

## ***Resultados de un programa de entrenamiento para madres de niños con problemas de conducta. Primera experiencia en un Equipo de Salud Mental de Distrito<sup>(\*)</sup>(\*\*)***

**Francisco Javier CARRASCOSO LÓPEZ**

*UNED. Centro Asociado de Sevilla*

**Gloria M<sup>a</sup> ROLDÁN MALDONADO**

*Equipo de Salud Mental de Distrito «Santa Fe». Granada*

### ***Resumen***

En este trabajo presentamos un programa de modificación de conducta en grupo, dirigido a madres que consultaron al Equipo de Salud Mental de Distrito de Santa Fe (Granada) por observar problemas de conducta en sus hijos entre 3 y 14 años de edad. Como principal resultado, se obtuvo una buena respuesta terapéutica en todos los casos que finalizaron el programa salvo uno. Asimismo, se obtuvieron otros hallazgos: a) un porcentaje de abandono del programa muy elevado; b) la ansiedad de las madres y sus estilos de vida les llevaban a problematizar la conducta de sus hijos; c) transferencia de lo aprendido por las madres a otras conductas de sus hijos y áreas de la vida diaria.

**Palabras clave:** modificación de la conducta infantil, salud comunitaria, entrenamiento de padres.

### ***Abstract***

A behavior modification program in group is presented in this work, directed to mothers who consulted in the District Mental Health Care Team of Santa Fe (Granada, Spain) for to observe behavioral problems in his sons, aged between 3 and 14 years. The principal result obtained was a good therapeutic response in all cases that completed the program except one. Likewise, we observed another findings: a) a very high desertion rate of the program; b) the anxiety and the life styles of mothers lets they to see certain behaviors as inadequate; c) a transfer of the learned for the mothers to other behaviors of his sons and areas of the everyday life.

**Key words:** child behavior modification, community health, fathers' training.

---

(\*) Algunos datos y conclusiones preliminares de este trabajo fueron expuestos en una comunicación titulada *«Educación para la salud: Escuela de padres. Primera experiencia en un Equipo de Salud Mental de Distrito (ESMD)»*, presentada por los autores al Congreso Iberoamericano de Psicología, celebrado en Madrid los días 5 al 10 de Julio de 1992. El primer autor agradece a Salvador Perona Garcelán sus valiosas sugerencias para mejorar los primeros borradores de este trabajo.

(\*\*) A la memoria de Juan Carlos Carrascoso López y Encarnación Galera Martínez. Se fueron juntos. Pero ya podemos ver las estrellas.

*Dirección del primer autor:* c/Santa María Magdalena, 2, 4º D. 41008 Sevilla.

En la modificación de la conducta infantil es frecuente encontrar ejemplos de entrenamiento de padres para la terapéutica y prevención de trastornos de conducta en sus hijos. Esta estrategia ha mostrado su efectividad como intervención terapéutica en diversos trastornos de conducta tales como las rabietas, la conducta agresiva y la desobediencia (Dumas, 1989; Kazdin, 1985; McMahon, 1991), y como estrategia preventiva inespecífica (Pérez Pareja, 1991, 1993). La estrategia de entrenar a los padres como terapeutas, muy diferente del clásico formato individual centrado en exclusiva en el niño identificado como problemático, queda justificada por varios argumentos de índole teórica, metodológica y pragmática: a) los padres son figuras significativas para sus hijos, especialmente en edades tempranas, siendo por tanto los principales mediadores de la conducta de sus hijos; b) el entrenamiento se lleva a cabo en el medio natural del niño; c) al entrenar a los padres como evaluadores y terapeutas de la conducta de sus hijos, se evita el problema de que a menudo las conductas problema no ocurren en las sesiones individuales con el niño en entornos no controlados como la consulta; y d) el ahorro de tiempo profesional que supone, junto a la potencia incrementada de un paquete de técnicas susceptible de ser difundido masivamente.

Por regla general, las técnicas de modificación de conducta enseñadas a los padres en estos programas son de tipo operante (el tiempo fuera, la economía de fichas y el reforzamiento positivo diferencial, por citar algunos ejemplos), bien una sola o una combinación de ellas. Tales paquetes de téc-

nicas, diseñados en base al análisis funcional de la conducta, poseen una amplia versatilidad técnica, de formato (individual o en grupo), y de contexto de aplicación (consulta, domicilio, etc.), lo que los convierte en una estrategia de intervención sumamente atractiva para terapeutas y padres.

Dejando a un lado las diferencias existentes entre programas en las técnicas incluidas en su diseño, el procedimiento empleado para llevar a cabo el entrenamiento de los padres en el análisis y modificación de la conducta de sus hijos, suele ser muy similar, figurando como el más utilizado las instrucciones, bien en forma de discurso didáctico por el terapeuta, bien en forma de manuales divulgativos, como los de Alvarez Pillado, Alvarez-Monteserín, Cañas Montalvo, Jiménez Ramírez y Petit Pérez (1990), Baker, Brighman, Heifetz y Murphy (1978), Peine y Howarth (1975), Pineda Flores, López Reséndiz, Torres Gutiérrez y Romano (1987), y Rinn y Markle (1981). Procedimiento al que puede añadirse el modelado y el ensayo de conducta en situaciones estructuradas o empleando filmaciones de vídeo, en las que los padres del niño observan cómo actúa el terapeuta para modificar una conducta objetivo durante las sesiones, de cara a que puedan aplicar por sí mismos sin supervisión profesional las técnicas entrenadas en sesión (Forehand y McMahon, 1981; McMahon, 1991). Junto al modelado, el ensayo de conducta y las instrucciones, otras técnicas tales como el *feedback* de la ejecución, ayudas verbales, reforzamiento diferencial de la ejecución correcta, y las tareas para casa, son también empleadas como procedimientos de entrenamiento. Así,

el papel del terapeuta en este tipo de programas es el de un educador que enseña a los padres un conjunto de habilidades estructuradas en un paquete técnico que se aprende gradualmente.

Ante su versatilidad técnica y de formato, junto a su asunción teórica de partida de que la conducta del niño se da en relación con la de sus padres como primeros agentes de socialización desde edades muy tempranas (Bijou, 1994; Kaye, 1982), el entrenamiento de padres como terapeutas constituye una estrategia muy adecuada y atractiva para su empleo en dispositivos sanitarios de atención a la salud mental diseñados sobre la base de los principios de la salud comunitaria, como muestra en nuestro entorno Pérez Pareja (1991, 1993).

Por estas razones, en el Equipo de Salud Mental de Distrito (en adelante ESMD) de Santa Fe, en Granada, nos planteamos en el año 1991 realizar un programa de entrenamiento en modificación de conducta orientado a padres para dar respuesta a la demanda de atención en salud mental infantil, en concreto en el área de los trastornos de la conducta, donde estos programas han mostrado su mayor eficacia. Nuestra primera experiencia con dicho programa, que presentamos a continuación, se planteó inicialmente como estrategia de intervención con la intención de aumentar su alcance más adelante, implementándolo como un programa de prevención e intervención dirigido a padres y maestros en la comunidad. Como experiencia piloto, nuestro programa estaba sujeto a revisiones para su mejora en sucesivas aplicaciones, y no constituía un protocolo de intervención cerrado y definitivo.

El objetivo general del programa fue la adquisición de habilidades básicas por parte de los padres, para intervenir adecuadamente en la solución de los problemas de conducta de sus hijos y en la implementación de hábitos saludables. La consecución de este objetivo general requería previamente que los padres alcanzaran los siguientes objetivos específicos:

- Observar, identificar y registrar las conductas problema que surgen en la interacción con sus hijos.
- Aprender a conceptualizar la conducta de sus hijos en función del esquema de triple contingencia del Análisis Experimental de la Conducta.
- Extinguir el uso de etiquetas verbales negativas para describir la conducta de sus hijos.
- Conocer y utilizar las técnicas oportunas para la adquisición, extinción y mantenimiento de conductas.
- Conocer e intervenir en problemas concretos en las áreas del sueño, los miedos infantiles, problemas con las comidas y algunos trastornos de conducta como la conducta agresiva y las mentiras.
- Aprender a facilitar la formación de un autoconcepto positivo en sus hijos.

## **Método**

### **Sujetos**

#### *a) Madres*

Fueron seleccionadas un total de catorce madres en base a los datos obtenidos en la evaluación inicial tras su primera consulta al ESMD. Las madres habían consultado al ESMD de Santa Fe

(Granada), derivadas por sus médicos de cabecera o pediatras de referencia, por presentar uno de sus hijos problemas de conducta relacionados con las comidas, trastornos del sueño, miedos infantiles, control del esfínter vesical (enuresis primaria), y conductas disruptivas. Todas ellas habitaban en zonas rurales, y pertenecían a un nivel socioeconómico y cultural bajo-medio/bajo. A pesar de nuestros esfuerzos, ningún padre aceptó participar en el programa alegando motivos laborales.

#### *b) Niños*

Dos de los catorce niños inicialmente incluidos en el programa eran de sexo femenino y los doce restantes de sexo masculino. Doce de los niños tenían edades comprendidas entre los 3 y los 10 años, siendo las edades de los dos restantes de 13 y 14 años respectivamente. De los catorce niños, dos habían estado en terapia individual con el segundo autor de este trabajo, y fueron derivados al programa para mejorar sus logros en las áreas tratadas en el mismo. Ninguno de los niños presentaba signos de retraso mental u otros trastornos del desarrollo.

### ***Evaluación inicial y resultados***

En todos los casos se cumplimentó una historia clínica estándar del ESMD donde se recogen: a) datos de filiación; b) descripción de las conductas problema y sus parámetros de frecuencia, intensidad y duración, así como sus antecedentes y consecuentes; y c) datos del desarrollo evolutivo del niño y sobre la dinámica familiar (pautas de crianza, relaciones).

El análisis de este material clínico permitió identificar diversas operantes funcionalmente y describirlas a nivel topográfico. En todos los casos se observaron unas inadecuadas interacciones padres-hijos en las que los niños conseguían generalmente una alta tasa de reforzamiento positivo y negativo al emitir conductas valoradas como inadecuadas por sus madres. Las madres solían ser las protagonistas de este tipo de interacciones, y fueron ellas las que solicitaron ayuda profesional a sus pediatras y médicos de cabecera por los problemas de conducta de sus hijos. Los padres y las madres discreparon en 12 de los casos a la hora de juzgar como anómala la conducta de sus hijos. En general los padres tendían a normalizarla.

Al comenzar el programa, en la primera sesión fue administrado el *Cuestionario de Evaluación de la Escuela de Madres*, diseñado por los autores de este trabajo para la ocasión. Este cuestionario consta de 17 ítems que describen situaciones imaginarias referentes a conductas problema típicas de la infancia, tales como rabietas, conducta caprichosa, o conducta disruptiva a la hora del almuerzo. Los 7 primeros ítems pretenden elicitare respuestas que valoren el uso de etiquetas verbales negativas para describir la conducta de los niños, así como las habilidades de las madres para describir contingencias de reforzamiento. Los ítems 8 al 16 son preguntas de opción múltiple orientadas a evaluar las habilidades de las madres para modificar contingencias de reforzamiento. El último ítem pretende evaluar las expectativas de las madres hacia el programa. Todos los ítems que componen el cues-

tionario fueron contruidos en función de ejemplos disponibles en la literatura (Blackman y Silverman, 1971; Peine y Howarth, 1975; Sulzer-Azaroff y Roy, 1983), y estaban referidos a los problemas de conducta por los que consultaron las madres al ESMD.

La administración pretest de este cuestionario arrojó los siguientes datos: a) las madres explicaban la conducta de sus hijos de modo internalista, siendo «los nervios» el factor explicativo más empleado; b) se utilizaban una gran cantidad de adjetivos con connotaciones negativas al referirse a los hijos, tales como «perverso», «endemoniado», etc.; c) las madres utilizaban inadecuadamente el control por consecuencias para modificar la conducta de sus hijos, o este control era utilizado de forma poco sistemática; d) todas las madres esperaban una reducción radical en la frecuencia de las conductas problema de sus hijos.

En la sesión final del programa, se administró de nuevo el *Cuestionario de Evaluación de la Escuela de Madres*. Asimismo se administró el *Cuestionario de la Utilidad de la Escuela*<sup>1</sup>, diseñado también por nosotros con el objeto de valorar la satisfacción de las madres con el programa. Este cuestionario consta de 12 ítems puntuables en una escala ordinal de 1 a 5 puntos (siendo 5 el máximo nivel de satisfacción y 1 el mínimo) referidos a diversos aspectos de la metodología empleada, tales como el tiempo dedicado a cada objetivo o la relevancia de los temas tratados. Tam-

bién incluye apartados que recogen las sugerencias de las madres para mejorar experiencias de este tipo.

En la segunda sesión del programa, cada madre escogió dos conductas problema a modificar (ver tabla 1), pudiendo escoger otras a lo largo de su desarrollo. Una vez definidas operacionalmente en colaboración con nosotros, que ejercimos como terapeutas del programa, las madres realizaron un registro de frecuencia diaria de estas conductas. Se escogió un registro de frecuencia por ser el más sencillo para las madres. Posteriormente convertíamos en porcentajes semanales de ocurrencia aquellas conductas que eran susceptibles de un tratamiento porcentual, y representábamos los datos gráficamente para suministrar *feedback* a las madres. Los registros recogidos durante las sesiones 2, 3 y 4, antes de que comenzara el entrenamiento en técnicas de intervención, fueron utilizados como línea base.

Simultáneamente al desarrollo de las sesiones, dos observadores (la trabajadora social del centro de salud y uno de los autores cuando no conducía la sesión) transcribían literalmente las sesiones. Al finalizar cada sesión, se comparaban las transcripciones de los dos observadores y procedíamos por último a analizar y discutir las transcripciones.

### **Procedimiento**

#### *Contenidos del programa*

Fueron los siguientes, seleccionados en función del análisis funcional de cada caso:

1. Este cuestionario está basado en uno similar que aparece en Anderson, C., Reiss, D. y Hogarty, G. (1986). *Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu (trad. cast., 1990, págs. 454-455).

Tabla 1. Conductas seleccionadas para su modificación y sus definiciones operacionales, seleccionadas por las 14 madres que participaron inicialmente en la escuela de madres. Sus denominaciones, no siempre técnicas, fueron las utilizadas durante el desarrollo del programa. Las definiciones operacionales fueron realizadas por las propias madres.

- *Enuresis*: número de noches a la semana que mi hijo/a amanece con las sábanas mojas.
- *Conducta de desobediencia*: número de veces que mi hijo/a no hace lo que le mandamos al momento.
- *Problemas de alimentación*:
  1. Número de comidas diarias que mi hijo/a se niega a hacer solo.
  2. Número de comidas diarias en que mi hijo/a se niega a tomar alimentos sólidos.
- *Problemas de sueño*:
  1. Número de noches a la semana en que mi hijo/a no quiere dormir sólo y me llama en mitad de la noche.
  2. Número de noches a la semana que hay que acostar a mi hijo/a.
- *Rabietas*: número de veces que mi hijo/a chilla, llora, da patadas, muerde, rompe cosas, cuando se le contradice.
- *Conducta agresiva*: número de veces que mi hijo/a pega, insulta y dice palabrotas a alguien.
- *Conducta caprichosa*: número de veces que mi hijo/a quiere conseguir algo al momento.
- *Conducta de desorden*: número de veces que mi hijo/a deja sus cosas por medio en la habitación.
- *Manifestaciones de afecto*: número de veces que mi hijo/a da besos y abrazos a los miembros de la familia.
- *Puntualidad*: número de veces a la semana que mi hijo/a llega a casa después de jugar a la hora pactada.
- *Amenazas de suicidio*: número de veces que mi hijo/a amenaza con suicidarse cada vez que nos negamos a darle algo que él/ella quiere.
- *Conducta negativista*: número de veces que mi hijo/a protesta y se niega a hacer algo cuando se lo mandamos a lo largo del día.
- *Miedos*: número de veces que mi hijo/a pide que lo/a acompañe a algún sitio de la casa.

a) Identificar, describir y registrar las conductas problema a modificar. Aprender a ser descriptivos. Diferenciar entre etiqueta verbal y conducta: pasar de «mi hijo es...», a «mi hijo hace...».

b) Entrenamiento en análisis funcional de la conducta siguiendo el modelo de triple contingencia, para la identificación de las variables de las que es función la conducta.

c) Técnicas para adquirir, extinguir o mantener conductas: modelado, moldeamiento, reforzamiento positivo, reforzamiento negativo, reforzamiento diferencial de otra conducta (en adelante RDO), castigo positivo, castigo negativo, reforzamiento intermitente, costo de respuesta, tiempo fuera, extinción (técnica de ignorar) y el Principio de Premack.

d) Problemas de sueño: pautas y ritmos normales. Miedos evolutivos. Medidas profilácticas y de actuación ante los problemas del sueño infantil y los miedos nocturnos.

e) Problemas de conducta en las situaciones de alimentación. Pautas de actuación.

f) Conducta agresiva y mentiras. Pautas de actuación.

### *Estructura de las sesiones*

Se programaron un total de trece sesiones con una periodicidad de una sesión semanal, y una hora y media de duración cada una. Todas las sesiones a excepción de la primera y la segunda mantuvieron la siguiente estructura: a) saludo y breve síntesis de la sesión anterior; b) análisis de tareas, *feedback* y refuerzo diferencial de la ejecución; c) exposición de los contenidos programados en la sesión; d) discusión y ejercicios prácticos para clarificar los contenidos, reforzarlos, y facilitar el recuerdo; e) resumen de la información más relevante trabajada durante la sesión; f) asignación de tareas para casa.

### *Desarrollo del programa*

A lo largo de las 13 sesiones, los autores intercambiamos los roles de terapeuta y observador. Nuestro discurso didáctico se orientó fundamentalmente a hacer que fueran las propias madres las que generaran soluciones, ayudándolas mediante nuestras instrucciones y las discusiones en grupo, a identificar, describir y modificar su conducta en las interacciones diarias con sus hijos. Evitamos cuidadosamente el empleo de términos técnicos salvo cuando fue estrictamente necesario, y en estos momentos fueron previamente explicados utilizando abundantes ejemplos imaginarios o tomados de la vida diaria de las madres.

Un ejemplo extraído de los registros de las sesiones ilustra el modo en que

instruíamos a las madres. En la segunda sesión, cuyo objetivo fue el aprendizaje de las diferencias entre etiqueta verbal y conducta (diferenciar entre «*mi hijo es...*» y «*mi hijo hace...*»), el terapeuta expuso los contenidos programados para la sesión. Acto seguido invitó a las madres a participar con distintos ejemplos que intentaban mostrar la ambigüedad y poca información que dan los adjetivos o etiquetas tales como, p.ej., «*mi hijo es nervioso*». Para ello el terapeuta sugirió un ejemplo a las participantes: «*Imaginaos que yo os digo que mi hija es un bichucho... pensad cada una lo que he querido decir*». Transcurridos unos segundos el terapeuta preguntaba a cada madre qué definición había pensado. Ejemplos de respuestas fueron: «*es muy nerviosa*», «*es muy lista*», «*es muy inquieta*», «*es muy mala*».

A partir de las respuestas de las madres, el terapeuta ofreció una definición en términos descriptivos referidos a conductas concretas. En este momento se analizaron las respuestas de las madres y el ejemplo del terapeuta mediante un debate fomentado por preguntas socráticas, en el que se trató el carácter moral y valorativo de los adjetivos y sus consecuencias para el desarrollo cognitivo y afectivo (autoestima) del niño. A través del debate se mostró a las madres la circularidad de la conducta, y cómo mediante este proceso de etiquetaje verbal se exime al niño y a los padres, de la responsabilidad mutua de sus interacciones conductuales.

De forma concurrente a las instrucciones utilizamos procedimientos y materiales diversos, tales como el modelado,

el ensayo de conducta, *feedback* de la ejecución, pizarra, gráficos, esquemas, y la lectura de materiales de orientación para padres (el texto de Peine y Howarth, 1975). En los ensayos de modelado no participaron los niños, ni en las sesiones ni en filmaciones de vídeo. Tanto el modelado como el ensayo de conducta fueron realizados por nosotros, dadas las carencias materiales del ESMD. Estas dos técnicas se emplearon para: a) que las madres aprendieran a aplicar las técnicas entrenadas para modificar las conductas problema de sus hijos; y b) para resolver las dificultades que encontraban en su aplicación, que fueron detectadas durante la revisión de las tareas para casa. Asimismo, a partir de la sesión 6, el modelado y el ensayo de conducta fueron utilizados para entrenar a las madres en el empleo de algunas habilidades de comunicación, como pedir al otro un cambio de conducta y hacer peticiones, junto a la lectura del texto de Smith, «*Cuando digo NO, me siento culpable*».

Esta forma de interactuar con el grupo nos facilitó que se trataran temas relevantes para las madres, al combinar la actitud directiva orientada hacia los objetivos marcados para cada sesión, con una actitud abierta que permitía que fuésemos más sensibles a ciertos comentarios de las madres sobre los estilos de vida familiares. Dichos comentarios nos facilitaban la identificación de variables de control relevantes de las interacciones madres-hijos.

## Resultados

Durante el desarrollo del programa nueve madres lo abandonaron prematuramente, lo que representa un por-

centaje de abandono del 64'21%. Una lo hizo por mejoría de su hijo (que en este caso presentaba enuresis primaria como motivo principal de consulta, junto a conducta caprichosa) abandonando por su propia iniciativa en la quinta sesión. Cuatro madres abandonaron por motivos desconocidos entre la primera y la tercera sesión. Las otras cuatro madres abandonaron en la cuarta sesión alegando falta de tiempo por problemas económicos al tener que trabajar junto a sus maridos en el negocio familiar.

Al comparar la administración pre y postest del *Cuestionario de Evaluación de la Escuela de Madres* de las cinco madres que completaron el programa, surgieron los siguientes resultados (ver tabla 2): a) en la administración postest las madres hicieron uso de etiquetas verbales negativas en un 14'28% de sus respuestas totales a los items de habilidades de descripción de contingencias, frente al 100% observado en la administración pretest; b) las madres describieron adecuadamente siguiendo el esquema de triple contingencia las conductas de sus hijos, pasando de un 97'14% de errores en el pretest a un 28'57% de errores en el postest; y c) las madres cometieron menos errores al responder en los items de opción múltiple sobre habilidades de modificación de contingencias de reforzamiento, pasando de cometer un 95'55% de errores en el pretest a un 11'11% de errores en el postest.

Como puede observarse asimismo en la tabla 2, las madres como grupo cometieron mayor número de errores en el post-test en aquellos items referidos a la descripción de contingencias. Al realizar



Tabla 2. Porcentaje de errores en la administración pre y postest en el *Cuestionario de Evaluación de la Escuela de Madres*, de las 5 madres que completaron el programa.

| <i>Cuestionario de Evaluación de la Escuela de Madres</i> |                |                |
|---|----------------|----------------|
| <i>Categorías de respuesta</i>                            | <i>Pretest</i> | <i>Postest</i> |
| Uso de etiquetas verbales negativas (ítems 1-7)           | 100%           | 14'28%         |
| Habilidades de descripción de contingencias (ítems 1-7)   | 97'14%         | 28'57%         |
| Habilidades de modificación de contingencias (ítems 8-16) | 95'55%         | 11'11%         |

un análisis individual de cada caso se comprobó que la mayoría de los errores totales en los ítems de descripción de contingencias hasta alcanzar el 80%, fueron cometido por la madre del caso 4 con cinco errores, seguida por la del caso 5 con tres. Las dos restantes respuestas erróneas se distribuyeron entre las madres de los casos 1 y 3. En cuanto al uso de etiquetas verbales negativas, las cinco respuestas erróneas observadas (14'28%) se distribuyeron entre las cinco madres. Las cinco respuestas erróneas a los ítems sobre habilidades de modificación de contingencias de reforzamiento (11'11%) se distribuyeron entre las madres de los casos 4 con cuatro errores, y 5 con un error.

En cuanto al *Cuestionario de la Utilidad de la Escuela*, las cinco madres que completaron el programa valoraron la experiencia como muy satisfactoria, distribuyéndose el 100% de sus respuestas en los extremos superiores de la escala ordinal construida (muy útil -4- y extremadamente útil -5-), obteniendo el resto de opciones un 0% de elecciones. Ninguna de las madres aportó ninguna sugerencia para efectuar mejoras, excepto que deberían repetirse experiencias de este tipo por haberla considerado muy interesante y satisfactoria.

En cuanto a la modificación de las conductas problema seleccionadas por las madres, los resultados de los cinco casos que finalizaron el programa fueron los siguientes:

*Caso 1 (niño; 3 años y 5 meses).*

Antes de su inclusión en nuestro programa el caso 1 estuvo en tratamiento con la segunda autora de este trabajo, quien aplicó un programa de entrenamiento para padres en formato individual orientado a la madre del niño. La madre de este niño seleccionó los problemas del sueño (definición operacional 1 de la tabla 1) y las rabietas para su modificación. Para la primera conducta problema utilizó la técnica de ignorar y el RDO, y para la segunda una combinación de tiempo fuera y RDO al salir el niño del área de aislamiento. Como se observa en la figura 1, las conductas problema seleccionadas disminuyeron constantemente respecto a su frecuencia observada en línea base, hasta llegar cerca del nivel 0 de emisión. La disminución en la frecuencia de emisión de las dos conductas comenzó justo al inicio de la fase de enseñanza de técnicas operantes de modificación de conducta. A pesar de algunas diferencias de frecuencia en línea base entre las dos conductas, su evolución posterior fue

casi idéntica. Al llegar a la sesión 10, el RDO pasó de ser continuo a intermitente en un programa de razón fija 5 (en adelante RF), programándose un aumento semanal de la razón en cinco respuestas por reforzamiento.

*Caso 2 (niño; 4 años y dos meses).* Como el caso 1, el caso 2 estuvo en terapia individual con la segunda autora de este trabajo, aplicándose la misma estrategia de intervención. La madre de este niño seleccionó para modificar las conductas problema de desobediencia y problemas de alimentación (definición operacional 2 de la tabla 1). En ambos casos empleó una combinación de tiempo fuera y RDO. En la figura 2 puede observarse que las dos conductas siguieron una tendencia muy parecida a la del caso 1, con un fuerte decremento de ambas respecto a la frecuencia observada en línea base iniciado justo al

comenzar la fase del programa dedicado a la enseñanza de técnicas operantes de modificación de conducta. En la sesión 10 se inició un RF 5 para las conductas alternativas fomentadas mediante el RDO, programándose el aumento de la razón de respuestas por cada reforzamiento del mismo modo que en el caso 1.

*Caso 3 (niño; 14 años y 4 meses).* La madre de este niño escogió la modificación de las manifestaciones de afecto (su incremento) y la conducta caprichosa, así como las amenazas de suicidio. Respecto a esta última conducta, al observar su frecuencia de línea base se decidió desestimarla como conducta problema, dado que era mínima (0'3 de media semanal) y se hipotetizó que la modificación de la conducta caprichosa bastaría para reducir a cero su frecuencia, ya de por sí

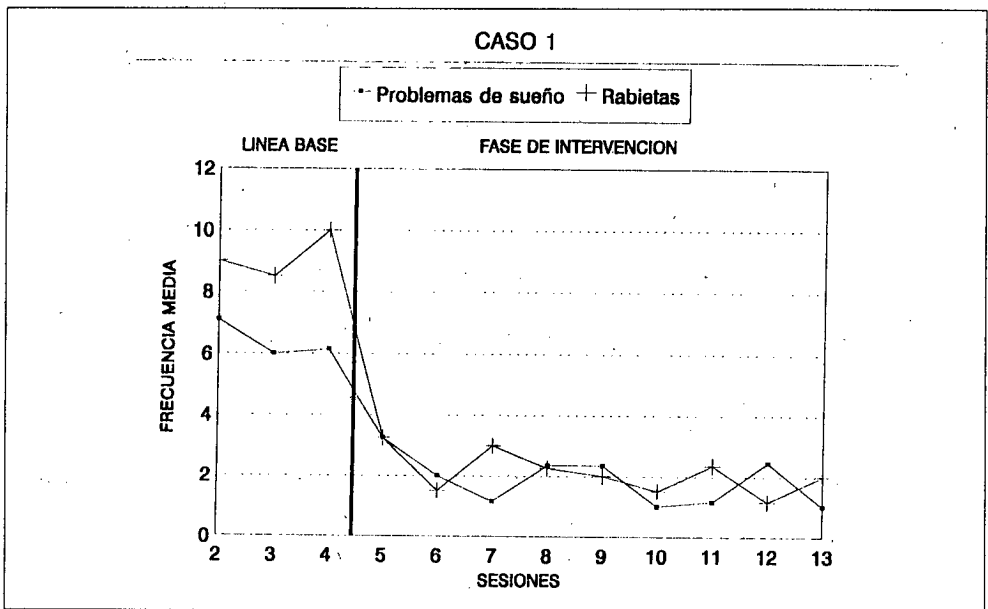


Figura 1. Evolución de las conductas seleccionadas para su modificación por la madre del caso 1.

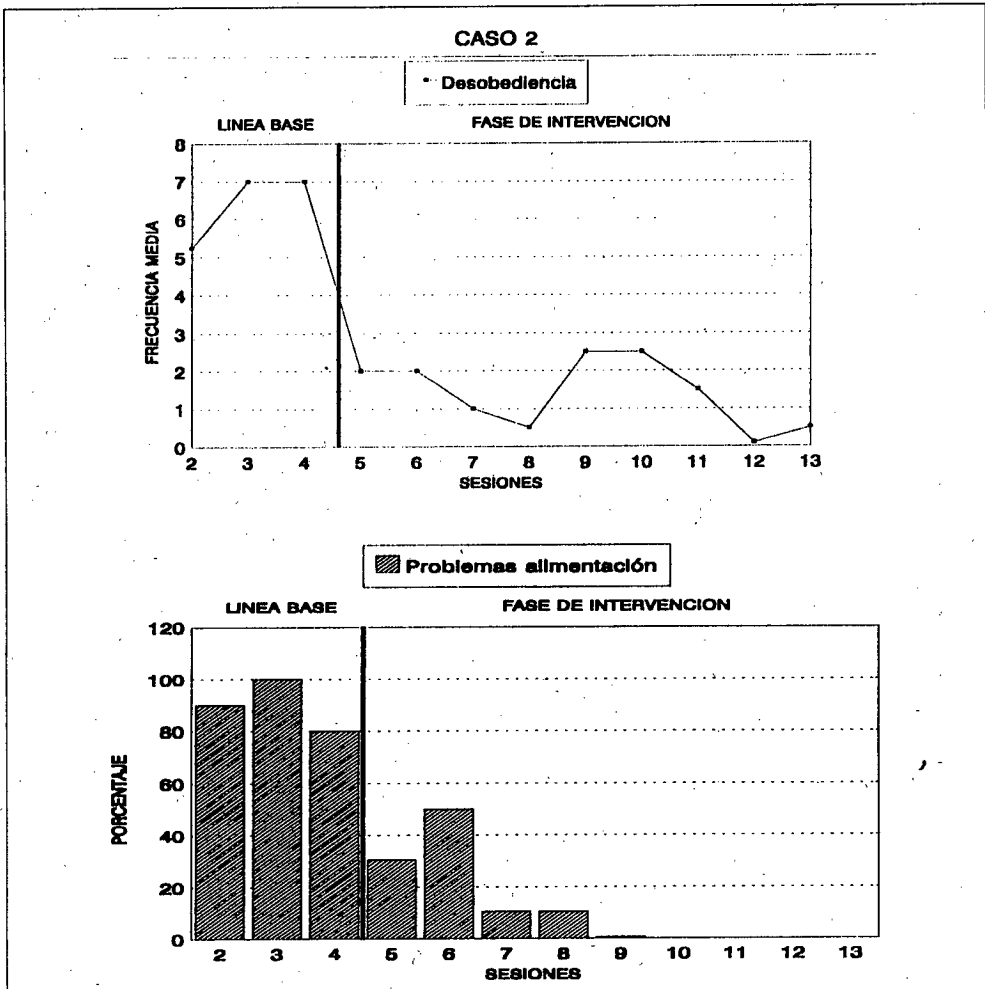


Figura 2. Evolución de las conductas seleccionadas para su modificación por la madre del caso 2.

muy baja. Para el aumento de la frecuencia de las manifestaciones de afecto empleó el reforzamiento positivo, y para la conducta caprichosa una combinación de la técnica de ignorar y el RDO, introduciéndose esta última técnica en la sesión 10. Al igual que en los casos 1 y 2, se observó en las dos conductas problema una modificación sustancial respecto a su frecuencia

observada en línea base (ver figura 3). Sin embargo y como se aprecia en la figura 3, la conducta caprichosa no disminuyó de forma apreciable hasta que a partir de la sesión 10 se introdujo el RDO. Al igual que en los casos 1 y 2 en la sesión 10 comenzó un programa de RF 5 para las manifestaciones de afecto, con un aumento de la razón de respuestas por cada reforzamiento y

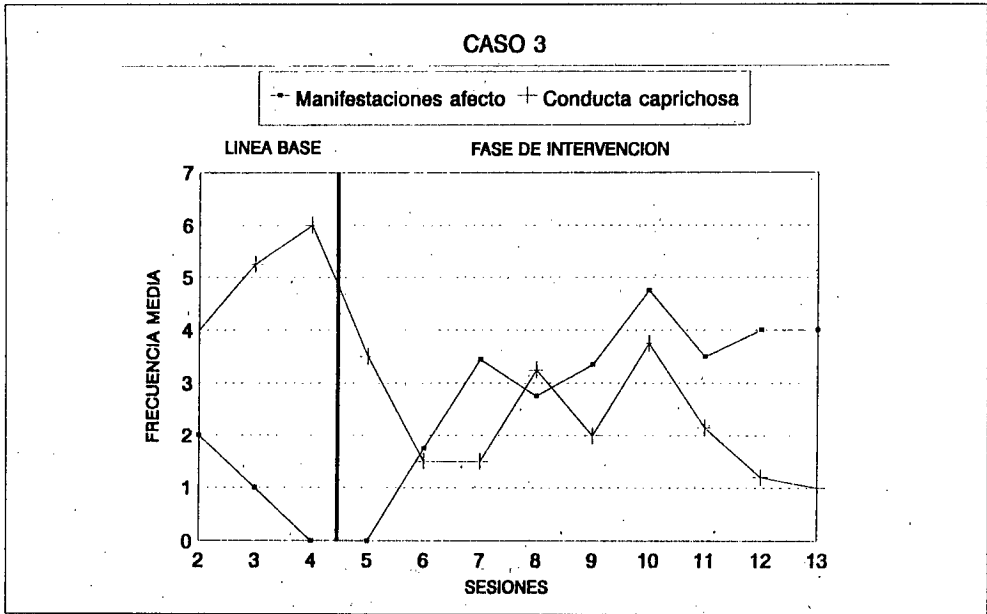


Figura 3. Evolución de las conductas seleccionadas para su modificación por la madre del caso 3.

una temporización idéntica a la de éstos casos. Se le dieron instrucciones a la madre de que iniciara el reforzamiento intermitente para la conducta caprichosa a partir de la sesión 13, siguiendo el mismo procedimiento que para las manifestaciones de afecto.

*Caso 4 (niña; 6 años y 5 meses).* Al inicio del programa la madre de esta niña escogió para su modificación las conductas problema de miedo y problemas de sueño (definición operacional 2 de la tabla 1). En la sesión 5 escogió otras dos conductas problema, la conducta negativista y la conducta de desorden, que fueron registradas hasta la sesión 7 para obtener un línea base. La madre cesó de registrar las dos últimas conductas en la sesión 12.

Para la modificación de las dos primeras conductas, la madre empleó el moldeamiento y el reforzamiento posi-

tivo en la conducta de miedo, y la técnica de ignorar para los problemas de sueño. La madre no utilizó para esta última conducta el RDO. Como se observa en la figura 4, ambas conductas comenzaron a disminuir discretamente respecto a los niveles alcanzados en línea base, con descensos bruscos y acelerados durante las sesiones 7 y 10. A partir de la sesión 10 las dos conductas volvieron al nivel de línea base a consecuencia de un acontecimiento vital fuertemente estresante en su familia, que hizo que la madre prestara menos atención a la conducta de su hija salvo en lo que se refiere a su registro.

Para la modificación de las conductas problema de negativismo y desorden, la madre empleó para la primera la técnica de ignorar y para la segunda el castigo positivo contingente. Como puede apreciarse en la figura 4, ambas conduc-

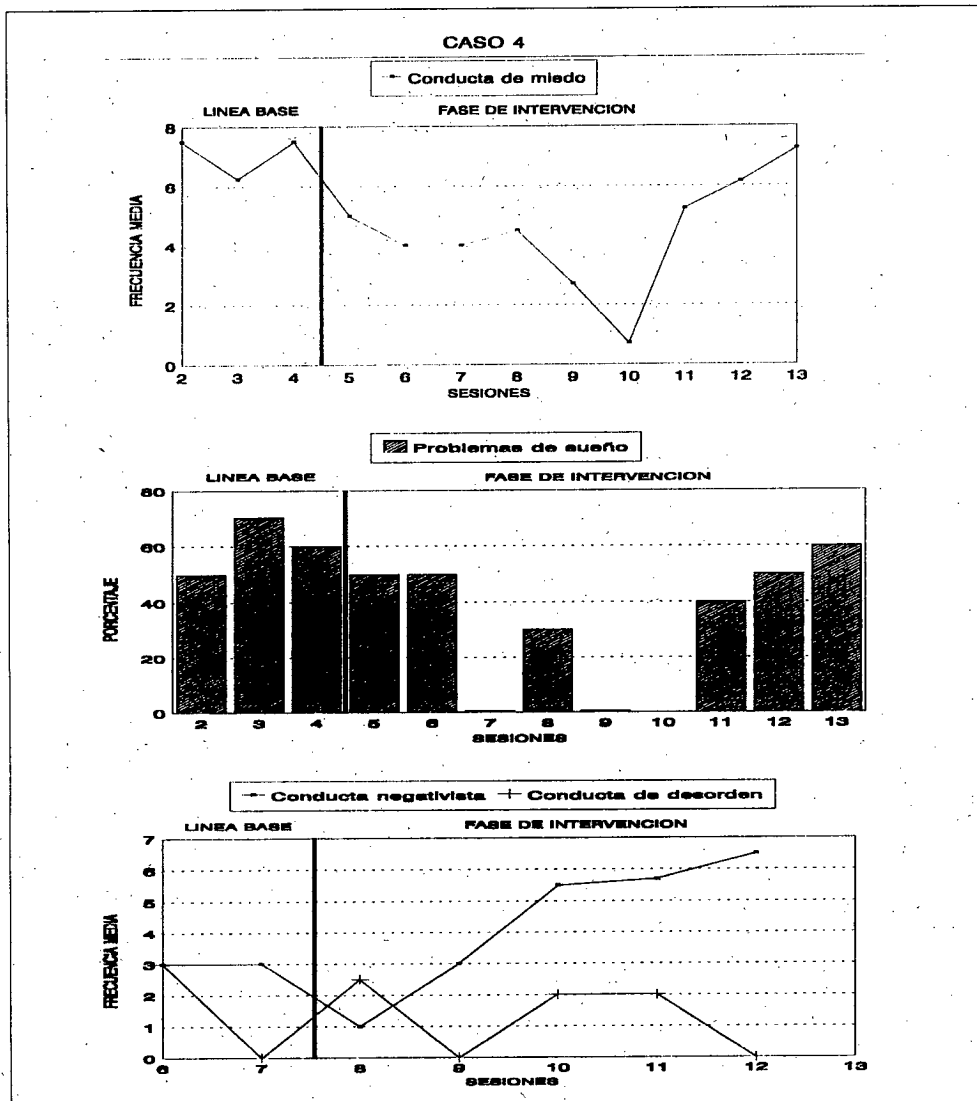


Figura 4. Evolución de las conductas seleccionadas para su modificación por la madre del caso 4.

tas mostraron una frecuencia muy baja durante la línea base. La conducta de desorden no fue prácticamente alterada cuando la madre intervino sobre ella pese a nuestras instrucciones al respecto de no intervenir. La conducta negativista aumentó su frecuencia con la introducción

de la técnica de ignorar, mostrando al final del programa un aumento de más del 50% respecto a su frecuencia observada en línea base. Al igual que con la conducta de desorden, aconsejamos a la madre que no realizara ninguna intervención específica sobre esta conducta.

La madre decidió intervenir porque refería que la conducta negativista era acompañada de otras conductas tales como chillar y patear. No parecía que otras conductas ocurrieran de forma concurrente con la conducta de desorden, y ésta era precedida por la ausencia de instrucciones de la madre para que la niña ordenara su cuarto.

Ante los resultados observados en las cuatro conductas problema, no se programó el inicio del mantenimiento del cambio conductual con reforzamiento intermitente de razón. Estos resultados nos llevaron a recomendar no proceder al alta en este caso al final del programa en la sesión 13; la madre sin embargo prefirió el alta, explicando los resultados obtenidos en base al estresor que comenzó a operar en la sesión 10.

*Caso 5 (niño; 13 años y 10 meses).* La madre de este niño seleccionó para su modificación la conducta de desorden y los problemas de sueño (definición operacional 2 de la tabla 1). Inicialmente intentó modificar estas conductas mediante instrucciones y argumentos a su hijo, presentando diversos problemas a la hora de aplicar las técnicas entrenadas. Por ejemplo, aunque intentó aplicar la técnica de ignorar para los problemas de sueño en una ocasión, acabó cediendo finalmente a las peticiones de su hijo de que subiera con él a la habitación a acostarlo. La madre refería que «(...) me da pena porque no sé si tendrá miedo de acostarse sólo».

A partir de la sesión 6 y una vez resueltas sus dificultades, utilizó además el reforzamiento negativo para la conducta de desorden, y la técnica de ignorar para los problemas de sueño, sin abandonar del todo las instrucciones. En ambas

conductas problema la madre empleó también el RDO. Como puede observarse en la figura 5, la conducta de desorden comenzó a disminuir en frecuencia de emisión respecto a la línea base con el uso del procedimiento de las instrucciones, mientras que los problemas de sueño no sufrieron modificación alguna. A partir de la sesión 6, comenzó una disminución lenta pero constante de los problemas de sueño, así como una aparente estabilización de la conducta de desorden en su tendencia a la disminución (faltan datos de las sesiones 7 y 8). No se programó a corto plazo el inicio del reforzamiento intermitente por considerar que éstas modificaciones no estaban consolidadas, aunque a la madre se le dieron instrucciones explícitas para que lo hiciera más adelante, siguiendo el mismo procedimiento que en los casos 1, 2 y 3.

Las transcripciones de las sesiones arrojaron diversos datos referidos a las cinco madres que completaron el programa:

1. Todas las madres estaban satisfechas de los resultados y tendían a normalizar la conducta de sus hijos y a sentirse más competentes para controlarla. P.ej., la madre del caso número 5 comentaba en la sesión 13, en la que finalizó el programa y se procedió al alta, que: «(...) ahora me siento mucho más segura para educar a mi hijo, no como antes. Veo que hay cosas que pueden cambiar, y que yo puedo hacerlo. Ya sé algunas cosas útiles». La madre del caso 4 realizó también comentarios en este sentido, refiriendo en la última sesión que los datos adversos de las conductas problema de su hija no la desmoralizaban, interpretándolos como producto del acontecimiento vital referido en la sesión 10.

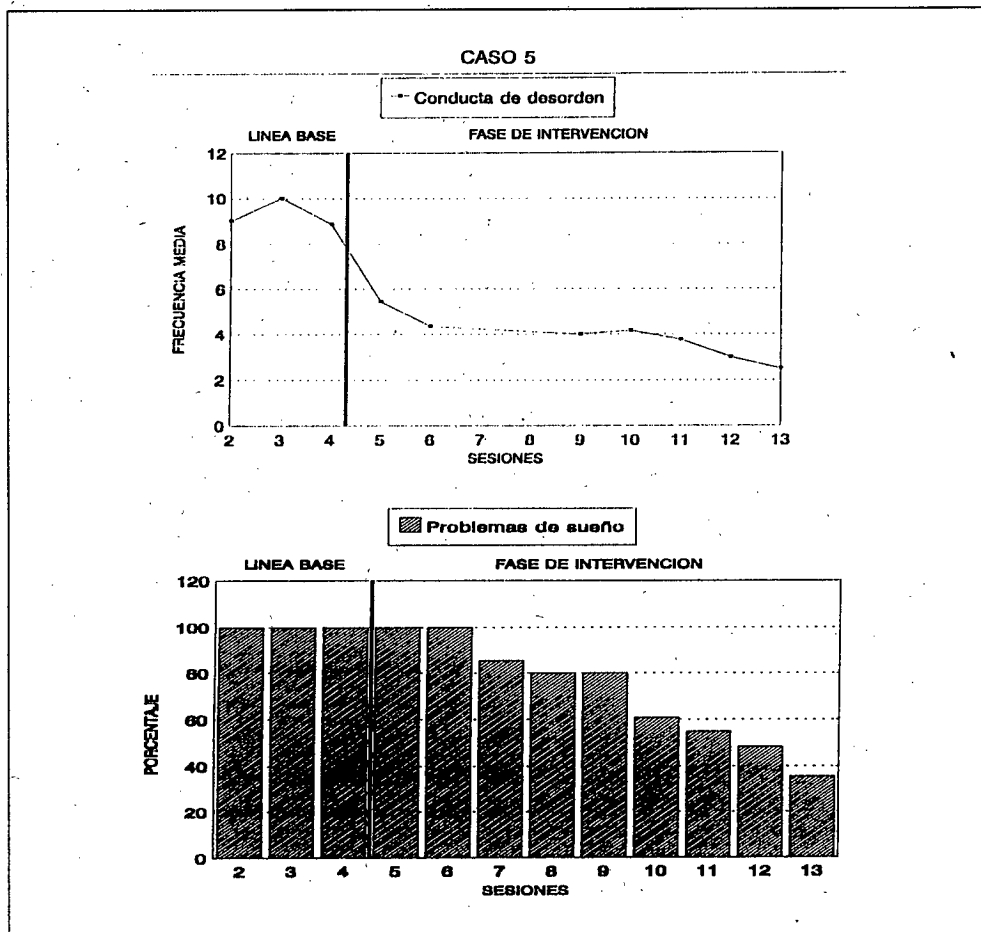


Figura 5. Evolución de las conductas seleccionadas para su modificación por la madre del caso 5.

2. A partir de la sesión 9 todas las madres salvo la del caso 4 aplicaban reforzamiento positivo a conductas cuya frecuencia deseaban aumentar, tales como dar manifestaciones de afecto, ayudarlas en algunas tareas domésticas, o hacer un dibujo de ellas. Este componente técnico, aunque instruido al principio del programa, no fue programado explícitamente. Asimismo, los componentes de habilidades de comunicación que fueron entrenados mediante el mo-

delado y los ensayos de conducta a partir de la sesión 6 (pedir al otro un cambio de conducta y hacer peticiones) comenzaron a ser aplicados por la madre del caso 5, pese a que este componente fue introducido en el programa de un modo puntual y no sistemático. No se observó este resultado en las otras cuatro madres.

3. A partir de la sexta sesión del programa las madres comenzaron a hablar de sus problemas diarios en la casa y de su falta de incentivos en muchas ocasio-

nes, relacionando las conductas problema de sus hijos con sus propias dificultades vitales como antecedentes de dichas conductas. Estos comentarios fueron elicitados por el terapeuta durante esta sesión, mediante un señalamiento en el que relacionó las conductas del hijo de la madre del caso 5 con sus problemas cotidianos. A partir de este episodio, las demás madres comenzaron a verbalizar también sus dificultades. Esta tendencia de las madres a comentar sus propias dificultades y relacionarlas con los problemas de conducta de sus hijos, se mantuvo hasta el final del programa. Las dificultades que más comentaron las madres fueron: a) su rol exclusivo de amas de casa; b) escasa atención por parte de sus maridos hacia ellas y su trabajo; c) sentimientos frecuentes de tristeza, ansiedad y vacío; d) sensación de que su trabajo es inútil y no valorado; e) falta de comunicación con sus cónyuges; y f) soledad. Fueron las madres de los casos 5, 3 y 4, por este orden decreciente, quienes efectuaron el mayor número de comentarios sobre sus dificultades cotidianas.

4. Durante todo el programa, pero especialmente en las seis primeras sesiones, el desarrollo de cada sesión no estuvo libre de conflictos. La mayoría de las madres interrumpía constantemente nuestro trabajo y el del grupo con preguntas referidas al caso de su propio hijo, o con comentarios en los que ilustraba algún episodio conductual problemático con éste. Ninguna de estas intervenciones fue adecuada, tanto por el contexto y el momento en el que se llevaron a cabo, como por la demanda que se realizaba, constituyendo conducta verbal que demandaba nuestra atención así como respuestas rápidas en

forma de «recetas» para su problema. Muchas de nuestras intervenciones solían producir comentarios y cuchilleos en voz baja en los que cada madre comentaba con las más próximas los problemas de su hijo. Esta conflictividad fue cediendo paulatinamente, comenzando su disminución a partir de la sesión 6. Hicimos frente a estas interrupciones constantes utilizando peticiones de cambio de conducta y respuestas asertivas, así como reforzamiento positivo diferencial. En alguna ocasión aislada con la madre del caso 5, fue necesaria la aplicación de la retirada de atención, dada la gran cantidad de ocasiones en las que perturbó la dinámica de las sesiones.

Tres años después de finalizado el programa, una de las madres que lo abandonó por motivos desconocidos volvió a consultar al ESMD con un motivo de consulta idéntico (llegar tarde a casa, conducta de desorden y baja frecuencia de manifestaciones de afecto) poniéndose de manifiesto una relación muy negativa madre-hijo basada casi en exclusiva en el castigo verbal positivo. Al realizar una exploración más completa del caso detectamos en el niño sentimientos de tristeza y conductas de llamada de atención, consistentes en robos de material escolar en su colegio, que habían motivado que fuera expulsado durante un mes. El caso fue derivado a la Unidad de Salud Mental Infantojuvenil de Granada. La madre del caso 4 volvió a consultar año y medio después por motivos similares a los de la primera vez (miedo a desplazarse por la casa a no ser en compañía de un adulto), poniéndose de manifiesto, al igual que en el anterior caso, una relación madre-hija basada principalmente en el castigo posi-



tivo verbal y no verbal. El resto de los casos no han vuelto a consultar al ESMD.

## **Discusión**

En líneas generales podemos concluir que la primera experiencia de nuestro programa de entrenamiento en modificación de conducta para padres mostró una efectividad satisfactoria, si tenemos en cuenta dos datos. En primer lugar, la intervención con las cinco madres que completaron el programa nos supuso 16'9 horas (sin contar el tiempo dedicado a la evaluación y la realización del análisis funcional de la conducta de cada caso), frente a las 84'5 horas de trabajo que hubiera supuesto el mismo tipo de intervención, con el mismo número y duración de las sesiones, en formato individual. Con mayor número de participantes, el tiempo dedicado a la intervención en formato de grupo *versus* individual hubiera crecido exponencialmente a favor del primero. En el contexto actual del Sistema Nacional de Salud este dato es de suma importancia, ante el volúmen de la demanda de asistencia y la deficiente política de actuaciones preventivas, lo que obliga a economizar el tiempo disponible para la asistencia y otras actividades del modo más racional posible. En segundo lugar, la efectividad conseguida en los cinco casos que completaron el programa fue del 80%, mantenida tres años después del alta, lo que nos indica que en líneas generales y pese a algunas limitaciones del procedimiento de intervención utilizado, este tipo de intervención resulta adecuado en términos de efectividad en el contexto de un ESMD.

Sin embargo, esta conclusión debe matizarse ante el alto porcentaje de aban-

dono encontrado. Los comentarios de algunos autores sobre la satisfacción de los padres con sus programas (p.ej., Baker, Brighman, Heifetz y Murphy, 1978; Rinn y Markle, 1981) no nos permitían esperar este hallago. Hipotetizamos, en base a las expectativas de las madres respecto a la escuela (eliminación radical de las conductas problema de sus hijos), y de nuestra conducta al hacer frente a la conflictividad intrasesión (respuestas asertivas, peticiones de cambio de conducta, y reforzamiento diferencial), que al menos 6 de las madres que abandonaron el programa no encontraron satisfechas sus expectativas. Al exigir respuestas rápidas y encontrar como consecuencia una respuesta terapéutica no esperable por las prácticas conductuales y sanitarias imperantes en nuestro distrito de actuación, es posible que las madres no se sintieran «escuchadas». Hay que tener en cuenta que la conducta asertiva, tal y como es utilizada en el contexto terapéutico, posiblemente no se adapte linealmente a las características socioculturales de nuestro entorno. Si a esto le unimos que la espera de una respuesta terapéutica rápida y radical implica un modelo de enfermar pasivo en el que el problema de salud es ocasionado por agentes extraños al sujeto, nuestra hipótesis parece plausible.

En cuanto a los efectos del procedimiento de intervención utilizado con las cinco madres que completaron el programa, se observaron efectos múltiples y complejos que no se restringieron exclusivamente a las conductas problema seleccionadas para su modificación. Estos resultados mostraron además una importante variabilidad interindividual en los tres procedimientos de evaluación empleados.

La administración posttest del *Cuestionario de Evaluación de la Escuela de Madres* en las cinco madres que completaron el programa, mostró en general un efecto positivo del procedimiento de intervención empleado, con una reducción del porcentaje de respuestas erróneas muy importante respecto a su administración pretest, en las tres categorías de respuesta que recoge. Un análisis más detallado de los cuestionarios individuales, mostró diferencias interindividuales importantes en las categorías de respuesta de uso de etiquetas verbales negativas y habilidades de descripción de contingencias. Tales diferencias mostraban que las cinco madres que finalizaron el programa exhibieron patrones de cambio diferentes.

Estos patrones de cambio quedaron reflejados en los registros de las conductas problema seleccionadas para su modificación. Aunque el procedimiento de intervención empleado fue efectivo en cuatro de las cinco madres que finalizaron el programa, los efectos obtenidos mostraron diferencias en velocidad y tendencia de cambio. Así, en los casos 1 y 2 el efecto de los procedimientos de modificación de conducta empleados por las madres fue rápido, adoptando pronto una clara tendencia lineal descendente. En los casos 3 y 5, este efecto fue más lento y discreto al principio, existiendo mayor variabilidad en las conductas problema tratadas. En el caso 3, la conducta caprichosa no mostró una clara tendencia a la disminución hasta llegar a la sesión 11, a consecuencia de un progresivo y variable ascenso de frecuencia entre las sesiones 8 y 10. En el caso 5, los problemas de sueño iniciaron su disminución a partir de la sesión 6, manteniéndose la tendencia a la

disminución lenta pero constante, hasta el final del programa. Estas diferencias en cuanto a la velocidad de cambio podrían deberse a las dificultades de estas madres para aplicar las técnicas de modificación de conducta entrenadas durante el programa. En el caso 4 sólo se observó tendencia a la disminución en las conductas problema de miedo y problemas de sueño. Esta tendencia no se mostró resistente a la retirada brusca de las técnicas aplicadas a partir de la sesión 10. Asimismo, las conductas problema de negativismo y desorden no sólo no cambiaron, sino que en el caso de la conducta negativista se produjo un incremento paradójico en su frecuencia de emisión. Esta tendencia, así como las transcripciones de las respuestas de esta madre en la fase de revisión de tareas de cada sesión, revelaba la no aplicación de RDO, y el empleo del reforzamiento positivo limitado en exclusiva a la conducta de miedo.

En cuanto a las transcripciones de las sesiones, los datos obtenidos nos parecen claves para entender la naturaleza múltiple de los cambios observados, y cómo las diferencias interindividuales entre las madres contribuyeron a producir tales efectos en contacto con el procedimiento de intervención empleado. Un resultado muy interesante lo constituyó el hecho de que las madres de los casos 1, 2, 3 y 5 comenzaran a aplicar el procedimiento de reforzamiento positivo desde la sesión 9, sin haber sido programado explícitamente. Aunque esta técnica tan importante fue instruida durante el programa, su aplicación no fue explícitamente programada por nosotros durante la asignación de las tareas para casa. En los casos 1 y 2, es posible que esta transferencia se produjera como consecuencia de la historia previa

de contacto con procedimientos conductuales. Sin embargo esta hipótesis basada en la historia previa de las madres no nos parece adecuada, dado que las madres de los casos 3 y 5 sin una historia previa de contacto con procedimientos conductuales mostraron también esta transferencia.

En relación con este dato, otros resultados de las transcripciones de las sesiones nos resultan reveladores. En primer lugar, la tendencia de las madres a partir de la sesión 6 a comentar sus problemas derivados del rol de amas de casa, y relacionarlos con las conductas problema de sus hijos. En segundo lugar, la disminución concurrente en la conflictividad dentro de las sesiones, que comenzó también a partir de esta sesión.

Estos efectos se produjeron a partir de un señalamiento sobre la conflictividad que mostraba la madre del caso 5 durante la sesión 6. Se hipotetizó que esta conflictividad podía estar relacionada con problemas de esta madre en su vida cotidiana, relacionados a su vez con su tendencia a considerar anormal la conducta de su hijo. Este señalamiento produjo el efecto hipotetizado, reconociendo la madre esta relación antecedente entre su conducta y la de su hijo. A partir de ahí, el resto de las madres comenzaron a comentar sus propias dificultades, siendo animadas a ello por nosotros pese a que nos alejamos de los objetivos programados para la sesión 6. Esta tendencia prosiguió hasta el final del programa y fue acompañada por comentarios de las madres de los casos 1, 2, 3 y 5, que tendían a normalizar la conducta de sus hijos al ponerla en relación con la propia como antecedente.

Tal relación entre los estilos de vida de las madres y las conductas problema de

sus hijos no es de extrañar, vistos los datos de que disponemos sobre el denominado *síndrome del ama de casa* en nuestro distrito sanitario de actuación (Roldán Maldonado, Almeda Sánchez, Sánchez Casado, Carrascoso López y Alonso Briales, 1992; Roldán Maldonado y Carrascoso López, 1993; Roldán Maldonado y Fernández Santiago, 1993). Asimismo, y en un contexto diferente, McMahon (1991) muestra en su revisión como diversos autores han programado explícitamente módulos de entrenamiento para resolver problemas familiares, que consumen hasta un 30% del tiempo en sus programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta. De este modo los estilos de vida familiares se convierten en un objetivo clave en cualquier programa de modificación de problemas de conducta, por su doble condición de contexto y de problema concurrente con éstos.

Ante esta relación entre los estilos de vida de las madres y los problemas de conducta de sus hijos, uno de los cambios que debemos introducir en futuras aplicaciones de este programa, es modificar nuestro propio modo de ejecutar y concebir el análisis funcional de la conducta. Ante la fuerte interdependencia observada entre las conductas de madres e hijos, no podemos seguir centrandolo exclusivamente el análisis funcional de la conducta en la identificación formal de operantes referidas por los padres como problemáticas. Proceder de este modo *en exclusiva*, implica aceptar el supuesto de independencia de conductas implícito a menudo en los programas de entrenamiento de padres. Según este supuesto la conducta siempre es organizada por y dependiente de, una variable indepen-

diente externa tal como el reforzamiento (Delprato, 1986). Sin embargo, creemos que nuestros resultados indican lo contrario: muestran que la conducta de los niños no es un *locus* de confluencia, sino que constituye un elemento *en una interacción inseparable con la conducta de sus padres y el contexto donde estas interacciones tienen lugar*.

Siguiendo con estas reflexiones, centrar la intervención en las operantes identificadas formalmente teniendo como eje exclusivo o locus de emisión al niño, nos parece un proceder excesivamente limitado. Aunque los programas de entrenamiento para padres contemplan su conducta en relación a la de sus hijos a nivel teórico como un factor que contribuye a su socialización y desarrollo psicológico, la plasmación operacional de este postulado no resulta enteramente satisfactoria. Al ser tratada la conducta de los padres como segmentos de estímulos antecedentes y consecuentes, el niño se transforma en un locus de confluencia de tales variables de control. Por ello cuando se entrena a los padres, la consideración de su conducta en relación a la de sus hijos sólo se hace en referencia a la aplicación de las técnicas entrenadas y sus resultados; es decir, se la trata desde un punto de vista exclusivamente técnico, como una variable que puede contaminar los resultados u obstaculizar la implementación adecuada de un procedimiento.

Como consecuencia, sería muy conveniente flexibilizar en mayor medida el diseño y la programación de futuras intervenciones de este tipo, teniendo en cuenta los mencionados datos de que disponemos de otros programas de in-

tervención en marcha en nuestro distrito. Así, nuestro trabajo sobre los problemas de conducta en la infancia no quedaría descontextualizado de otras líneas de trabajo como las ya descritas en otro lugar (Roldán Maldonado y Carrascoso López, 1993). Lo que por otra parte permitiría diseñar más adelante la diseminación de este programa por nuestro distrito de un modo relevante a su realidad sociocultural y los recursos propios de que dispone para la solución de estos problemas. Del mismo modo, dada la economía de tiempo y esfuerzo que supone el entrenamiento de padres en formato de grupo, no sería excesivamente problemático ni costoso diseñar estas modificaciones.

## Referencias

- ALVAREZ PILLADO, A., ALVAREZ MONTESERIN, M.A., CAÑAS MONTALVO, A., JIMENEZ RAMIREZ, S., y PETIT PEREZ, M.J. (1990). *Desarrollo de las habilidades sociales en niños de 3-6 años. Guía práctica para padres y profesores*. Madrid: Visor-Aprendizaje.
- BAKER, B.L., BRIGHTMAN, A.J., HEIFETZ, L.J. y MURPHY, D.M. (1978). *¿Cómo enseñar a mi hijo? Problemas de conducta*, 4. Madrid: Pablo del Río Editor.
- BIJOU, S.W. (1994). *Behavior analysis of child development*. Reno: Context Press (tercera edición).
- BLACKMAN, G.J. y SILBERMAN, A. (1971). *Cómo modificar la conducta infantil*. Buenos Aires: Kapelusz (trad. cast., 1973).
- DELPRATO, D.J. (1986). Response patterns. En H.W. Reese y L.J. Parrott (Eds.). *Behavior science: Philosophi-*

- cal, methodological and empirical advances (61-114). Hillsdale (NJ): LEA.
- DUMAS, J.E. (1989). Treating antisocial behavior in children: Child and family approaches. *Clinical Psychology Review*, 9, 197-222.
- FOREHAND, R. y McMAHON, R.J. (1981). *Helping non compliant child: a clinician's guide to parent training*. Nueva York: Guilford Press.
- KAYE, K. (1982). *La vida mental y social del bebé. Cómo los padres crean personas*. Barcelona: Paidós (trad. cast., 1986).
- KAZDIN, A.E. (1985). *Tratamiento de la conducta antisocial en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca (trad. cast., 1988).
- McMAHON, R.J. (1991). El entrenamiento de padres. En V.E. Caballo (Comp.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (445-471). Madrid: Siglo XXI.
- PEINE, H.A. y HOWARTH, R. (1975). *Padres e hijos. Problemas cotidianos de conducta*. Madrid: Siglo XXI (trad. cast., 1979).
- PEREZ PAREJA, F.J. (1991). Evaluación de un programa de modificación de conducta: su utilidad en la prevención primaria y en educación para la salud. En G. Buela-Casal y V.E. Caballo (Comps.). *Manual de psicología clínica aplicada* (493-532). Madrid: Siglo XXI.
- PEREZ PAREJA, F.J. (1993). Descripción de variables conductuales y su relación con la prevención inespecífica en niños en edad escolar (EGB). En F.X. Méndez, D. Maciá y J. Olivares (Eds.). *Intervención conductual en contextos comunitarios. I. Programas aplicados de prevención* (251-288). Madrid: Pirámide.
- PINEDA FLORES, L.A., LOPEZ RESENDIZ, M.A., TORRES GUTIERREZ, N. y ROMANO, H. (1987). *Modificación de conductas-problema en el niño. Programa de entrenamiento para padres*. México, D.F.: Trillas.
- RINN, R.C. y MARKLE, A. (1981). *Paternidad positiva. Modificación de conducta en la educación de los hijos*. México, D.F.: Trillas.
- ROLDAN MALDONADO, G.M., ALMEDA SANCHEZ, N., SANCHEZ CASADO, A., CARRASCOSO LOPEZ, F.J. y ALONSO BRIALES, P. (1992). Una experiencia de intervención con mujeres en un medio comunitario. *Comunicación a las Primeras Jornadas de Intercambio entre Equipos de Salud Mental*. Ronda (Málaga).
- ROLDAN MALDONADO, G.M. y CARRASCOSO LOPEZ, F.J. (1993). El abordaje comunitario en un Equipo de Salud Mental de Distrito: una intervención psicosocial con mujeres. *Apuntes de Psicología*, 38-39, 83-96.
- ROLDAN MALDONADO, G.M. y FERNANDEZ SANTIAGO, M.C. (1993). Intervención cognitivo-conductual en un grupo de amas de casa con problemas ansioso-depresivos. En A. Maciá, F.X. Méndez y J. Olivares (Comps.). *Intervención psicológica: Programas aplicados de tratamiento* (45-78). Madrid: Pirámide.
- SULZER-AZAROFF, B. y ROY, G. (1983). *Procedimientos del análisis conductual aplicado en niños y jóvenes*. México, D.F.: Trillas.