diagnóstica. En T. Millon (dir.), *Teorias da psicopatologia e personalidade*. Rio de Janeiro: Interamericana.
- Kazdin, A. E. (1982). *Single-case research designs - methods for clinical and applied settings*. New York: Oxford.
- Kazdin, A. E. (1991). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 785-798.
- Kazdin, A. E. (1994). Adversidad familiar, desventajas socioeconomicas y estres en los padres: variables contextuales relacionadas con la terminacion prematura de la terapia conductual infantil. *Psicología Conductual*, 2, 5-21.
- Kazdin, A. E. (1997). Practioner review: psychological treatments for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 38, 161-178.
- Kazdin, A. E. y Mazurick, J. L. (1994). Dropping out of child psychotherapy: distinguishing early and late dropouts over the course of treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1069-1074.
- López, M. A. (1983). Caracterização da clientela de clinicas-escola de psicologia em São Paulo. *Arquivo Brasileiro de Psicologia*, 35, 78-92.
- Marinho, M. L. y Silveiras, E. F. M. (1996). Solução de conflitos e percepção de ajustamento infantil em pais de crianças com e sem encaminhamento psicoterápico. *Estudos de Psicologia*, 13, 23-30.
- Matos, M. A. (1990). Controle experimental e controle estatístico: a filosofia do caso único na pesquisa comportamental. *Ciência e Cultura*, 42, 585-592.
- McMahon, R. J. y Forehand, R. (1983). Consumer satisfaction in behavioral treatment of children: Types, issues and recommendations. *Behavior Therapy*, 14, 209-225.
- McMahon, R. J., Forehand, R. y Griest, D. L. (1981). Effects of knowledge of social learning principles on enhancing treatment outcome and generalization in a parent training program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 526-532.
- Miyazaki, M.C.O.S. (1997). *Psicologia na formação médica: subsídios para prevenção e trabalho clínico com universitários*. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Patterson, G. R. (1974). Interventions for boys with conduct problemas: multiple settings, treatments, and criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 471-481.
- Patterson, G. R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist*, 41, 432-444.
- Patterson, G. R., Chamberlain, P. y Reid, J. B. (1982). A comparative evaluation of a parent training program. *Behavior Therapy*, 13, 638-650.
- Patterson, G. R., Dishion, T. J. y Chamberlain, P. (1993). Outcomes and methodological issues relating to treatment of antisocial children. En: T. R. Giles (dirs.), *Handbook of effective psychotherapy*. New York: Plenum.
- Patterson, G. R., Reid, J. B. y Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G. R., De Baryshe, B. D y Ramsy, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44, 329-335.
- Ribeiro, P. M. M. (1989). Saúde mental infantil em Instituição: estratégias do atendimento clínico. *Estudos de Psicologia*, 6, 111-125.

- Rosa, A. I., Olivares, J. y Sánchez, J. (1999). La terapia de conducta en el contexto español e internacional: situación actual y factores implicados en su eficacia. *Psicología Conductual*, 7, 215-252.
- Ruma, P. R., Burke, R. V. y Thompson, R. W. (1996). Group Parent Training: is it effective for children of all ages? *Behavior Therapy*, 27, 159-169.
- Sanders, M. R. y Dadds, M. R. (1993). *Behavioral family intervention*. Boston: Allyn and Bacon.
- Santos, M. A. (1990). Caracterização da clientela de uma clínica psicológica da Prefeitura de São Paulo. *Arquivo Brasileiro de Psicologia*, 42, 79-94.
- Santos, M. A. (1993). Caracterização da clientela de adolescentes e adultos de uma clínica-escola de psicologia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 9, 123-144.
- Serketich, W.J. y Dumas, J. E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: a meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 171-186.
- Shapiro, D. A. (1996). Outcome research. En: G. Parry y F. N. Watts (dirs.), *Behavioural and mental health research. A handbook of skills and methods*. Hove: Taylor & Francis.
- Sobell, L. C. (1996). Bridging the gap between scientists and practitioners: the challenge before us. *Behavior Therapy*, 27, 297-320.
- Taylor, T. K., Schmidt, F., Pepler, D. y Hodgins, C. (1998). A comparison of eclectic treatment with Webster-Stratton's Parents and children Series in a Children Mental Health center: a randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 29, 221-240.
- Tiedemann, G. L. y Johnston, C. (1992). Evaluation of a parent training program to promote sharing between young siblings. *Behavior Therapy*, 23, 299-318.
- Webster-Stratton, C. (1989). Systematic comparison of consumer satisfaction of three cost-effective training programs for conduct problem children. *Behavior Therapy*, 20, 103-115.
- Webster-Stratton, C. (1990). Enhancing the effectiveness of self-administered videotape parent training for families with conduct-problem children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 479-492.
- Webster-Stratton, C. (1991). Annotation: strategies for helping families with conduct disordered children. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 32, 1047-1062.
- Webster-Stratton, C. (1994). Advancing videotape parent training: a comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 583-593.
- Webster-Stratton, C. (1996). Early intervention with videotape modeling: programs for families of children with oppositional defiant disorder or conduct disorder. En: E. D. Hibbs y P. S. Jensen (dirs.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders. Empirically based strategies for clinical practice*. Washington: American Psychological Association.
- Webster-Stratton, C. y Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: a comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 93-109.
- Weiss, B. y Weisz, J. R. (1995). Relative effectiveness of behavioral versus nonbehavioral child psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 317-320.
- Weisz, J. R., Donenberg, G. R., Hann, S. S. y Weiss, B. (1995). Bridging the gap between laboratory and clinic in child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 688-701.