

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



0297773

“DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN EN SALUD COMUNITARIA”

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

BRAVO ROJAS CLAUDIA

Y

VELÁZQUEZ REYES MARISOL

DIRECTOR DE TESIS:

FERNANDO P. VAZQUEZ PINEDA

SINODALES:

MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO

MTRO. ISAAC SELINGSON N

LIC. NOEMÍ BARRAGÁN TORRES

LIC. LETICIA ECHEVERRÍA SAN VICENTE.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

MÉXICO, D.F.



OCTUBRE DEL 2001.

EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGÍA.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

GRADECIMIENTOS

Licenciado Fernando Vázquez Pineda, cuyas aportaciones hicieron posible la planeación y el perfeccionamiento de esta investigación.

as licenciadas Noemi Barragán y Silvia Morales; por su eficaz y generosa dedicación en el presente estudio.

a doctora Ernestina Jiménez y a los licenciados Ernesto Lima y Víctor Avellaneda, en cuyo encuentro descubrimos el e y la magia de la amistad.

as profesoras del Centro de Atención Infantil Comunitaria CAIC, por su valiosa colaboración.

PROBETEL, cuyo apoyo económico permitió la realización de la presente tesis.

nuestras familias, que nos acompañaron durante nuestro proceso educativo y siempre nos respaldaron.

todos aquellos que de una manera u otra colaboraron con nosotros en la redacción y en la revisión de esta tesis, con gerencias o apoyo.

DEDICATORIA

Con mucho cariño dedico esta tesis a la memoria de mi abuelo Jesús, quien me enseñó la esencia del verdadero amor, gracias por ser mi guía desde el cielo.

A mi abuela Sara, quien le da sentido a mi vida, con todo su cariño y apoyo incondicional.

A mi familia, Christopher, Stephania, Jonathan, Marina y Alfredo, por todos los momentos felices que hemos compartido.

A todas las personas especiales que he encontrado en mi camino, por brindarme su amistad y compartir conmigo sus sueños e ilusiones.

Especialmente a Dios por que siempre he sentido tu presencia en los momentos difíciles, gracias por cuidarnos y ayudarnos a cumplir nuestras metas.

Marisol Velázquez Reyes

A Dios, que me brinda salud y me enseña el camino para seguir siempre adelante.

A mis papás, Juan y Alma Luz y mis hermanos y cuñado(a)s, Ale, Juan, Julio, Jorge, Miguel y Rosa, Vero, Malena y go, que me han apoyado y respaldado para llegar hasta aquí.

A Jorge y Vero, que me han apoyado en todo momento durante mi vida de estudiante.

A mi flaco que siempre esta presente en mi corazón.

A Rosa (junto con erick) muy especialmente, que me has apoyado incondicionalmente como hermana y como amiga.

A mis amigas de la Tuna, que juntas hemos compartido y aprendido a vivir mirando hacia delante.

A mis amigos y compañeros, que de alguna u otra manera me han ayudado durante mi carrera.

Claudia Bravo Rojas

INDICE

	Página
1. Resumen	VI
2. Introducción	1
CAPÍTULO I "PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD"	
1.1: Definición	4
1.2: Estilos de vida saludables	5
1.3: Prevención primaria de la salud	7
1.4: Psicología de la salud comunitaria	8
CAPÍTULO II "LA AGRESIÓN Y SUS IMPLICACIONES EN LA DELINCUENCIA JUVENIL"	
2.1: Desarrollo de la agresión infantil	11
2.2: Algunos factores que inciden en la génesis de la agresión	13
2.3: Antecedentes y desarrollo del programa de Entrenamiento a Padres	14
2.4: Algunas aplicaciones del programa de Entrenamiento a Padres	16
MÉTODO FASE I "DIAGNÓSTICO COMUNITARIO"	
Comunidad	21
Instrumentos	
Procedimiento	

INDICE

	Página
FASE II "INTERVENCIÓN COMUNITARIA"	24
Sujetos	
Escenario	
Materiales	
Instrumentos	
Confiabilidad	
Variables	
Diseño	
Procedimiento	
RESULTADOS	31
FASE I "DIAGNÓSTICO COMUNITARIO"	
FASE II "INTERVENCIÓN COMUNITARIA"	34
Madres	
Niños	
Cuestionario de satisfacción	
Análisis de resultados	
DISCUSIÓN	46
CONCLUSIÓN	50
REFERENCIAS	52
ANEXOS	56
GLOSARIO	99

RESUMEN

El propósito de la presente investigación fue realizar un diagnóstico y una intervención dentro del campo Psicología la Salud Comunitaria. Se trabajó en el AGEB 100-1 de la delegación Coyoacán, perteneciente a la colonia Pedregal Santa Ursula. En el diagnóstico se realizó un mapeo ecológico, que incluyó la ubicación de calles, servicios en la comunidad y nivel socioeconómico, entre otros. Se aplicaron un conjunto de estrategias siguiendo la guía del modelo de iniciativas comunitarias (Fawcett, 2000); y una batería de cuestionarios y pruebas en la que participaron 157 personas de 15 a 73 años, las cuales fueron seleccionadas de grupos ya formados dentro de la comunidad, el objetivo fue detectar las necesidades de salud sentidas y reales. Se obtuvo como resultado principal un alto nivel de pandillerismo, consumo de drogas y asaltos. Con base en estos resultados, se realizó una intervención a nivel preventivo para la disminución de la conducta agresiva infantil. De acuerdo a Patterson (1982) y Reid (1993) una alternativa para romper con conductas antisociales como el pandillerismo o la delincuencia en general, es tratar a niños con problemas de conductas oposicionistas, por lo que se aplicó el programa de Entrenamiento a Padres - este tiene como bases del tratamiento el análisis funcional, juego de roles, monitoreo y retroalimentación -. El programa se aplicó de manera grupal en el Centro de Atención Infantil Comunitario, perteneciente a la zona, participaron 10 diadas madre-hijo y 3 maestras de escuela de procedencia de los niños. La edad de los menores comprendió un rango entre 3.10 a 4.10, presentaron conductas de desobediencia, agresión, berrinches, amenazas y gritos constantes, entre otros. Se utilizó un diseño ABA para observar la efectividad del tratamiento. Los instrumentos empleados fueron: Entrevista Inicial, Cuestionario de Probabilidad y Obediencia (CPO), Escala de Ambiente Social y Familiar (FES), Sistemas de Observación y Registro y cuestionarios de Satisfacción. Se trabajó en 11 sesiones, 3 de línea base, 5 de tratamiento, y 3 de seguimiento. Los resultados de esta fase mostraron un aumento en las estrategias de disciplina por parte de las madres, un descenso en conducta inadecuada del menor, así como un aumento de sus conductas prosociales y una mejor comunicación familiar, a su vez, se percibió una aceptación al programa y al beneficio que este ofrece. Se observó que al emplear el modelo de iniciativas comunitarias, se obtiene una gran flexibilidad para realizar el diagnóstico y la intervención comunitaria, ya que toma en cuenta los diferentes contextos y estilos de vida de la población. A su vez, las estrategias de intervención empleadas a nivel preventivo tuvieron un impacto dentro de la colonia, ya que el capacitar a personas que viven o trabajan dentro de la comunidad, ayudo a crear una nueva perspectiva y mejorar su calidad de vida; por lo tanto, se concluye que se requiere cada vez más del conocimiento y trabajo del psicólogo en la prevención de la salud comunitaria, en conjunto con los líderes comunitarios, las instituciones y otros profesionales de la salud.

Entre otras grandes disciplinas que han contribuido al estudio del proceso salud-enfermedad; se encuentran la epidemiología y la Psicología. Esta última, es definida como "*La ciencia de la conducta humana y animal*" (Cabrera, 1989). La principal aportación de esta disciplina, ha sido la creación de programas comportamentales que modifican los estilos de vida, asociados con la pérdida de la salud.

Ribes (1990), afirma que el estudio de la Psicología en el área de la salud es relativamente nula, ya que hasta hace unos años la labor del psicólogo en este ámbito; se realizaba a través de incursiones en instituciones del sector salud, laborando en la selección de personal o como ayudantes en el área de salud mental, bajo la supervisión de un psiquiatra. Sin embargo esto ha cambiado en la actualidad; ya que de acuerdo con Reig, Rodríguez y Mirá (1987), algunos factores están posibilitando la incorporación y el desarrollo de la Psicología en el campo de la salud, de estos factores se destacan:

- > La ampliación del concepto de salud como un derecho básico que incluye su prevención y promoción.
- > El cambio radical de las tasas de morbilidad y mortalidad, las cuales han empezado a considerar que lo importante no es lo que la gente tiene, sino lo que hace; permitiendo así que la investigación tenga un enfoque psicosocial.
- > La aparición, desarrollo y aplicación del análisis funcional de la conducta en la terapia del comportamiento; lo cual ha abierto la posibilidad de complementar la interacción biomédica con la psicológica.
- > Un replanteamiento del tema de sanidad, que inserta a la disciplina psicológica, que coadyuva a mejorar la relación costo-utilidad y su calidad.

Estos factores también contribuyeron a la aparición de nuevas interdisciplinas dentro del campo de la Psicología entre las que podemos mencionar: la Psicología Clínica, la Medicina Conductual y la Psicología de la Salud; esta última por ser de gran interés para nuestra investigación, será descrita a continuación.

La Psicología de la Salud, nació en la República de Cuba en 1969, como área científica (Videla, 1991); concretamente, el término Psicología de la Salud se ha utilizado, desde finales de la década de los setenta, para denominar la actividad de la Psicología y de sus profesionales en el área de la salud (Reig, et al., 1987). El nacimiento de esta interdisciplina fue influenciado por factores de orden científico y relativos al cuidado de la salud. En primer lugar podemos señalar el cambio en la concepción del término salud, el cual fue redefinido incorporando a él los aspectos de bienestar físico, mental, social y psicológico. En segundo lugar se cuestionó el modelo biomédico, el cual ignoraba los factores psicológicos y sociales. En tercer lugar, se presentó un cambio en los patrones de enfermedad, causado por el descubrimiento de nuevos fármacos y por los avances de la tecnología médica; lo que redujo la incidencia de enfermedades tales como: neumonía, difteria, gripe, etc; sin embargo esto dio paso al aumento de enfermedades de tipo crónico-degenerativas (cardíacas, diabetes, etc), las cuales están relacionadas con nuestra conducta y pueden prevenirse, que son resultado de condiciones y/o conductas inadecuadas. En cuarto lugar, aumentaron los costos que se invertían en el cuidado de la salud, lo cual no garantizó una mejoría en el estado de salud de la población (Knowles 1977 y Agras 1992, citados en Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995).

Hoy en día Carrolles ((1993), citado en Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996) define a la Psicología de la Salud como: "el campo de especialización de la Psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de la salud, especialmente los físicos, su principal función es prevenir la ocurrencia de los mismos y tratar de rehabilitarlos en caso de que tengan lugar, utilizando para esto los principios y conceptos metodológicos de la actual Psicología científica; sobre la base de que la conducta constituye junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes tanto de la salud, como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos existentes". Por lo tanto podemos afirmar que la psicología de la salud se interesa por los factores psicológicos implicados en el proceso de salud-enfermedad.

Taylor (1986) y Weinman (1990) (citados en Latorre, 1991), señalan que las distintas áreas de estudio y de aplicación de los psicólogos de la salud, pueden resumirse en los siguientes puntos: se interesan en los aspectos psicológicos de la prevención, promoción, tratamiento y mantenimiento de la salud a través de los comportamientos inmunizadores (*factores protectores*). Enfocan su atención sobre la etiología (*orígenes y causas de la enfermedad*), los correlatos de la salud, el tratamiento y la incapacidad. Realizan investigaciones sobre el impacto de las instituciones sanitarias o de los profesionales de la salud, estudian el comportamiento de los pacientes y desarrollan recomendaciones en el ámbito del tratamiento y de la interacción del sujeto con los profesionales y el sistema sanitario.

De acuerdo con Harris ((1980), en Latorre, op.cit) existen tres rubros que se deben desarrollar dentro del campo de la psicología de la salud: El primero corresponde a los servicios preventivos (*control de la presión sanguínea, planificación familiar, salud prenatal e infantil, inmunización y enfermedades de transmisión sexual*). El segundo se refiere a la protección de la salud (*control de los agentes tóxicos, seguridad laboral, prevención de accidentes, control de lesiones, fluorización de la salud dental, evaluación y control de las enfermedades infecciosas*). El último punto comprende la promoción de la salud (*hábito de fumar, abuso del alcohol, drogas, buena salud física, control del estrés y nutrición*). Finalmente Torres y Beltrán (1986), mencionan que esta interdisciplina debe estar encaminada a estudiar e influir sobre aquellos aspectos de la esfera psicológica que faciliten la vinculación estrecha del equipo de salud con la comunidad, realizando un esfuerzo conjunto para identificar y dar solución a los problemas de salud que afectan a la población.

Dado que el objetivo primordial de la Psicología de la salud es promover la prevención de la enfermedad, lo cual implica no sólo la promoción y mantenimiento de la salud, sino también la promoción del óptimo estado vital físico, mental y social de la persona y de su comunidad; debemos mencionar el término Educación sanitaria, la cual es definida por Rodríguez-Marín (1995) como "La acción ejercida sobre los individuos que los lleva a modificar sus comportamientos, a fin de que adquieran y conserven hábitos de salud sanos, aprendan a usar juiciosamente los servicios de salud que tienen a su disposición y estén capacitados para tomar individual o colectivamente, las decisiones que implican la mejora de su estado de salud y el saneamiento del medio en el que viven". La educación para la salud es fundamental para producir salud personal o comunitaria, además origina un bienestar colectivo y da mayores posibilidades de desarrollo a cada habitante, promoviendo mejoras sociales.

Matarazzo ((1984), citado en Latorre y Beneit, 1994), señala que los factores de riesgo asociados a las principales causas de mortalidad se encuentran dentro del denominado estilo de vida (*conjunto de comportamientos y hábitos cotidianos de un individuo*). Lo cual significa que la mayoría de las veces el individuo o las comunidades necesitan aprender conductas o modos de comportamiento diversos, que les ayuden a reestructurar su estilo de vida anterior, de manera que se adapten lo mejor posible a las secuelas psicosociales del problema de salud que tengan, favoreciendo así la prevención de posibles recaídas y su rehabilitación (Moss y Tsu, 1977, citados en Latorre, op.cit).

Laguna (1991) afirma que la gran misión de la Universidad es formar profesionales útiles a la sociedad que sean capaces de generar cambios benéficos a través de la participación de las diversas facultades que conforman el campo de la salud (*Medicina, Trabajo Social, Enfermería y Psicología*). Es por esto que las aportaciones de la Psicología de la Salud deben desarrollarse con un carácter multidisciplinario, que integre al psicólogo en el colectivo de profesionales que trabajan en este ámbito.

En este momento la atención de la salud es un problema a nivel mundial y México ciertamente no es la excepción, sino más bien un problema que se ha convertido en un problema social con profundas implicaciones y graves repercusiones en la salud, economía y políticas del país.

A lo largo de los últimos veinte años, es mucho lo que se ha avanzado en cuanto a la percepción y comprensión de este problema. Actualmente nos encontramos en una etapa de mayor realismo; debido a que hemos descubierto que la atención de la salud es un problema que requiere de un enfoque y un manejo multidisciplinario, así como de la participación activa de la sociedad organizada.

Durante la década pasada nuestro conocimiento acerca de la Psicología de la salud, avanzó de manera sorprendente. Hemos aprendido, gracias a las múltiples investigaciones realizadas en varios países, los beneficios que se obtienen al realizar un diagnóstico, el cual detecte los factores de riesgo que tiene una comunidad en particular.

Una de las lecciones más importantes y trascendentes en estos últimos años, ha sido el identificar la necesidad de fundamentar en aquellas investigaciones que nos brinden los conocimientos y las herramientas necesarias para mejorar la salud de una comunidad; ciertamente la información actual, la educación y promoción de la salud, han tenido un impacto positivo y seguramente las cosas serían mucho más graves de no haberse emprendido programas de intervención comunitaria, como parte de la estrategia mundial ante el actual problema de salud-enfermedad. Sin embargo no hay duda que éstas repercusiones han sido insuficientes, debido a que en la mayoría de los casos no se ha movido la solidaridad y la responsabilidad que tiene la comunidad en la resolución de esta problemática.

CAPITULO 1

"PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD"

1. Definición

El proceso natural de salud-enfermedad ha preocupado a las personas desde la antigüedad hasta nuestros días. Para lograr la comprensión de dicho proceso es imprescindible definir cada uno de estos conceptos. San Martín (1993), menciona que la salud no es un fin en sí misma sino que va acompañada del goce pleno y equilibrado de las facultades del hombre sano y del progreso social, es decir, la salud requiere más que una definición biológica. A su mismo Hunt (1989), y San Martín (1984) (citados en Matarazo, 1995) afirmaron que la salud tiene tres aspectos: uno subjetivo que se refiere a sentirse bien, otro objetivo que implica la capacidad para la función y un tercero de tipo psico-ecológico-social que implica adaptación biológica, mental y social del individuo. Sobre estas bases se modificó la definición de salud, el primer intento efectuado para ampliar su definición más allá de su exclusiva vinculación con el bienestar físico, fue realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946. A partir de esta fecha fue definida como "El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; convirtiéndose en un derecho humano fundamental y en un objetivo social sumamente importante en todo el mundo; su realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud" (Ata, 1978, p.9).

Sin embargo, hoy en día la salud no puede ser definida de esta manera debido a que representa una situación dinámica, variable y dinámica que es producto de todos los factores de la vida social. De acuerdo con esta idea debe ser definida desde su origen como un proceso social que tiene repercusiones ecológicas en el ambiente de vida de una comunidad y que produce en el individuo, según las circunstancias (*favorables o desfavorables*), los estados ecológicos de salud-enfermedad (San Martín, 1984). Asimismo, se considera a la enfermedad como "La presencia de procesos destructivos con signos, síntomas e incapacidad de características que se encuentran en interacción con el medio ambiente que rodea al individuo" (Buela-Casal et al., 1996). Gordon ((1976), citado en Caballo, 1995), menciona que la enfermedad desarrolla a través de un proceso dinámico en el que interactúan tres elementos: el agente productor (*microorganismo capaz de causar una infección*), el huésped humano y los factores ambientales (*físicos, económicos, sociales y culturales*).

Por lo tanto el proceso de salud-enfermedad es el resultado del éxito o fracaso del organismo individual para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones de su ambiente. Para lograr el óptimo bienestar físico, mental y social, es importante tomar en cuenta la prevención; la cual es definida por Costa y López (1986) como "La protección y promoción de la salud de la población, la protección y mejoramiento del ambiente ecológico social, la prevención de la enfermedad y sus consecuencias, la eliminación de los riesgos identificados y la protección de los grupos de alto riesgo". La prevención apoya al campo de la salud mediante tres niveles denominados: prevención primaria (*promoción y protección de la salud*), prevención secundaria (*curación*) y prevención terciaria (*rehabilitación*). En cualquiera de sus niveles, la prevención no evita que se enferme un individuo determinado, pero sí puede ayudar a identificar los factores de riesgo (*circunstancia que aumenta la probabilidad de que se presente un daño en la salud*), existentes dentro de una población, reduciendo así el número de los sujetos que llegan a enfermarse. Como se mencionó anteriormente la prevención, debe enfatizar la promoción de la salud, la cual busca contribuir a la creación de condiciones que sustenten el bienestar colectivo, reconociendo que las enfermedades, tienen condiciones ambientales y sociales.

Restrepo ((1991), citado en Roux, 1994), afirma que existen tres puntos, sobre los cuales la promoción de la salud debe fijar su atención: a) El fortalecimiento de los servicios de salud para hacerlos más eficientes y accesibles b) la creación de ambientes saludables c) y el impulso y aliento de los estilos de vida saludables. Este último punto lo escribiremos a continuación, debido a que los estilos de vida están implicados en el proceso de salud-enfermedad.

2: Estilos de vida saludables

Actualmente, existen numerosas evidencias de que la salud está profundamente influenciada por nuestras acciones sociales, pensamientos y conductas (*hábitos, cuidados médicos, etc*). Para Latorre (1994), existen varios tipos de conductas que están en función con el sistema de salud existente:

1. Las primeras dependen del acceso que tiene la persona a este sistema (*vacunaciones, etc*)
2. Las segundas son las recomendadas por los profesionales de la salud (*dieta, practica del deporte, etc*)
3. Las terceras se refieren a aquellos comportamientos que se realizan de forma independiente a estos sistemas (*seguridad vial, laboral, pública, etc*).

Matarazzo ((1984), citado en Becoña et al., 1995) considera que existen factores de riesgo y factores protectores que inciden en nuestro estado de salud en general. Los factores protectores son definidos como aquellas conductas que reducen el riesgo que tenemos a enfermarnos; por otro lado los factores de riesgo son aquellos que hacen más susceptible que se presente la enfermedad (*beber alcohol, fumar, etc*), estos se encuentran asociados a las principales causas de muerte. Este mismo autor señala que los factores de riesgo asociados a las principales causas de mortalidad, encuentran dentro del enclave denominado estilos de vida.

La influencia de los estilos de vida al comienzo y durante el transcurso de algunos problemas graves de salud (*enfermedades cardíacas, diabetes, cáncer, presión alta, accidentes, entre otras*), corresponden por orden a:

- I. Estilos de vida 51%
- II. Factores biológicos 20%
- III. Influencias ambientales 19%
- IV. Servicios de cuidado de la salud 10%

Dada su importancia en el proceso de salud-enfermedad, se hace necesario definir al estilo de vida como "El conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos que tiene una persona" (*Henderson, Hall y Lipton, 1980, citados en Rodríguez-Marín op.cit*). Para Silbret, Scheiderman y Braunstein ((1981), citados en Campos y Campos, 1985), el estilo de vida incluye el lugar donde se vive, el ambiente del hogar, el tipo de trabajo que se realiza y las condiciones que circundan esta actividad, lo que comemos, bebemos, nuestros hábitos personales (*fumar, consumir drogas, entre otros*), el grado de actividad física que realizamos, la clase de actividades recreativas en las que participamos, la familia y nuestros amigos. Por otra parte, Napalkov (1995), considera que los modos de vida no significan solo hábitos nocivos o comportamientos inadecuados; si no también las condiciones básicas de la vida, que a menudo no dependen del comportamiento o de los hábitos de un individuo dado. Por ejemplo, la calidad del aire, del agua de beber y del suelo; son factores ambientales que dependen fundamentalmente del comportamiento de comunidades enteras mas que de un solo individuo.

Así pues, en la medida en que el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos, tienen una relación directa con muchos aspectos de nuestra salud y dado que cada día aumenta la prevalencia del conjunto de enfermedades relacionadas con malos hábitos comportamentales; el análisis de los estilos de vida adquiere un interés creciente para las ciencias sociomédicas en general y para la Psicología de la salud en particular (*Bandura, 1984; Rodríguez-Marín 1992, citados en Rodríguez-Marín op.cit*).

Las investigaciones acerca de los estilos de vida, se iniciaron desde mitad del siglo y han adquirido relevancia durante las últimas décadas. En el pasado estos análisis se realizaron desde una perspectiva médico-epidemiológica, con criterios curativos, sin buscar ni establecer relaciones con los aspectos más propiamente comportamentales y sociales; desde esta perspectiva se olvidó casi totalmente el marco psicosocial del comportamiento (*Rodríguez-Marín, 1992, citados en Rodríguez-Marín op.cit*).

Tomando en cuenta lo anterior y tratando de subsanar este error, uno de los objetivos en los que se ha enfocado la psicología de la salud ha sido el favorecer la adquisición de conductas saludables y la modificación de aquellas que ponen un riesgo para la salud, a través de la prevención primaria; tomando en cuenta que la enfermedad es un problema multifactorial. Es por esto que la participación de la Psicología en la problemática de la salud, se ha enfocado durante las últimas décadas en el cambio de los estilos de vida; en este sentido el psicólogo ha realizado aportes valiosos que han ayudado a alcanzar una mejor salud individual y colectiva, a través de la modificación de la conducta, el cual obedece básicamente a dos factores:

1. Los estilos de vida y las conductas inadecuadas pueden ser componentes causales importantes de muchos desordenes físicos.
2. Dada la naturaleza crónica de muchos problemas de salud, la mayoría de las veces el individuo necesita aprender conductas nuevas o modos de comportamiento diversos.

Actualmente el psicólogo de la salud está convencido que para evitar los estragos de las enfermedades, es necesario proporcionar a las personas los conocimientos y las habilidades necesarias para que puedan modificar y controlar sus propios hábitos y las condiciones del entorno que perjudican su salud, es decir, consideran que la salud de una persona está en gran parte en sus manos (*Bandura, 1987, citado en Rodríguez op.cit*). Lo anterior ha contribuido a ampliar la actividad de la Psicología dentro del sistema de salud y su campo de acción en la prevención, investigación y asistencia, incluyendo cuestiones relacionadas con los diversos tipos de enfermedades y otros problemas que inciden en el nivel de salud de una comunidad (*Alarcón y López, 1990*).

Los estilos de vida que deben alterarse están referidos a conductas, hábitos, costumbres y consumos que se encuentran definidos social y culturalmente, como factores que ponen en riesgo la salud. Cambiar los estilos de vida significa modificar comportamientos o hábitos con frecuencia rutinarios y que están arraigados en los sistemas de creencias y tradiciones culturales; modificarlos es difícil y su posibilidad dependerá en última instancia de la capacidad del psicólogo de la salud, el cual posee habilidades técnicas y científicas, que le permiten aproximarse a la población, trabajar en sintonía con sus interpretaciones y descubrir junto con ellos, las claves para mejorar su salud. Sin embargo no podemos dejar de lado, que la gente difícilmente reemplaza sus creencias ancestrales por nuevos conocimientos y por eso es importante develarlas, entender su racionalidad, sentido y significado, para poder erosionarlas y recompensar una visión esclarecida de la enfermedad que se traduzca en comportamientos saludables (*Roux, op.cit*).

3: Prevención primaria de la salud

Como mencionamos anteriormente, las acciones y comportamientos de la comunidad influyen sobre nuestra salud, debido a que en nuestro entorno podemos encontrar con riesgos ambientales (*contaminación del aire, agua, suelo*), sociales (*violencia, uso de drogas*), etc; estos elementos ejercen una influencia significativa sobre la salud de las comunidades enteras. Para resolver dichas problemáticas se ha empleado la prevención primaria como estrategia; la cual es definida en la declaración de Alma Ata (*op.cit*), como "La asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y técnicas prácticas científicamente fundadas y socialmente aceptables; este tipo de prevención se encuentra al alcance de todos los individuos, familias y comunidades a un costo accesible para el país". Se destaca por emplear el enfoque de riesgo con el que identifica grupos vulnerables, y por que plantea el empleo de una atención programada y preventiva (*Durán, Becerra y Torrejón, 1989*). Se caracteriza por ser flexible y capaz de innovar o responder a las necesidades cambiantes de salud, así como a las características socioeconómicas y culturales de la comunidad, utilizando al máximo los recursos de la misma y fortaleciendo su desarrollo.

Gómez (1989) resalta que este tipo de prevención tiene como objeto el evitar que los procesos patológicos se inicien, a través de la educación de la salud y la protección específica contra algunos padecimientos; por lo que representa el primer contacto con el sistema nacional de salud, del cual constituye la función central, para lograr el bienestar social y económico de la comunidad.

Las acciones de la prevención primaria, deben basarse en el desarrollo de repertorios compatibles con la salud que informan el estilo de vida de los individuos, considerando sus condiciones culturales. Por lo que debe implicar dos estrategias: el cambio de los hábitos negativos de salud de los sujetos y la prevención de los hábitos inadecuados a través del desarrollo de hábitos positivos (*Becoña, Palmares y García 1994, citados en Becoña et al. 1995*).

En el caso particular de la Psicología de la salud, es de hacerse notar que esta interdisciplina tiene mucho que aportar a la prevención primaria, debido a que en todo proceso se pueden identificar conductas que agravan o mejoran el estado de salud; por lo que los aspectos psicológicos desempeñan un papel muy importante en la etiología, curso y tratamiento de la enfermedad, quedando claro que su papel debe enfocarse a la alteración de aquellos comportamientos que son incompatibles con la enfermedad (*Pomerleau, 1980, citado en Alarcón, et al., 1990*).

Es aquí donde cobra relevancia la aplicación de estrategias metodológicas de tipo psicológico que logren una óptima salud colectiva; sin embargo, debemos reconocer que esta es una tarea ardua, ya que el psicólogo de la salud es hoy en día un profesional subutilizado en comparación con su potencial; por lo que existe una escasez significativa de psicólogos a nivel de la comunidad (*Gómez, op.cit*). De esto se deriva la necesidad de que el psicólogo de la salud se incorpore al trabajo comunitario, demostrando cada uno de los beneficios que puede aportar con su trabajo.

I: Psicología de la salud comunitaria

Hoy en día podemos afirmar que la importancia que tiene la Psicología de la salud en la comunidad radica en que a través de ella, se puede beneficiar no solo a un individuo, si no a toda una comunidad; lo cual reduce significativamente el costo de la atención de la salud. Esto la convierte en una imprescindible fuente de información sobre las necesidades reales y sentidas, así como en una generadora de guías de acción factibles a realizar en beneficio de toda la comunidad.

En la actualidad existe abundante literatura sobre el trabajo comunitario, muchos materiales están dedicados a la presentación y sistematización de experiencias, otros se integran especialmente por la formulación de propuestas metodológicas y algunos más avanzan en la fundamentación teórica-conceptual. En la revisión de estos materiales y de sus experiencias se encuentran presentes, de manera explícita, diversos planteamientos y concepciones sobre este tipo de trabajo.

En algunos lugares del mundo, la gente y las organizaciones trabajan juntos hacia una meta de importancia para ellos. La alianza entre la gente de la comunidad puede centrarse en la promoción del desarrollo económico urbano, el acceso a una vivienda decente o a una educación calificada. Estas iniciativas tratan de promover y/o proporcionar a todos los miembros de una comunidad la misma calidad de vida; dicha promoción o ayuda puede lograrse de dos maneras; a través del uso de iniciativas con enfoques universales (*en donde se localiza a las personas que están siendo afectadas*), o del acercamiento a la meta, (*a través de la influencia sobre las condiciones que están afectando a la gente*), ambas tratan de cambiar la conducta dañina de la gente.

Principalmente en la última década han surgido distintos modelos alternativos que han brindado elementos al psicólogo de la salud para afrontar estas realidades, estos describen como mejorar el desarrollo y promoción de la salud comunitaria. Fue de esta manera que la tendencia hacia modelos de trabajo en comunidades se encaminaron a un proceso de concientización y cambio social. Algunos de los modelos más populares son el Preceder-Propoceder (Green & Kreuter, 1991, citados en Fawcet, Vincent & Jerry, 2000), el Proyecto de acercamiento a la salud comunitaria PATCH (Centro para la enfermedad, control y prevención, 1980, citado en Fawcet, et al., 2000), el Proceso para mejorar la salud comunitaria (Duch, 1997, citado en Fawcet, et al., 2000) y el Modelo de iniciativas comunitarias (Fawcet, et al., 2000).

Actualmente la Universidad de Kansas (U.S.A.), trabaja con el modelo de Iniciativas comunitarias a través de la capacitación para el cambio, su meta básica es incrementar las oportunidades para los miembros de la comunidad por medio del trabajo juntos, siempre buscando mejorar su calidad de vida. El modelo de iniciativas comunitarias se utiliza como catalizador para el cambio y se distingue porque sus elementos se encuentran interrelacionados, es decir, pueden darse juntos o separados ya que forman parte del mismo rompecabezas. Dicho modelo proporciona una guía comunitaria para la acción y el cambio, su importancia radica en que puede ser adaptado a las condiciones locales.

En el trabajo comunitario realizado con este modelo, destaca la existencia de una terminología empleada comúnmente con quienes se vinculan a él. La comunidad es definida como "Un grupo de gente que comparte un lugar, experiencias o intereses comunes" (Fawcet, et al., 2000). La salud comunitaria aborda todos aquellos aspectos o condiciones referentes al bienestar de la comunidad, su promoción incluye muchas variables, entre las que destacan diversas estrategias que permiten informar a la comunidad sobre las variables individuales o familiares; lo cual permite acceder a una gran variedad de sectores de la comunidad como escuelas, negocios y organizaciones religiosas, todo este trabajo facilita el cambio en la salud de la comunidad, a través de la promoción de conductas saludables.

Las alianzas que se utilizan para animar a la gente a participar, trabajar en grupo y realizar entre todos un esfuerzo, es llamada sociedad colaborativa. La capacidad comunitaria es concebida como la "Habilidad que tienen los miembros de la comunidad para ir realizando propósitos positivos con base a los resultados que ellos mismos vayan obteniendo de un curso o trabajo en común, esta debe mantenerse a través del tiempo" (Fawcett, et al., 2000).

La clave social para una amplia colaboración debe estar constituida por tres organismos principales: los miembros locales de la comunidad (*líderes competentes*), las instituciones gubernamentales (*proveen los recursos financieros y ayudan a crear que las condiciones de trabajo sean exitosas*) y las organizaciones de apoyo (*proporcionan ayuda técnica, evalúan aquello que la comunidad necesita y proporcionan apoyo*). La mejor manera para lograr esto es a través de trabajar juntos en los siguientes puntos:

1. Conocimiento del contexto comunitario y planeación. Este primer paso consiste en entender las experiencias de los colonos y lo que los lleva hacer lo que hacen, esto se realiza tomando en cuenta que el medio está influenciado por expectativas de la gente hacia un cambio, problemas, organización, visión, recursos financieros y el contexto político y social en el que viven. Bajo este contexto, la gente puede identificar un asunto en común y documentarlo; lo cual puede servir como un factor de desarrollo de la salud comunitaria y un indicador de salud (*son medidas cuantitativas o cualitativas: frecuencia, evolución o tendencia*), para observar el problema. Una vez teniendo el contexto delimitado, el grupo puede planear de forma cooperativa aportando diferentes experiencias y soluciones, todos los miembros deben aclarar el desarrollo de la visión del grupo, sus objetivos, estrategias y pasos de acción, con la finalidad de conseguir un cambio en la comunidad.
2. Acción e intervención comunitaria. El proceso de planeación debe ser seguido por la acción, partiendo de lo general hacia lo específico, esto no quiere decir que todo va a salir bien, ya que algunas veces pueden existir serias resistencias, aún hasta en los esfuerzos pequeños; sin embargo de las muchas opciones se deberá elegir aquella que el grupo pueda realizar dependiendo de su situación en particular. El plan de acción debe decidirse junto con la comunidad.
3. Comunidad y sistemas de cambio. La meta del plan de acción es llevar a cabo cambios en la comunidad y sus sistemas, esto es un paso muy importante para lograr metas organizadas. En el cambio comunitario se desarrolla un programa nuevo (*o se modifica uno ya existente*), realizando cambios en la política o ajustando una práctica relacionada a la misión del grupo.
4. Factores de riesgo y protectores. Cuando los sistemas de cambio ocurren en la comunidad, hay un cambio en el medio ambiente, esto algunas veces es referido como un incremento de factores de protección y/o el decremento de los factores de riesgo que la comunidad afronta. Como factores de riesgo o protección definiremos todos aquellos rasgos personales o del medio ambiente de las personas que hacen más (*factores de riesgo*) o menos (*factores protectores*), factible que se desarrolle un problema en particular. Todo cambio en el medio ambiente deberá traer como consecuencia cambios amplios en la conducta de un gran número de personas de la comunidad.
5. Realizando metas a largo plazo. Las metas fundamentales de la comunidad o sociedad, deben mejorar los resultados a largo plazo, tales como reducir la delincuencia o incrementar las tasas de empleo. El fijar metas, puede ayudarles a reducir los factores de riesgo y aumentar los factores protectores, atacando así el centro del problema. Esta información debe ayudar a ver si los esfuerzos están dando resultados.

La bondad de este modelo consiste en que a pesar de que cada comunidad tiene un contexto y estilo de vida diferente, este puede ser fácilmente adaptado a ellas (Fawcett, et al., 2000). Estos pasos guían al psicólogo de la salud a que investigue y obtenga información detallada sobre las necesidades de los individuos u organizaciones que constituyen una comunidad; así como los recursos que poseen para solucionar sus problemas. La parte fundamental por tanto es identificar las necesidades (*el hueco entre la situación actual y como debería ser esa situación*) y los recursos reales (*son aquellas cosas que pueden ser utilizadas para mejorar la calidad de vida de los individuos*), escuchar las manifestaciones de los miembros del grupo o de la comunidad, de los líderes y otras personas que la habitan, a través de diversos métodos como: sesiones para escuchar, foros públicos, mapeo, etc; esta información debe incluir los datos específicos de la comunidad. Una vez evaluada la comunidad se llevan a cabo esfuerzos que producen mejorías reales, a partir de esto, se trabaja en conjunto para mejorar y alcanzar un mayor bienestar, utilizando las fortalezas de la comunidad para construir un mejor futuro.

Por último, queremos recalcar que el psicólogo de la salud, debe incluir en su trabajo comunitario, estudios que nos enseñen sobre aquellas variables de orden psicosocial (*reducción del abuso de sustancias, el embarazo adolescente o la violencia, etc*), que se encuentran presentes en el proceso de salud-enfermedad, para lo cual debe realizar, un diagnóstico comunitario, la planeación de intervenciones pertinentes, y la capacitación de los miembros de la comunidad con el fin de que identifiquen y solucionen sus necesidades (Durán, et al., 1989).

Basados en lo anterior, nos daremos a la tarea de realizar una investigación, dentro del internado de Psicología General (*Área de salud*), que nos permita cumplir con estos objetivos; en primer lugar realizaremos un diagnóstico comunitario, el cual explorará las áreas generales de salud y evaluará las necesidades reales (*diferencia entre un estado ideal de salud y el estado real de salud posible en un contexto determinado*), y sentidas (*diferencia que aprecia la persona o la comunidad, entre el estado de salud que percibe y el estado ideal que concibe*) de los habitantes de la colonia Pedregal de Santa Ursula; fundamentados en lo obtenido, se diseñará una intervención preventiva junto con los miembros de la comunidad, la cual se adaptará a su estilo, ritmo de vida y recursos con los que cuentan; finalmente proporcionaremos capacitación a algunos líderes comunitarios para que diseminen la información y las habilidades adquiridas, lo cual les permitirá aprender a resolver sus problemas por sí solos.

En el siguiente capítulo, analizaremos algunos factores que la literatura reporta como generadores de los comportamientos agresivos y de desobediencia, así como sus implicaciones en la delincuencia juvenil; dado que estas problemáticas han mostrado ser susceptibles a intervenciones preventivas de corte conductual; revisaremos el programa Entrenamiento a padres el cual tiene el objetivo, coadyuvar a la disminución o desaparición de este problema.

CAPITULO 2

"AGRESIÓN INFANTIL Y SUS IMPLICACIONES EN LA DELINCUENCIA JUVENIL"

Desarrollo de la agresión

Hoy en día, la delincuencia juvenil en México, constituye uno de los problemas sociales y de salud pública más ortantes; ya que repercute en diversas esferas de nuestra vida y no toma en cuenta diferencias de etnia, religión o ero. De manera cada vez más evidente todos estamos expuestos y podemos experimentarla en la escuela, el ajo, en la comunidad o en nuestra propia casa.

Los delitos cometidos por menores infractores registrados durante el año 1998 en la ciudad de México, fueron 12,559. Cabe mencionar que la delegación Coyoacán ocupó el séptimo lugar en el número de delitos cometidos por lescentes, estos delitos correspondieron a las categorías de: robo agravado (1470 casos), robo simple (480 casos); ativa de robo (104 casos), daño en propiedad ajena (68) abuso sexual o violación (91 casos), lesiones simples (47 os), lesiones que ponen en peligro la vida (101), homicidio agravado, delitos contra la salud (342 casos), y privación a libertad (2); (*Cuaderno estadístico delegacional. Menores infractores egresados al consejo de menores del D.F., en 8, citado en INEGI, 1998*). Es importante destacar que esta problemática, ha presentado una tendencia claramente endente durante los últimos años, lo cual ha hecho urgente comprender el proceso de la conducta delictiva en niños dolescentes; con el fin de implementar alternativas de prevención y tratamiento, que incidan en la reducción de las s tasas de actos delictivos cometidos por este segmento de la población.

Gracias a las investigaciones realizadas durante los últimos 25 años, se ha podido establecer que la delincuencia enil es en el mayor de los casos, el resultado de un proceso que inicia desde la infancia; periodo durante el cual estos os presentan problemas de conducta como la agresión o la desobediencia; lo cual aunado a otros factores han sido ntificados como predictores del comportamiento delictivo durante la adolescencia (*Farrington 1995; Haapasalo & mblay 1994; Loeber 1988, citados en Barkley 1997*); (*Elliott, Huitzinga & Ageton 1985; Patterson & Dishion, 1985, dos en Dishion, Patterson y Griesler, 1994*). Dado que la agresión y la desobediencia se han convertido en dictores de la delincuencia juvenil, se hace imprescindible realizar una revisión del desarrollo, mantenimiento y ores que contribuyen en su aparición.

Etimológicamente, agresión proviene del latín "Aggredior-Aggregred" que se refiere al acercamiento o aproximación de ien. En los seres humanos la agresión se ha definido como "El dolor que causa una persona a otra con el objeto de ariar" (*Patterson, 1982*). Sin embargo, nosotros no podemos hablar acerca de la intención que tiene una persona para ar a otra, pero sí podemos observar el daño que le produce.

Una de las investigaciones alrededor de la agresión y la desobediencia, se explica en el paradigma realizado por k (1993) citado en Kazdin, Siegel & Bass, 1991), quien estudia dichas conductas bajo 2 dimensiones: *abierta o ubierta y destructiva o no destructiva*; las cuáles resultan en 4 grandes clasificaciones: daño a la propiedad privada, ación de las reglas, conducta opositiva y conducta agresiva. Esta última está clasificada como abierta-destructiva y ompone de peleas, ataques, asaltos, rencor, crueldad, reproches e intimidación.

La conducta agresiva también la podemos clasificar como física (*cualquier contacto físico que tenga la persona sobre otra y que cause molestia en ésta*) y verbal (*cualquier verbalización o gesticulación de una persona dirigida a otra que sea amenazante o le cause malestar*). Según Patterson (*op.cit*), en su teoría coercitiva, cuando una persona es agredida puede reaccionar de dos maneras: ya sea adoptando una actitud de sumisión o de ataque. Cuando se opta por la primera opción, el conflicto se soluciona momentáneamente debido a que el agresor aprende que es una forma adecuada para conseguir lo que quiere, en este caso lo que sucede es que con el tiempo la agresión se incrementa. Por el contrario, si se contraataca al agresor, se presenta el fenómeno de escalamiento (*el cual consiste en agredir con el objetivo de no ser agredido*); esto hace que el agresor incremente su nivel de agresividad para poder someter a la otra persona, razón por la cual se genera un escalamiento sucesivo. Cabe mencionar que la hipótesis del escalamiento ha sido útil para explicar la conducta de niños y adolescentes agresivos (Patterson, 1982, Patterson & Cobb 1971; citados en Santoyo, Espinosa y Maciel, 1996).

Por otra parte, Patterson ((1986), citado en McMahon, 1992), ha hipotetizado que la desobediencia infantil temprana es la precursora de manifestaciones graves en la adolescencia y juega un papel importante en los problemas académicos y de relaciones con los compañeros, su trabajo ha indicado que el incumplimiento de órdenes, constituye la conducta clave para el desarrollo de formas de conducta problema manifiestas (*agresión*) o furtivas (*robar*). En este sentido, Kazdin et al. (1991), menciona tres situaciones específicas, para que se presente la desobediencia: el fracaso del niño para ejecutar una instrucción dada por el padre en un tiempo razonable; el fracaso del menor al ejecutar la instrucción adecuadamente, con el fin de complacer al padre, y el fracaso del niño al no ejecutar las reglas previamente estipuladas en el hogar (*como no recoger la mesa, agredir a otros, etc*). Su trabajo ha mostrado, que cuando la desobediencia del niño es objeto de tratamiento, a menudo hay mejoras concomitantes en otras conductas problema (Russo, Cataldo & Cushing, 1981; citados en MacMahon, *op.cit*).

El desarrollo de los patrones antisociales de interacción oposicional y de agresividad en los menores, puede ser dividido en cuatro etapas: de los 3 a los 5 años, los niños presentan un alto nivel de agresividad, así como conductas desobedientes durante las interacciones familiares, lo cual propicia que desarrollen un patrón antisocial temprano. A los 6 y 7 años, experimentan cambios específicos en su topografía, tales como: agresión física, destructiva, uso de amenazas y humillación. A partir de los 12 años hasta los 18, se interesan poco por las actividades escolares, presentan peleas constantes con los padres, rompen las reglas, cometen actos delictivos como el robo y se inician en el uso de sustancias y en actividades sexuales. Después de los 18 años, suelen establecer relaciones con grupos desviados e incrementan los actos delictivos y el abuso de sustancias; a causa de esto pueden presentar problemas entre los que destaca el fracaso académico (Reid, 1993).

Finalmente, es importante señalar que la mayoría de los estudios longitudinales sobre la predicción de la delincuencia juvenil revelan que los principales predictores de la agresión y la desobediencia del niño, son la disciplina severa e inconsistente, así como las interacciones coercitivas dentro de la familia. En estas investigaciones se ha confirmado que conductas como robar y agredir, tienden a desarrollarse juntas y son ampliamente correlacionales (Patterson, 1992, citado en Dishion et al., 1994).

2: Algunos factores que inciden en la génesis de la agresión

En el intento por explicar el origen de la agresión, se han llevado a cabo diversas investigaciones, las cuales han analizado los factores que intervienen en su génesis; de estas determinantes se destaca lo económico, lo social, familiar, personal, mismos que se describirán brevemente, enfatizando los factores familiares, debido a que la familia constituye el núcleo básico de la sociedad.

> Factores económicos

Entre los aspectos económicos sobresalen la pobreza ya que algunas personas recurren a la agresión como fuente de recursos para adquirir bienes de consumo, desafortunadamente con la concentración de los ingresos en ciertos sectores, hoy en día se ha acentuado más este tipo de situaciones. En algunas investigaciones se ha observado que los estudiantes que provienen de familias pobres reciben más suspensiones escolares por manifestaciones de agresión que sus compañeros (Roux, 1993).

> Factores sociales

En lo referente a las condiciones sociales se destaca el consumo de drogas, ya que las personas que las consumen se encuentran en riesgo de cometer actos agresivos u homicidios (Medina-Mora, 1994), además el alto costo de la droga también puede influir para que incurran en el robo, lo cual desencadena una atmósfera de inseguridad comunitaria que lleva a buscar formas de protección como la posesión de armas de fuego, las cuales se están utilizando con mayor frecuencia para resolver conflictos o problemas de este tipo (Roux, op.cit).

En cuanto a las condiciones culturales sobresalen los patrones que se transmiten de generación en generación de acuerdo a costumbres y tradiciones (Cotten, Resnick, Browne Martin & McCarraher, 1994).

> Factores Familiares

Dentro de los factores más investigados se encuentran el desorden de personalidad antisocial y la criminalidad de los padres (Farrington, 1995, citado en Barkley, op.cit), la indebida solución de problemas, manejo de crisis y las formas de negociación en la familia (Patterson 1982, citado en Barkley op.cit); los problemas de comunicación padre-hijo y el consumo de drogas por parte de los padres (Lara y Figueroa, 1990); los conflictos maritales, el divorcio, las perturbaciones psiquiátricas (depresión o psicosis), la irritabilidad y la hostilidad hacia el niño (Barkley, Anastopoulos, 1992; Dumas; Mann & Mackenzie, 1996, citados en Barkley op.cit); la disciplina severa e inconsistente, las pocas habilidades de monitoreo y de involucramiento, (Shoen 1989; Farrington, 1983, citados en Reid, op.cit), y el uso del castigo corporal o agresión dirigida al niño (Elder, Liker & Cross, 1984, citados en Amador, 1993).

> Factores personales

También existen factores que aun cuando se encuentran vinculados con el entorno familiar y social, están más relacionados con la actitud de la persona como receptora o víctima de algún daño y reproductora de la agresión. Estos están relacionados con el ser víctima de maltrato (Garralda, 1980), el abandono temprano de la escuela, el fracaso escolar (Farrington, 1989), y el rechazo social (Kupersmidt & Coie, 1990).

En suma podemos mencionar que las investigaciones realizadas hasta el día de hoy, indican que estas conductas adecuadas se originan a partir de las interacciones diarias entre el niño y sus padres, maestros o amigos; cuyas características económicas, sociales, personales y familiares; pueden propiciar o frenar el desarrollo de este comportamiento; dichos factores han demostrado estar fuertemente relacionados con el progreso, de la conducta resiva, su mantenimiento y evolución en patrones de conducta delictiva durante la adolescencia.

Por lo tanto podemos concluir que los problemas de conducta pueden conjuntarse en tres grandes categorías (Arrington, 1978-1991, citados en Reid op.cit): características conductuales del niño (*temperamento difícil, problemas de oposición o déficit de atención*); paternidad inefectiva (*bajo involucramiento y disciplina severa, irritable o inefectiva de padres*), y un conjunto de variables distales (*factores socioeconómicos, estrés, etc*); que si son mantenidas y se desarrollan, durante la interacción del menor con su hogar o escuela, pueden afectar la interacción familiar (Patterson, Dishion & Conger, 1995, citados en Amador op.cit); y favorecer la aparición de problemas más serios como la agresión, desobediencia, delincuencia, robo, etc. (Patterson, 1982).

Finalmente cabe resaltar que estos factores son difíciles de modificar, ya que forman parte de un sistema complejo cual se encuentra en constante interacción; por lo que su modificación deberá incluir iniciativas y propuestas que cambien los estilos de vida existentes.

Antecedentes del programa de Entrenamiento a Padres

Debido a la alta incidencia reportada en el rubro de conductas inadecuadas en los menores, durante los últimos 25 años, diversos investigadores se han dado a la tarea de estudiar esta problemática en algunas instituciones, en donde el psicólogo ha intervenido con los niños agresivos o desobedientes, a través de técnicas de interacción durante el juego y los ayudan a modificar su conducta (Digest, 1994) y con los padres (Graciano & Diament, 1992). Diversos investigadores se han dado a la tarea de estudiar estas problemáticas bajo un enfoque de modificación conductual basado en el condicionamiento operante (Fawell, 1982, citado en Pelios, Morrens & Axelrod, 1999), lo cual ha dado origen a la creación de programas conductuales como el Entrenamiento a padres, en donde se enfatiza la intervención con los padres como agentes de cambio para modificar la conducta del menor; esta intervención será descrita en el siguiente punto.

Kazdin ((1985), citado en McMahon, op.cit) define el programa como "Un enfoque para el tratamiento de los problemas de la conducta infantil, que utiliza procedimientos de modificación conductual (*uso contingente de reforzadores positivos, habilidades para resolver problemas y el uso de reglas y negociación entre otros*), por medio de los cuales se entrena a los padres con la finalidad de mejorar la interacción familiar, fomentar la conducta prosocial y disminuir la conducta inadecuada del niño".

Este programa ha sido aplicado de forma individual o grupal a una amplia variedad de problemas infantiles como la hiperactividad, obesidad, maltrato infantil, etc; sin embargo ha sido utilizado principalmente en el tratamiento de niños que presentan problemas de conducta manifiestos como: pataletas, berrinches, agresión y desobediencia. En revisiones recientes sobre distintos enfoques de intervención para problemas de conducta infantil, el Entrenamiento a padres ha resultado como la estrategia que más éxito ha tenido con estos niños, debido a que posee un amplio apoyo empírico (Lomas, 1989; Kazdin, 1985; citados en McMahon op.cit). Para comprender mejor este programa describiremos su desarrollo.

> Desarrollo del Entrenamiento a padres

Como se menciono anteriormente esta estrategia surge como un intento para enseñar a los padres a modificar la conducta problema de sus hijos. El entrenamiento a padres, se desarrollo en tres etapas (McMahon, op.cit), las cuales describen a continuación.

La primer etapa tuvo lugar en los años sesentas, época en la que predomino una creciente insatisfacción con el modelo tradicional (*terapeuta-niño*), esto llevo a la búsqueda de un nuevo modelo terapeuta-padre-hijo (Kun 1970 citado Graciano et al.1992). El descubrimiento de este modelo ocurrió por la confluencia de varios factores entre los que se satacan el desarrollo de técnicas de modificación de conducta, especialmente los procedimientos de reforzamiento y castigo basados en el condicionamiento operante; la utilización de profesionales para llevar a cabo los servicios de salud mental y el empleo de los padres como terapeutas, esto permitió que los profesionales de la salud introdujeran diversos tratamientos como agentes para el cambio, uno de estos tratamientos fue el Entrenamiento a padres (EP), el cual surgió como una alternativa real para reducir las conductas inadecuadas más frecuentes en los niños (*gritos, golpeo, rinchos, etc*).

Las primeras investigaciones con este programa se realizaron a través de diseños de caso único o estudios descriptivos, cuyos datos provenian de mediciones realizadas en la clínica o el laboratorio; la evidencia que aportaron respaldaron su eficacia a corto plazo en términos de mejorías postratamiento inmediatas en la conducta de los padres y hijos. Sin embargo la generalización de esos efectos no estaba tan clara, esta preocupación condujo a la segunda etapa de desarrollo del EP (McMahon, op.cit).

La segunda etapa se sitúa a mediados de los años setenta hasta principios de los ochenta, en está época Forenhand & Atkenson (1977), describieron cuatros clases de generalización relevantes para la intervención del EP con niños: la generalización contextual (*transferencia de los efectos del tratamiento a los lugares donde no se aplico*), temporal (*mantenimiento de los efectos después de haber finalizado el tratamiento*), entre hermanos (*transferencia de las habilidades adquiridas por los padres con hermanos del niño que no han sido tratados*), y conductual (*cambios de otras conductas que no han sido consideradas como objetivo*).

La generalización fue importante para el éxito del EP, en términos de prevención y tratamiento; ya que dio como resultado un mejor empleo del tiempo del terapeuta, una minimización de la continua intervención profesional así como disminución de futuros problemas de conducta en el niño; esto permitió a los profesionales trasladarse de la intervención terciaria a la primaria, lo cual ha ayudado a disminuir la incidencia de nuevos casos (Caplan, 1964, citado en McMahon, op.cit).

Pertinente a la generalización de los efectos se encuentra la validación social de la intervención, la cual se refiere a los cambios terapéuticos, son clínica o socialmente importantes para el paciente (Kazdin, 1977 citado en MacMahon, op.cit). Las intervenciones llevadas a cabo con EP para el tratamiento de niños con problemas de conducta han logrado su generalización y validez social en diferentes grados (McMahon & Forenhand, 1984, citados en Morales, 1996). La validación social del EP ha consistió en evaluar el programa en tres niveles: aceptación de las metas del tratamiento, procedimientos efectivos-aceptables y resultados de importancia para la sociedad (Wolf, 1978, citado en Morales, op.cit).

La tercer etapa abarca de los años ochentas en adelante; en esta etapa los investigadores clínicos se han centrado en mejorar el EP, en lo que respecta a su generalización y eficacia. Actualmente un beneficio que ha proporcionado este enfoque ha sido la ampliación del modelo a la terapia familiar, lo cual es un intento por reconocer e incorporar al tratamiento las distintas variables de los hijos y los padres, así como el ajuste personal de estos, las percepciones del niño, sus características, su temperamento y estilo atribucional (Miller & Prinz, 1990, citados en McMahon, op.cit).

4: Algunas aplicaciones del Entrenamiento a Padres

Aunque todavía se encuentra en sus años de formación, las investigaciones realizadas con el EP han sido numerosas y comparten algunos aspectos comunes como:

- a) El que el tratamiento se lleva a cabo principalmente con los padres, lo cual incrementa el contacto terapéutico con el niño.
- b) El que el contenido de estos programas incluye el entrenamiento en la definición, vigilancia, y seguimiento de la conducta del niño; además emplea procedimientos de refuerzo positivo, que incluyen la alabanza y otras formas de atención positiva por parte de los padres, castigo leve como ignorar y el entrenamiento en dar instrucciones u órdenes claras.
- c) El amplio uso de técnicas auxiliares que incluyen, videos, modelado, representación de papeles y ensayo de conducta con propósitos didácticos (Kazdin, 1995 & Dumas, 1989, citados en McMahon, op.cit).

Un claro ejemplo de estos estudios, es el de Forehand & King ((1977), citados en Moreland, Beks & Wells, 1982), el cual se aplicó a los padres de niños agresivos; sus resultados refieren que el EP aplicado a madres; incremento significativamente el uso de recompensas positivas, disminuyó la frecuencia de conductas inapropiadas de las madres y les ayudó en la resolución de sus problemas.

Otro estudio, fue propuesto por Forehand & McMahon (1981) "Ayudando al niño desobediente", su intervención estuvo dirigida a niños de edad preescolar y de los primeros años de escuela, que presentaban conductas graves. Su objetivo fue la prevención primaria de la delincuencia juvenil posterior. Estos autores resaltaron que uno de los factores que contribuían medularmente a la prevalencia de problemas de desobediencia en niños, era el empleo de un entrenamiento instruccional por parte de los padres, donde predominaba el uso de instrucciones vagas o inespecíficas denominadas "instrucciones Beta".

El propósito de su estrategia consistió en enseñar a los padres un estilo instruccional compuesto principalmente por instrucciones claras y muy específicas ("instrucciones Alfa"); este tipo de instrucciones probó su eficacia al provocar niveles significativamente más altos que los que presentaban durante la fase de pretratamiento. Sus resultados reportan que el EP, interrumpió el estilo coercitivo padre-hijo, que presentaban las familias con niños, con conductas adaptativas, ya que les ayudó a establecer patrones de interacción más positivos.

Wells & Forehand, ((1981), citados en Ayala, Téllez y Gutiérrez, 1994). Encontraron que el EP, logro un incremento en la frecuencia de ocurrencia de obediencia y el decremento de la frecuencia de ocurrencia de la conducta agresiva o desobediente.

Dada la importancia de los resultados que se pueden obtener con el EP, algunos investigadores se han ocupado evaluar la efectividad del mismo. Inicialmente Forehand, (1981), señaló en uno de sus estudios, un decremento de la conducta inadecuada y el aumento y mantenimiento de las habilidades enseñadas a los padres, así como la generalización a otros escenarios, entre hermanos y de forma conductual. Este investigador concluyó que el EP, funciona, se mantiene, generaliza y satisface a la familia (Morales, *op.cit*). Del mismo modo McNeil (1991, citado en *d, op.cit*) realizó otro estudio con padres de niños de 3 a 6 años y medio, que presentaban agresión; sus resultados fueron una vez más a que el EP, presento efectos fuertes que se generalizan a otros escenarios.

Por su parte, Graziano et al. (1992), realizó una revisión de las investigaciones efectuadas con el EP, con el fin de demostrar que este programa es más exitoso que otras aproximaciones tradicionales. Estos autores plantean que este programa incide en el ambiente natural del niño, y permite obtener mayor confiabilidad y validez de la información.

Su investigación tomo en cuenta a una gran variedad de poblaciones en la que se incluyó a padres de niños que presentaban conducta desobediente, agresiva, opositiva, hiperactiva o con problemas sencillos y específicos como: enuresis o fobias. Sus resultados citan que el EP, presenta efectos positivos sobre las conductas de los padres (*mayor cooperación, recompensan el comportamiento apropiado y utilizan órdenes claras y precisas*), es efectivo en disminuir las conductas inadecuadas del niño (*desobediencia, agresión, pataletas, berrinches, enuresis, fobias*) y es menos efectivo en otros problemas de conducta como la hiperquinesia. Además establecen que se mantiene a través del tiempo y se generaliza a otros ambientes o conductas.

Graciano & Diamend, encontraron que a menor edad del niño, es más fácil la integración del padre al tratamiento este puede presentar resultados más favorables. En cuanto a las características de los terapeutas, resaltan que su experiencia profesional puede influir positivamente en los resultados del programa, por otra parte mencionan que otros estudios no reportan diferencias significativas en lo que corresponde al sexo o estado civil del terapeuta.

En lo que se refiere a nuestro país se han llevado a cabo estudios realizados por Santoyo, et al.,(1996); y Pedroza quien se encuentra realizando actualmente una investigación acerca del desarrollo y evaluación del programa, con padres de niños agresivos; estos investigadores han aplicado el EP, con base en el análisis funcional de la conducta, el tratamiento ha incluido la contingencia de reforzadores, seguimiento instruccional, monitoreo, modelamiento, y apoyos conductuales, entre otros; los resultados obtenidos han reportado un decremento en la conducta inadecuada de los niños, un incremento en las habilidades de los padres, mejoras en la interacción familiar padre-hijo y un incremento en el rendimiento académico.

Por otro lado, la validación social del EP, en México fue realizada por Fulgencio y Ayala (1996), quienes refieren que el EP; obtiene en primer lugar la satisfacción del paciente con el terapeuta, con las habilidades que aprendieron y con el tratamiento.

Finalmente queremos mencionar que el principal problema que ha presentado el EP en su aplicación, ha sido el abandono prematuro del tratamiento (Kazdin, 1996 & Pekarik, 1993, citados en Kazdin, Holland & Crowley, 1997); por lo que diversos investigadores se han dado a la tarea de estudiar las causas de deserción.

Una de estas investigaciones fue realizada por la Universidad de Yale; sus resultados sugieren que entre las características que predicen la deserción; se destacan las desventajas socioeconómicas (*dificultades para transportarse*), los altos niveles de estrés, las familias disfuncionales, la estructura familiar, las expectativas de los padres, el divorcio, la muerte de un familiar y la relación pobre con el terapeuta (Ambruster & Kazdin, 1994; Gould, Greenberg & Kaplan, 1985, citados en Kazdin et al., 1997).

Recapitulando, existen diversos factores económicos, sociales, personales y familiares; los cuales pueden propiciar desarrollo de conductas inadecuadas en los niños como la desobediencia o la agresión principalmente; si estas conductas se mantienen a lo largo del tiempo, pueden ser predictores a largo plazo de la delincuencia juvenil. Dado que la literatura muestra que dicha problemática es susceptible al tratamiento conductual para padres o EP. Uno de los objetivos de la presente tesis será evaluar los beneficios del entrenamiento a padres de niños preescolares, que presentan conductas agresivas o desobedientes.

Finalmente cabe mencionar que alternamente a la intervención, se realizará un curso de capacitación con líderes comunitarios con la finalidad de que adquieran los conocimientos y habilidades necesarias para diseminar este programa.

Para responder a lo anterior se plantean los siguientes problemas:

- ❖ El psicólogo de la salud puede coadyuvar a la solución de los problemas sociales que tiene una comunidad.
- ❖ El diagnóstico y la intervención comunitaria son fundamentales para que se logre un cambio en los estilos de vida de las personas que habitan una colonia del D.F., (*AGEB 100-1 de la colonia Pedregal de Santa Ursula*).
- ❖ La formación o utilización de los grupos focales de la comunidad pueden impulsar la participación comunitaria.

Objetivos Generales:

1. Realizar el diagnóstico comunitario en una comunidad del Distrito federal, con el fin de detectar las necesidades reales y sentidas, así como los recursos con que cuenta esta población.
2. Con los resultados obtenidos en el diagnóstico, llevar a cabo un plan de intervención.
3. Evaluar los beneficios de la intervención.

Objetivos Específicos:

- 1) Evaluar el contexto en el que se desenvuelven los individuos.
- 2) Delimitar el grado de percepción del problema en la comunidad.
- 3) Identificar los factores de riesgo y protectores que inciden en la comunidad.
- 4) Determinar la posibilidad de identificar la población objeto de estudio.
- 5) Precisar la posibilidad de modificar el problema de más relevancia en el diagnóstico comunitario, de acuerdo con los recursos disponibles.
- 6) Promover la salud comunitaria a través de un plan de intervención.
- 7) Especificar la disponibilidad de un agente de cambio apropiado, que en este caso serían los grupos focales.
- 8) Evaluar el tratamiento a corto plazo a los 15, 30 y 45 días.

La necesidad actual por preparar mejores profesionistas en el campo de la Psicología, dio origen al internado en psicología general en 1998, el cual abarca las áreas educativa, industrial, social y de salud. Este programa enfatiza la formación del psicólogo a través de un entrenamiento práctico, su finalidad es dotar al estudiante de los conocimientos, técnicas y habilidades necesarias para responder a las necesidades o demandas psicosociales de los diferentes entornos. Dentro del área de Salud – en donde estamos inmersas – se incluye el trabajo comunitario, el cual consiste en realizar un diagnóstico e intervención en una de las poblaciones menos privilegiadas del D.F.; a través de este se pretende contribuir a que los miembros de una comunidad aprendan a manifestarse y organizarse.

Lo anterior sería poco factible si no se contará con una vinculación psicólogo-institución, por lo cual nos insertamos en un grupo de trabajo del departamento de salud mental del Centro de Salud "Gustavo A. Rovirosa", que pertenece a la colonia Pedregal de Santa Ursula, dada la extensión de dicha comunidad se procedió a elegir el área geostatística (SEB) 100-1, lo cual nos permitió trabajar desde una perspectiva participativa articulando la investigación y la acción a través de la vinculación del psicólogo a la vida cotidiana de la comunidad, todo esto con el fin de desarrollar un proyecto comunitario basado en el conocimiento de la misma, en el que los colonos participen en la transformación de su propia realidad, disminuyendo los costos y ahorrando todo tipo de sufrimiento humano.

A través de los años han surgido diferentes modelos en la Psicología para trabajar con las comunidades, cada uno de ellos tiene su propia concepción de lo que es la comunidad y han creado metodologías distintas para intervenir en ellas. En nuestros días sigue habiendo interrogantes acerca del impacto que tiene el psicólogo en el trabajo comunitario, por esto que la presente investigación, surge del interés de conocer más a fondo la labor que realizan los psicólogos en el campo de la salud comunitaria; que como sabemos es un área de trabajo muy importante, ya que a través de ella, es posible trabajar directamente con grupos de personas interesadas en mejorar las condiciones de la comunidad en la que viven (*por ejemplo: salud infantil, seguridad, violencia, etc*).

Para lograr este cambio, es necesario que la comunidad trabaje unida; es aquí donde el psicólogo de la salud puede apoyar a las comunidades, identificando sus necesidades y recursos, por medio de encuestas que proporcionen los datos suficientes para desarrollar un plan de intervención, que modifique sus estilos de vida y a su vez fomente la participación de la mayoría de los habitantes de la comunidad. Además puede coadyuvar a la alianza entre los líderes de la colonia y otras organizaciones, con el fin de entrenar a las personas, para que adquieran las habilidades necesarias, se organicen por sí solos y busquen los recursos que les ayuden a solucionar los problemas de su comunidad.

Finalmente queremos reiterar que si atendemos las principales problemáticas de salud de la comunidad como: las drogas, la violencia o la agresión, comprendiendo que su génesis involucra múltiples factores que se interrelacionan y crean condiciones que las favorecen y desarrollan, podremos tener la oportunidad de generar modificaciones en las conductas actuales, desarrollando condiciones preventivas basadas en proyectos de desarrollo comunitario que promuevan autonomía social, ya que hoy por hoy son la posibilidad más viable para resolver a mediano y largo plazo los problemas de salud-social que vivimos y compartimos como miembros de una sociedad compleja.

METODO

La presente investigación forma parte de un esfuerzo en conjunto del internado en Psicología general (*área de la salud*), en el que participaron 30 personas, las cuales aplicaron una batería de cuestionarios y pruebas con la finalidad de detectar las necesidades reales y sentidas, así como en los aspectos de salud relevantes para diferentes AGEBS D.F., con el propósito de proceder a diseñar intervenciones relevantes e incidir en su problemática. Dada la amplitud de la presente investigación, esta se realizó en dos fases, la primera corresponde al diagnóstico o detección de los problemas más sobresalientes de la comunidad; y la segunda a la intervención comunitaria y su evaluación.

Fase I: "Diagnóstico comunitario"

En esta fase se trabajó en el AGEB 100-1 de la colonia Pedregal de Santa Ursula, con el objetivo de realizar el diagnóstico comunitario de la zona; el estudio en esta fase fue de tipo exploratorio y se realizó con grupos focales establecidos dentro de la zona a trabajar.

Comunidad

Participaron 157 personas (58 adolescentes, 54 adultos y 18 ancianos), con un rango de edad de 15 a 73 años, de los cuales 99 (63%) eran de sexo femenino, 46 (29%) de sexo masculino y 12 (8%) personas no contestaron; los estados civiles fueron en su mayoría casados y con estudios a nivel secundaria.

Instrumentos

Para conocer las necesidades reales y sentidas de la comunidad se aplicó el Cuestionario de Evaluación Diagnóstica (*Ver anexo 1*). Este cuestionario está integrado por 7 áreas, las cuales se describen a continuación:

Nivel socioeconómico

Salud y vida cotidiana HDL "Forma A"

Redes de apoyo social

Forma de consumo

Uso del tiempo libre

Hábitos alimenticios

Expresividad

- A. Nivel socioeconómico: Delimita los datos generales de la comunidad, consta de 16 preguntas, de las cuales 8 son abiertas e incluyen la edad, ocupación, religión, número de personas que conforman la familia, estatura, peso y complejión; 8 preguntas son cerradas con opciones múltiples y señalan el estado civil, la escolaridad, así como los servicios y problemas que tiene la comunidad.
- B. Salud y vida cotidiana (*tomado del cuestionario de Salud y Vida cotidiana HDL de Moos y Moos 1983, citado en Aduna, 1992*): Integrado por 32 preguntas dicotómicas (*sí/no*); indica las enfermedades más frecuentes de la población, así como algunos síntomas generales en los que se incluyen: insomnio, dolor de cabeza, entre otros.
- C. Redes de apoyo social (*tomado del cuestionario de Salud y Vida cotidiana HDL de Moos y Moos 1983, en Aduna op.cit.*). Lo conforman 43 preguntas de opción múltiple, 11 de ellas miden autoconcepto, 32 definen las conductas de afrontamiento, solución de problemas y uso de recursos sociales.
- D. Formas de consumo (*Medina, 1998*): Detecta el consumo de alcohol, tabaco y drogas, consta de 34 preguntas, de las cuales 21 son abiertas; que determinan la edad de inicio de consumo y alguna adicción; y las 13 preguntas restantes son cerradas y permiten conocer la frecuencia de consumo.

- E. Hábitos alimenticios (*Medina, op.cit*): Consta de 8 preguntas de opción múltiple, mide la frecuencia del consumo de la ingesta de alimentos.
- F. Uso de tiempo libre (*Medina, op.cit*): Se conforma de 7 preguntas de opción múltiple, las cuales precisan el tipo y frecuencia en que se realizan actividades fuera del trabajo.
- G. Expresividad (*Medina, op.cit*): Se compone de 5 preguntas de opción múltiple, permite conocer la frecuencia en que las personas se expresan en el hogar, trabajo o comunidad.

Medimiento

El diagnóstico comunitario se realizó en cuatro pasos: recopilación de datos (*ubicación y límites geográficos*); mapeo ecológico (*Ver guía en el anexo 2*), a través de la observación directa de los recursos educativos, recreativos, físicos y de salud; formación o localización de los grupos focales y aplicación de encuestas formales en el AGEB 100-1 que pertenece a la colonia Pedregal de Santa Ursula.

Como primer paso se determinó la ubicación y limitación de la colonia asignada, descrita a continuación:

El Distrito Federal tiene una superficie de 1,479 Km², que representa menos del uno por ciento del total nacional; la más pequeña de las entidades federativas que integran la República Mexicana; sin embargo, alberga al 10% de la población total (*Gaceta del diario oficial, 1994*). La administración de esta entidad recae en el Departamento del Distrito Federal que a su vez, se divide en 16 delegaciones políticas: Alvaro Obregón, Azcapotzalco, Benito Juárez, Cuajimalpa, Iztacalco, Gustavo A. Madero, Iztapalapa, Magdalena Contreras, Miguel Hidalgo, Milpa Alta, Tláhuac, Xochimilco y Coyoacán.

Dentro de la delegación Coyoacán se localiza la colonia Pedregal de Santa Ursula, considerada como una zona marginal, moderada marginal y baja marginal; esta colonia comprende las calles: Av. Santa Ursula, San Federico, San Emeterio, San Victorio, Santo Tomás, Primera y segunda cerrada de Santo Tomás, San Macario, San Benito, San Ariel, San Cástulo, San Benjamín, San Celso, San León, Cerrada de San León, San Julio, Primera y segunda cerrada de San Julio, Prolongación las Flores, Primera y segunda cerrada de las Flores, San Apolinar, Cerrada de San Apolinar, San Jorge, San Alejandro, San Álvaro y Circuito estadio azteca. Este AGEB, colinda al norte con la avenida Santa Ursula, al sur con la avenida estadio azteca, al este con San Isaura y al oeste con las Flores (*Guía Roji de la ciudad de México, 2000*).

El segundo paso fue la observación física o mapeo ecológico de la colonia Pedregal de Santa Ursula, la cual se realizó partiendo de la periferia al interior de la misma, en el AGEB 100-1. Como se mencionó anteriormente, Santa Ursula es un suburbio del sur de la ciudad, que ostenta una gran avenida dividida por una franja de concreto y grava donde se acumula basura y donde los peatones pueden buscar un refugio momentáneo contra la alta velocidad de los vehículos (*microbuses, taxis, combis o trailers*).

Las casas en ambos lados de la avenida difieren en su construcción, algunas son de ladrillo y otras tantas de concreto; sus paredes terminan en cualquier sitio por lo que algunas son más altas que otras, al pie de ellas se forman charcos de agua a pesar de la existencia de un promedio de 2 a 5 coladeras por calle, las cuales no cumplen su función debido a la irregularidad del terreno y a la acumulación de basura. En algunas partes de la colonia no existen banquetas, si por ello nos referimos a una vía diseñada para la comodidad y seguridad de sus habitantes; las banquetas que existen suelen encontrarse obstruidas por montones de grava, varilla, desperdicios, etc. Los habitantes de esta colonia que no cuentan con un teléfono particular, tienen que caminar de cinco a seis cuadras para tener acceso al teléfono público.

El vecindario no ha podido organizarse satisfactoriamente en cuanto a la compra de ropa, aparatos, muebles, ceres, etc; en su mayoría acuden al mercado ambulante que se instala en la avenida Santa Ursula todos los martes, el cual refleja claramente la situación económica de la colonia (*la cual es difícil de comprender debido a la divergencia entre lo aceptable y la extrema pobreza*); los colonos suelen realizar sus compras recorriendo el mercado en donde uno confunde entre los objetos nuevos e usados, cuando van eligiendo que comprar deben estar pendientes de los autos que circulan por la avenida, lo cual se convierte en un peligro permanente.

La mezcla de religiones protestantes y católica proporcionan un ambiente confuso entre el deber y la devoción, mientras unos realizan misas y arreglan sus altares dedicados principalmente a la virgen María, otros realizan cantos y oraciones. Los lugares de recreación no existen, si nos referimos a este como un lugar en el cual se pueden divertir, jugar, ver árboles, flores, etc. Solo se cuenta con 6 clubes de fútbol, 2 canchas colocadas en las calles y un parque lleno de basura que posee algunos columpios y pasamanos en malas condiciones; este parque se encuentra ubicado a orillas del circuito estadio azteca, por el cual pasa un incesante número de carros a alta velocidad.

Santa Ursula cuenta para educar a sus habitantes con 5 jardines de niños; un oficial (CAIC) y 4 particulares, una primaria y secundaria pública, un instituto particular de nivel medio y escuelas de informática, taw kwan-do, natación y belleza; las cuales en su mayoría proporcionan servicio durante el turno matutino, debido a que existe poca seguridad después de las 6 de la tarde. Otra de las características de esta comunidad es el hecho de que solo una pequeña minoría de los profesionales residen ahí. Esta colonia cuenta con una población aproximada de 7,730 habitantes, de las cuales la mayoría son mujeres (*Instituto de servicios de salud pública del Distrito Federal, 1999*). El promedio de habitantes por vivienda es de cuatro personas (*Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), 1997*).

Para satisfacer los servicios de salud las personas con recursos acuden a un consultorio de medicina familiar, un consultorio y una clínica ortopédica particular, un homeópata y tres consultorios dentales, la gente de bajos recursos se atiende en el centro de salud Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez.

Dado que el tipo de estructura de atención a la salud con la que cuenta una comunidad, incide o ejerce una influencia determinante en los niveles de salud de una población en particular. Se realizó un diagnóstico institucional, con el objetivo de conocer los recursos físicos e humanos con los que cuenta este centro.

El centro comunitario Dr. Gustavo A. Rovirosa T-III-A, cuenta actualmente con 8 consultorios de medicina general, donde se atiende de lunes a viernes (*de 7 a 4 pm*), a un promedio de 65 a 95 personas; las cuales pueden hacer uso de laboratorio de análisis clínicos, rayos X, farmacia u otro servicio auxiliar. Este centro es dirigido por el Dr. Arturo Saldaña, quien se encuentra a cargo de la dirección y del personal; el cual se conforma de 11 médicos generales, 2 especialistas (*dermatóloga y nutrióloga*), 18 enfermeras, 7 trabajadoras sociales y 4 dentistas, los cuales realizan extracciones, amalgamas, resinas, diagnósticos y pláticas sobre el cuidado bucal en las escuelas aledañas.

El departamento de salud mental es dirigido por la Psiquiatra Ernestina Jiménez; su trabajo comprende la realización de historias y valoraciones clínicas; el grupo de trabajo incluye al psicólogo Ernesto Lima, cuya labor consiste en llevar a cabo la evaluación de los pacientes utilizando los siguientes instrumentos: *Bender, Waiss, Wiss, Mesota, Machover y Frases incompletas*. Las historias clínicas que realizan son anexadas al archivo clínico de este departamento, el cual se maneja por año; otras de sus actividades radican en realizar psicodiagnósticos, psicoterapia individual o familiar; generalmente se atiende a un promedio de 8 a 12 personas por día (*de 8 a 4 p.m*). Es importante recalcar que en estos módulos los grupos etéreos que mayor demanda presentan son de 5 a 9, 10 a 15 y 15 a 19, los cuales suman el 60.22% de atención que prestan estos servicios (*Bartolo. F, 1997*).

El tercer paso que se llevo a cabo fue la localización de los líderes de la colonia Pedregal de Santa Ursula, lo cual realizo mediante la colaboración de la trabajadora social encargada de la zona, se concertaron citas con un total de siete personas las cuales se encargan de dirigir la comunidad, una vez concertada la cita acudimos a su domicilio particular en donde les explicamos el propósito de nuestra investigación.

Los líderes de esta comunidad pertenecen a clubs, grupos políticos, etc, son personas interesadas en el bienestar comunitario y todas ellas viven en el AGEB 100-1. Ellos participaron con nosotros, a través del método de bola de nieve donde una persona nos presento a la otra, se nos permitió acudir a los lugares en los que se reúnen, lo cual nos dio pauta para integrarnos a sus actividades y damos a conocer. Se seleccionaron tres grupos focales que estuvieron constituidos por 85 adolescentes (*club de cine*), 54 adultos (*club de herbolaria*) y 18 personas de la tercera edad (*club de ura y manualidades*), todo esto con el fin de tener diferentes puntos de vista.

Una vez seleccionados los grupos se realizó el cuarto paso correspondiente a la aplicación del cuestionario de evaluación diagnóstica, su aplicación se realizo de manera grupal; antes de que lo contestaran se les menciono que el objetivo de la reunión era:

"Trabajar con la comunidad, por lo que les solicitamos contestar este cuestionario, el cual tiene como finalidad detectar las necesidades y problemas que existen en este AGEB. La información que se obtenga tiene el propósito de elaborar un programa de intervención que nos permita ayudarlos a resolver algunas de las necesidades existentes. La información que nos proporcionen será completamente confidencial y solo será utilizada para los fines antes mencionados".

Finalmente se realizó el análisis estadístico y la descripción de los resultados para detectar las necesidades reales de la comunidad. Junto con los líderes comunitarios, se jerarquizaron los problemas más significativos en la comunidad, y con base en ello se planeo una intervención a nivel preventivo que fuera de beneficio para los colonos.

Capítulo 2: "Intervención Comunitaria"

El programa de intervención "Entrenamiento a padres" se empleo como estrategia de prevención para los problemas de agresión y sus implicaciones en la delincuencia juvenil. Tal y como se explico en el capítulo 2, esta intervención se fundamenta en la propuesta de diversos autores como Patterson, Reid y Farrington, entre otros. Ellos afirman que si las conductas agresivas o desobedientes de los niños, no son atendidas tempranamente, estas pueden funcionar y convertirse en un factor determinante, para que se presenten patrones delincuenciales durante la adolescencia.

Para llevar a cabo este programa, fue necesario integrar un grupo focal en el Centro de Atención Infantil Comunitaria (CAIC), este centro recibe a niños de bajos recursos y carece de apoyo psicológico. Dicha institución se localiza en la calle San Alejandro No 562, dentro del AGEB 100-1.

Estos

Se trabajó con 10 diadas madre-hijo y 3 profesoras de la Institución. Los niños (*4 niñas y 6 niños*), fueron alumnos de 1 y 2 año de preescolar, con una edad de 3.10 a 4.10; estos niños fueron reportados por tener problemas de conducta como: desobediencia, berinches, amenazas, gritos y golpes constantes. Las madres se caracterizaron por tener un rango de edad de 23 a 49 años, tienen un nivel de instrucción de primaria o secundaria, se dedican al hogar y pertenecen a un nivel socioeconómico bajo.

enario

Para la aplicación de la entrevista inicial y del curso, se utilizó un aula del Centro de Atención Infantil, la cual medía 5m aproximadamente, sillas individuales y una banca.

Para la aplicación de viñetas o representación de situaciones (*instrucciones generales, hora de comer, juego y dormir*), se utilizó una cámara de Gessell, de 3 x 3 m; que se localiza en el departamento de salud mental del Centro Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez, el cual se ubica en la avenida San Gabriel No 517.

riales

El material que se empleó fue el siguiente:

- Video cámara formato 8mm
- Video cassettes formato 8 mm
- Videocassetera VHS
- Video cassettes formato VHS
- T.V a color
- Proyector de acetatos
- Cuaderno de dibujo
- Lápices
- Cronómetro
- Rotafolios
- Cuadernillo para padres
- Mesa y sillas
- Utensilios de cocina (*una jarra, platos, vasos con figuras animadas, cuchara de plástico, servilletas*)
- Materiales de juego (*diversos juegos como figuras para ensamblar, pelotas, soldados y carritos, animales de granja, entre otros*)
- Diploma de participación en el programa.

strumentos

Entrevista inicial

Cuestionario de probabilidad de obediencia de la conducta CPO

Escala de ambiente social y familiar FES

Sistemas de observación y formatos de registro.

Cuestionario de satisfacción

Entrevista inicial

Se diseñó un formato para recopilar datos en las siguientes áreas:

Identificación; incluye datos generales del niño, nombre y edad, dirección, nombre de la madre, etc.

Antecedentes; datos de la gestación, y del pre y post- parto.

Contexto familiar y socioeconómico; permite conocer la dinámica familiar y el nivel económico de la familia.

Descripción del problema; identifica la conducta inadecuada del niño y los eventos que antecedieron y le siguieron a la conducta; también ayuda a definir las estrategias de disciplina utilizadas por la madre (*Ver anexo 3*).

Cuestionario de Probabilidad y Obediencia CPO (*Durcharme & Ayala, 1990, en Ayala et al., 1994*).

Este cuestionario se aplicó durante la entrevista, con el propósito de detectar las órdenes o instrucciones en donde el niño desobedecía. Una vez detectadas fueron utilizadas en las viñetas (*Ver anexo 4*).

Mide la probabilidad de que el niño obedezca con base a la petición de los padres; cuenta con 122 reactivos con 5 opciones de respuesta en el área de higiene, comida, dormir, área educacional-imitativa, social, motora y general; (*por ejemplo levántate, apaga la luz, ponte el pantalón, lávate los dientes, etc*). Al final del cuestionario incluye 10 reactivos para que el padre o la madre escriban instrucciones particulares.

Escala de ambiente social y familiar FES (Moos, 1974 en Cruz, 1994).

La escala se aplico antes y después del tratamiento. Mide las características del ambiente familiar de cualquier tipo familia y la percepción que tiene un individuo de la misma; consta de 90 preguntas cerradas F/V, que forman 10 subescalas divididas en tres dimensiones:

Dimensión de relaciones familiares: contiene las subescalas de cohesión, expresión y conflicto; analiza el apoyo, el nivel de agresión o angustia y la motivación que existe en la familia.

Dimensión de desarrollo de personal; se divide en independencia, orientación hacia las metas, cultura-intelectual, acción-recreación y énfasis moral-religioso; evalúan el grado en que los miembros de la familia son autosuficientes, sus aspiraciones, grado de normas y valores que poseen.

Dimensión de mantenimiento del sistema familiar: contiene las subescalas de organización y control, estas miden el grado de importancia de la organización, responsabilidad y estructura para planear las actividades dentro de la familia (Ver anexo 5).

Sistemas de observación y formatos de registro.

Registros observacionales:

- Registro de conductas inadecuadas y prosociales del niño, se diseño para registrar la ocurrencia de las conductas inadecuadas y prosociales que presentan los niños a la hora de recreo; cuenta con 10 categorías conductuales, las cuales fueron obtenidas de los registros anecdóticos previamente realizados; este registro tiene una duración de 10 minutos, divididos en intervalos de tiempo de 10 segundos (Ver anexo 6). Fue aplicado en las etapas de línea base-tratamiento y seguimiento, evalúa las siguientes categorías:

CONDUCTA	CLAVE	DEFINICIÓN
Pegar	PE	Golpear con las manos, pies u objetos a otros compañeros o cosas.
Empujar	EM	Aventar a un compañero con las manos o con el cuerpo.
Jalar	JA	Tomar a un compañero por la ropa y/o sacudirlo varias veces.
Gritar	GR	Emitir sonidos o palabras en tono elevado dirigido hacia un compañero.
Arrebatar	AR	Quitar un juguete a un compañero sin su consentimiento.
Aventar	AV	Aventar un juguete hacia un compañero o al suelo.
Desobedecer	DS	No hacer caso ante las indicaciones o instrucciones dadas por un adulto.
Insultar	IN	Dirigir palabras ofensivas a otros.
Mímica agresiva	MA	Hacer muecas, enseñar la lengua o mirar de manera amenazadora.
Contacto físico positivo	FP	Emitir conductas adecuadas hacia otra persona como abrazar, tomar de la mano, dar palmadas en la espalda a compañeros o adultos.
Compartir	CM	Ofrecer comida a un compañero o permitirle usar el mismo juguete.
Defender	DF	Impedir o tratar de impedir que agredan a un compañero.

Confiabilidad

Se obtuvo una confiabilidad intersujetos, en donde las dos observadoras registraron de manera simultánea e independiente las conductas emitidas por el niño; se compararon los registros de ambas observadoras al inicio de cada base de la investigación; para obtener la confiabilidad se utilizó la siguiente fórmula:

$$\frac{\# \text{ Acuerdos}}{\# \text{ Acuerdos} + \# \text{ Desacuerdos}} \times 100$$

Obteniéndose en la línea base una confiabilidad de 90%, en el tratamiento y en seguimiento de 92% respectivamente.

> Registro Antecedente Conducta Consecuente (ACC):

Este registro fue utilizado durante el tratamiento, con el fin de que las madres identificaran ejemplos de las conductas inadecuadas de sus hijos y las estrategias de disciplina que utilizaban. En este registro la madre describe la situación de todas las conductas inadecuadas (*identificadas previamente*) que el niño realizó durante la semana; su formato incluye los antecedentes (*lo que ocurre antes*), la conducta (*conducta inadecuada*) y las consecuencias (*la madre elogio, premió, castigó o ignoró*), las personas presentes, la fecha, hora, y el lugar en el que se presenta la conducta (*Ver anexo 7*).

> Registro diario de obediencia diaria del niño en casa (RDO):

Este registro se aplicó antes y después del tratamiento. Consta de 10 instrucciones, seleccionadas por la madre y una opcional; estas instrucciones se dan al niño diariamente, se registra si obedece a la primera vez que se le ordena, a la segunda o no obedece al darle dichas instrucciones (*Ver anexo 7*).

> Registro de seguimiento instruccional

Este registro se aplicó antes y después del tratamiento para evaluar las viñetas; "Instrucciones generales y Hora de dormir". Consta de 9 categorías que incluyen: obtener atención, dar la instrucción clara y específica, esperar intervalo de 10 seg, elogiar, repetir la instrucción, obtener atención, elevar el tono de voz, esperar intervalo e instigar físicamente (*Ver anexo 8*).

> Registro de uso de reglas

Este registro se aplicó antes y después del tratamiento para evaluar la viñeta "Hora de comida"; esta conformado por 7 categorías que incluyen: explicar la regla al niño, establecer la recompensa positiva y negativa, repetir la instrucción, dar advertencias, pérdida de privilegio o dar privilegio (*Ver anexo 8*).

> Registro de interacción

Este registro se aplicó antes y después del tratamiento para evaluar la viñeta "Hora de juego". Tiene una duración de 10 minutos divididos en intervalos de 10 segundos; esta integrado por 9 categorías que incluyen: contacto físico positivo, elogiar, contacto visual, sonreír, compartir, contacto físico negativo, desaprobar, gritar e ignorar (*Ver anexo 9*).

Cuestionario de satisfacción.

Para la validación social del programa se diseñaron dos cuestionarios que fueron aplicados al finalizar el tratamiento. El cuestionario de madres tiene 20 preguntas y el de maestras 16; ambos poseen opciones de respuesta tipo Likert que van de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo, las preguntas que incluyen fueron agrupadas en las siguientes áreas:

Cambio en las habilidades de las madres; mide los cambios en la manera de dar las instrucciones por parte de los padres.

Cambio en la conducta del niño; evalúa los cambios en la conducta del niño.

Satisfacción con el terapeuta; evalúa si el terapeuta cumplió con las expectativas de las personas.

Satisfacción con el programa; evalúa el programa en general respecto a su efectividad (*Ver anexo 10*).

Variables

Variable independiente

Aplicación del programa de Entrenamiento a Padres.

Variable dependiente

Ocurrencia de las categorías conductuales en el niño.

Estrategias de instrucción de la madre.

Diseño

- B - A -

Donde:

A = Línea base.

B = Aplicación del tratamiento.

A' = Seguimiento.

Procedimiento

La aplicación y evaluación del programa se realizó en 11 sesiones divididas en tres etapas: (3) línea base, (5) tratamiento y (3)seguimiento a 15, 30 y 45 días.

Inicio al EP

Se comenzó por una adaptación a la institución por parte de las observadoras, se obtuvieron los reportes por parte de las profesoras y se realizaron registros anecdóticos durante 2 semanas de los niños que mostraban conductas inadecuadas (*pegar, gritar, llorar, desobediencia, etc*); con base en ello se diseñó el registro de ocurrencia de conductas inadecuadas y prosociales.

Posteriormente se impartió una plática de sensibilización a todas las madres de la institución, en donde se les dio a conocer el desarrollo general de los menores, algunos factores importantes que pueden desencadenar las conductas inadecuadas, y se les proporcionaron alternativas de solución, como el programa de Entrenamiento a padres. La inscripción de las madres al programa, se realizó de manera voluntaria, una vez que se les proporcionaron los requisitos e debían tener los menores para ingresar al programa. Estos requisitos incluyeron:

- Estar inscrito en la institución y acudir regularmente.
- Ser reportados por la maestra y presentar conductas inadecuadas como: desobediencia, pegar, jalonear, gritar, etc.
- No usar medicamentos
- No estar en otro tratamiento psicológico.

nea base

En las sesión 1 y 2 se entrevistó a la mamá, y se identificaron la o las conductas inadecuadas de su hijo; a continuación se aplicó el CPO, el FES y se firmó una carta compromiso por ambas partes (*Ver anexo 11*). Al finalizar la segunda sesión, se les explicó el llenado de los registros ACC y RDO; recalándoles que este último debía ser llenado en casa, durante la duración del programa; es importante señalar que durante todo el programa se mantuvo contacto telefónico constante con las madres participantes. A partir de este momento, se inició el registro de los niños seleccionados, durante la hora de recreo (*en diferentes momentos*), con el formato de registro de las conductas adecuadas y prosociales del niño, hasta que la ocurrencia de estas fue estable.

En la sesión 3 se realizó la aplicación de viñetas-situaciones simuladas-*(pretest)*: cada una de las situaciones tuvieron una duración de 10 minutos, al término de estas no se dio retroalimentación a las madres; ya que el propósito era observar y videografiar, sus estrategias de disciplina. Cabe mencionar que en la realización de las viñetas, una de las observadoras fungió como terapeuta y otra como hijo. A continuación se describen las 4 situaciones que se utilizaron:

SITUACIONES	ACTIVIDAD
Instrucciones generales	Se le pidió a la mamá que diera la primera instrucción y esperara 10 segundos, a que el niño la obedeciera, luego diera la siguiente y así sucesivamente. Esta situación incluyó 9 instrucciones, las cuales fueron obtenidas del CPO. Estas instrucciones pueden consultarse en la tabla 1 (<i>Ver anexo 12</i>).
hora de la comida	Aquí se le indicó a la mamá que estableciera las reglas durante la comida, como no pararse de la mesa o tronar la boca (<i>Ver anexo 13</i>).
hora de juego	Aquí se le pidió que jugara con el niño como acostumbran hacerlo (<i>Ver anexo 14</i>).
hora de dormir	Se le dijo a la mamá que mandara a dormir al niño (<i>Ver anexo 15</i>).

tratamiento

El tratamiento se impartió en 5 sesiones (*de hora y media cada una*), en las cuales se dio a conocer el programa a las madres de familia. Cabe señalar que en todas las sesiones se empleó el modelamiento, juego de roles y se dio retroalimentación; paralelamente se continuó con el registro de las conductas inadecuadas y prosociales del niño en la situación.

En la sesión 4 se dio la bienvenida y el objetivo del curso, los temas de esta sesión fueron los siguientes:

Consecuencias positivas y negativas (*definición, importancia, y factores más importantes que mantienen las conductas de desobediencia y agresión*).

Técnicas de modificación de la conducta inadecuada y características de un programa exitoso.

Manejo del tiempo disponible

Como controlar la influencia de otros

Cambios que pueden hacerse en el ambiente físico.

En la sesión 5 se revisaron los temas:

Sorprenda al niño siendo bueno

Consistencia

Procedimientos para incrementar la conducta

Recompensas

Ignorar como una técnica de manejo infantil

Reglas para el uso de castigos

En la sesión 6 se impartieron los temas:

Introducción a las actividades planeadas
Identificación de situaciones de riesgo
Importancia de la organización y manejo del tiempo
Como involucrar al niño en las actividades
Importancia de establecer reglas
Como asegurar el cumplimiento de reglas
Guía para emplear advertencias
Pérdida de privilegios

En la sesión 7 se vieron los temas:

Enseñanza incidental
Solución de problemas en familia
Procedimiento para dar instrucciones alfa

En la sesión 8 se enseñaron los temas:

Interacción social y su importancia en la relación madre-hijo.
Interacción social inadecuada
Interacción social adecuada

Paralelamente se continuo registrando la conductas inadecuadas y adecuadas de los menores en el contexto de recreo.

Al término del tratamiento se aplicaron los instrumentos:

- > Escala de ambiente social y familiar (FES), para evaluar el cambio en la percepción familiar de la madre.
- > Registro diario de obediencia del niño en casa (RDO), para valorar los cambios en la conducta de obediencia por parte del menor.
- > Registro de ocurrencia de conductas inadecuadas y prosociales, con el fin de ver los cambios en la conducta desobediente o agresiva y prosocial del niño.
- > Aplicación de las viñetas (postest), para apreciar los cambios en las estrategias utilizadas por las madres.
- > Cuestionario de satisfacción a madres y profesoras; para conocer la validación social del tratamiento.

Seguimiento

Se llevaron a cabo 3 sesiones de seguimiento a los 15, 30 y 45 días, en donde se registro nuevamente a los niños ante el recreo y se observaron las habilidades adquiridas por las madres a través del mantenimiento de las conductas aprendidas de los niños.

Paralelamente se capacitó a las maestras dándoles a conocer el programa, sus fundamentos teóricos, el manejo de entrevista, los registros e instrumentos utilizados; en un total de 8 sesiones de una hora y media cada una; por otra parte es importante recalcar que se les proporciono retroalimentación durante las actividades cotidianas que eran afines al programa. Finalmente se reunió a las madres, niños y maestras para darles las gracias por su participación y entregarles un diploma por haber concluido el programa satisfactoriamente.

RESULTADOS

En esta sección de nuestra investigación, expondremos los resultados obtenidos de la fase de diagnóstico e intervención comunitaria. La primera obedece a un orden exploratorio/descriptivo, en donde se detectaron las necesidades y problemas que presenta la comunidad, y la segunda evalúa el programa de intervención aplicado.

Fase I: "Diagnóstico comunitario"

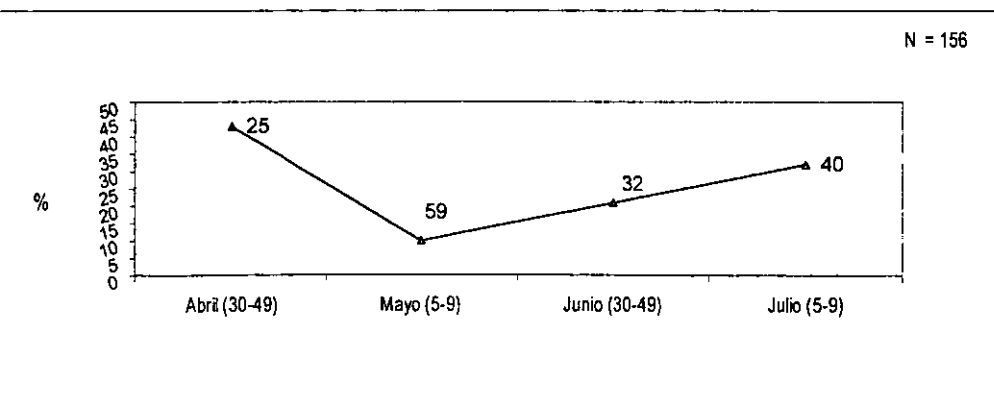
En esta fase se describen los resultados de dos puntos: el primero incluye lo obtenido en el Centro de Salud de la comunidad y el segundo los resultados de la aplicación de la batería de "Evaluación diagnóstica".

En lo que respecta al primer punto, se observó que existe un único programa para atender la población infantil de Santa Ursula, en el centro de salud, Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez. Este programa fue creado para atender al niño maltratado y se encuentra a cargo de una psicóloga independiente. Cabe mencionar que este único programa resulta suficiente si tomamos en cuenta que el 30% (3, 650), de la población de Santa Ursula son menores de edad, incluyendo preescolares de 4 años hasta adolescentes de 19 (Servicios de salud pública, 1999).

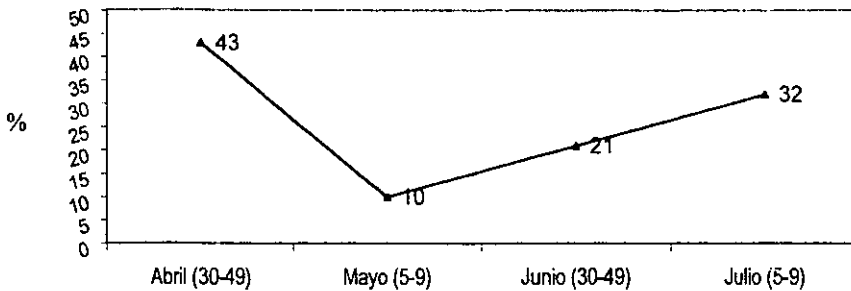
Con respecto a los cinco principales problemas de salud que presentan los habitantes de esta colonia; se destacaron por orden de importancia los siguientes (Dirección general de servicios de salud pública en el D.F., 2000):

- Enfermedades del sistema respiratorio (como la tos o gripe) 476 casos.
- Lesiones 156 casos (Ver figura 1.)
- Enfermedades del sistema genitourinario (como cáncer uterino).
- Trastornos mentales 106 casos (Ver figura 2).
- Enfermedades infecciosas y parasitarias 73 casos.
- Enfermedades del sistema digestivo (como la diarrea y gastritis entre otras) 70 casos.

Es importante señalar que el total de casos reportados en las siguientes figuras, incluye el periodo de marzo a julio del 2000.



La figura No 1: muestra el No de casos que se registraron en la categoría de lesiones (traumatismos en piernas y brazos). La ordenada muestra el porcentaje de incidencia y la abscisa el mes y los rangos de edad afectados, en los que predominaron básicamente la población infantil y adolescente.



La figura No 2: muestra el No total de casos que se registraron en la categoría de trastornos mentales y del comportamiento. La ordenada muestra el porcentaje de incidencia y la abscisa el mes y los rangos de edad afectados.

Dentro de las enfermedades más frecuentes en el centro, se encontraron los trastornos mentales y del comportamiento, como puede observarse en la figura 2, los rangos de edad que prevalecieron fueron de 30 a 49 años (*depresión, ansiedad e hipocondría*), y de 5 a 9 (*problemas de conducta*); el número de casos reportados, incluye el área salud mental y el programa del niño maltratado que se lleva a cabo en el centro.

El fomento a la salud en el centro, se lleva a cabo a través del desarrollo de programas; los cuales se encuentran a cargo del jefe de atención médica y la epidemióloga. Estos programas se ocupan de la prevención de enfermedades infecciosas, respiratorias, planificación familiar, detección de cáncer cervicouterino, diabetes mellitus e hipertensión. Debido a que los programas que se llevan a cabo no atienden todos los problemas de salud de la comunidad, se realizan canalizaciones a otros centros de violencia intrafamiliar, adicciones, problemas de conducta, alcoholismo, embarazo adolescente y enfermedades crónicas degenerativas. Es en este aspecto que debe destacarse el carácter multidisciplinario, que existe actualmente en el campo de la salud, en el cual el psicólogo debe integrarse al colectivo de profesionales que trabajan en esta rama, realizando aportaciones que ayuden a reestructurar los estilos de vida particulares de una comunidad, mediante la identificación de conductas o comportamientos de alto riesgo; así como del fortalecimiento de los recursos personales y colectivos a través de la enseñanza de los factores protectores a nivel comunitario, los cuales deben ayudar a mejorar la salud y la calidad de vida que tiene la comunidad.

Por otra parte se realizó el análisis del Cuestionario de Evaluación Diagnóstica, que comprende las áreas de nivel socioeconómico, salud y vida cotidiana, redes de apoyo social, formas de consumo, uso del tiempo libre, hábitos alimenticios y expresividad, obteniéndose los siguientes resultados:

el socioeconómico:

La edad de las personas participantes ($N=157$) comprendió un rango de 15 a 73 años, con una $X = 30$ y una $S = 67$; de los sujetos evaluados la mayoría pertenece al género femenino (63%).

En lo que respecta al nivel de escolaridad, se encontró que la mayoría de las personas estudiaron la secundaria (29%) y la primaria (20%), es importante mencionar que la colonia no dispone de escuelas públicas a nivel preparatoria y universidad. Referente a su ocupación, la mayoría se dedica al hogar, son empleados o estudian.

Los principales problemas que existen en la comunidad son representados en la figura 3, destacándose: el pandillerismo, la ingesta de drogas, la falta de vigilancia pública, el daño a propiedad ajena y el asalto domiciliario; es importante mencionar que cada uno estos problemas se encuentran relacionados entre si y fomentan altos niveles de violencia y/o agresividad, en la colonia.

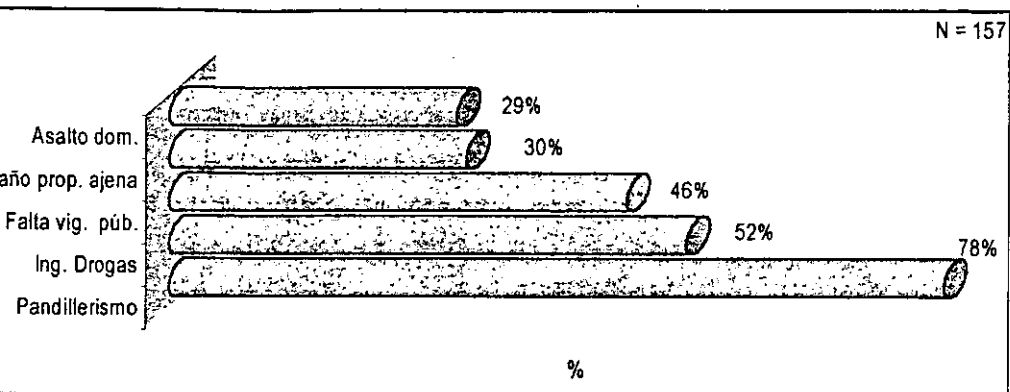


Figura No 3: La siguiente figura muestra los porcentajes de los cinco principales problemas que se presentan en la comunidad.

Salud y vida cotidiana:

Con respecto a las enfermedades, un 45% reportó dolores de cabeza, 29% de estómago y 26% se percibió débil y cansado sin presentar una enfermedad mayor. Un 42% se describió activo, (29%) se consideran algo agresivos y (27%) nada ambiciosos.

Redes de apoyo social

En relación a las estrategias o formas de resolver un problema indicaron que frecuentemente tratan de saber más acerca de la situación (39%), algunas veces se desquitan con otra persona cuando están enojados o deprimidos (37%), a veces toman las cosas como vienen (36%) y nunca hablan con profesionales para resolver sus problemas (11%).

Referente a cómo reducen la tensión ante sus problemas, la mayoría suele comer (25%), hacen ejercicio (22%), toman (20%), toman tranquilizantes (18%) o beben alcohol (15%). Sobre el apoyo percibido por las personas, la mayoría prefiere contar con 2 o 3 amigos, con los que pueden contar en tiempos difíciles.

Consumo de drogas:

En esta área un 30% consumió el último año bebidas alcohólicas y un 27% fuma ocasionalmente. En ambos casos el momento de inicio fue a los 16 años, en una fiesta, por curiosidad.

Alimentación:

En este rubro las personas mencionaron que frecuentemente hacen tres comidas diarias y realizan otra actividad al mismo tiempo (49%), algunas veces incluyen en su dieta verdura o fruta (43%) y casi nunca comen en la calle (37%).

del tiempo libre

En relación al empleo del tiempo libre mencionaron que tienen una afición especial (68%) como: leer, cantar, bailar, coleccionar o practicar ejercicio las cuales realizan una o dos veces por semana (36%), por otra parte destacaron que no quieren ocupar su tiempo en reuniones con amigos o familiares haciendo uso del alcohol (39%).

resividad

En este apartado la gente señaló que frecuentemente tienen una comunicación significativa con alguno de sus seres queridos (37%), casi nunca sienten que lo que expresan no es bien recibido por su pareja, hijos, etc (41%) y nunca sienten limitados por las personas con las que conviven (36%).

Dado que los resultados indican que el principal problema salud-social que presenta la comunidad es el delirismo, se recomienda aplicar un programa de intervención como el Entrenamiento a Padres, el cual incide en la prevención temprana de la delincuencia juvenil. Tal y como se menciona en el capítulo 2, este programa puede ser eficaz a los colonos ampliamente ya que puede ser aplicado a nivel grupal con cualquiera de los padres, además contribuye para que adquieran las habilidades necesarias para controlar la conducta inadecuada de sus hijos y fomenta la implementación de medidas de disciplina aversivas, que generan más agresión o violencia. Es por esto que nuestra tarea como psicólogas de la salud consistirá en trabajar conjuntamente con las madres de niños con conductas inadecuadas, con el propósito de reducir estos problemas a largo plazo y mejorar su estilo de vida.

Figura II: "Intervención comunitaria"

Como se menciona anteriormente este programa se impartió en el CAIC y en el Centro de Salud Gustavo A. Mariño Pérez, con un grupo focal en el que participaron 10 diadas madre-hijo y tres profesoras de la institución CAIC. En la continuación se presentan los datos generales obtenidos en los instrumentos utilizados con las madres, los cuales están descritos anteriormente en el método.

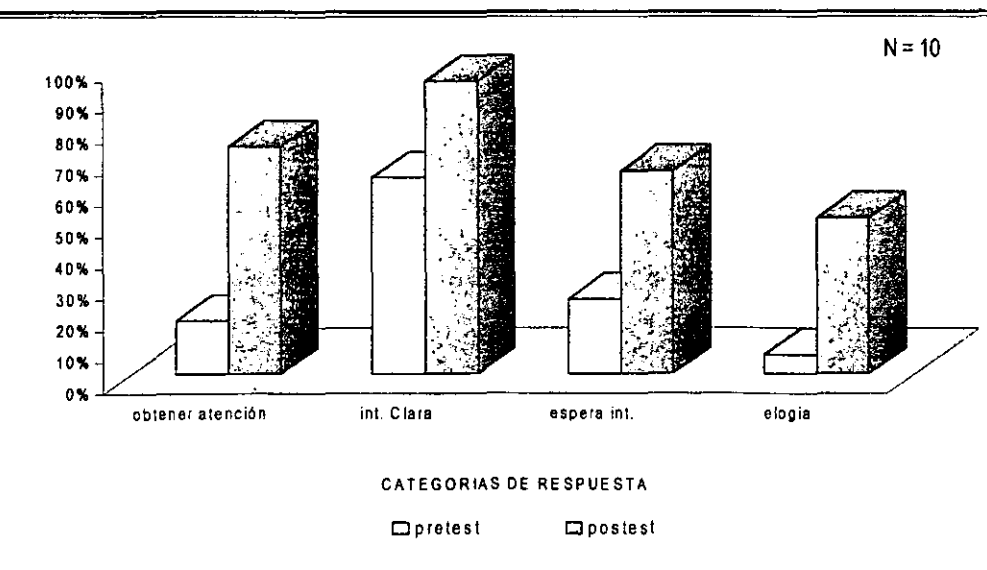


Figura No.4: La siguiente figura muestra el porcentaje promedio de ocurrencia del comportamiento instruccional de 10 madres antes y después del tratamiento.

En la figura 4 se muestran los porcentajes de ocurrencia de la situación uno, que corresponde al comportamiento instruccional de las madres. Durante la fase de tratamiento, el 17% obtuvieron atención, el 63% proporcionaron la instrucción clara, el 24% de las ocasiones esperaron el intervalo de 10 seg., y el 6% proporcionaron elogio. En esta situación las madres emplearon muchas advertencias o amenazas con contacto físico negativo ("si no guardas el orden no te compro nada mañana jalando el brazo"), y reprobación constante ("eso esta muy mal, hiciste puros platos"), también utilizaron instigaciones físicas y/o verbales. En el postest se observó que el 17% de las madres obtuvieron atención, un 94% dieron la instrucción de forma clara y específica, un 65% esperaron 10 seg., y el 50 % proporcionaron elogio (*con palmaditas en la espalda ,abrazos, aplausos etc*). Cabe señalar que algunas madres realizaron el modelamiento con sus hijos cuando no obedecían, es decir, ejemplificaron la instrucción para que su hijo la imitara; a su vez, se observó una disminución del uso de amenazas y desaprobación.

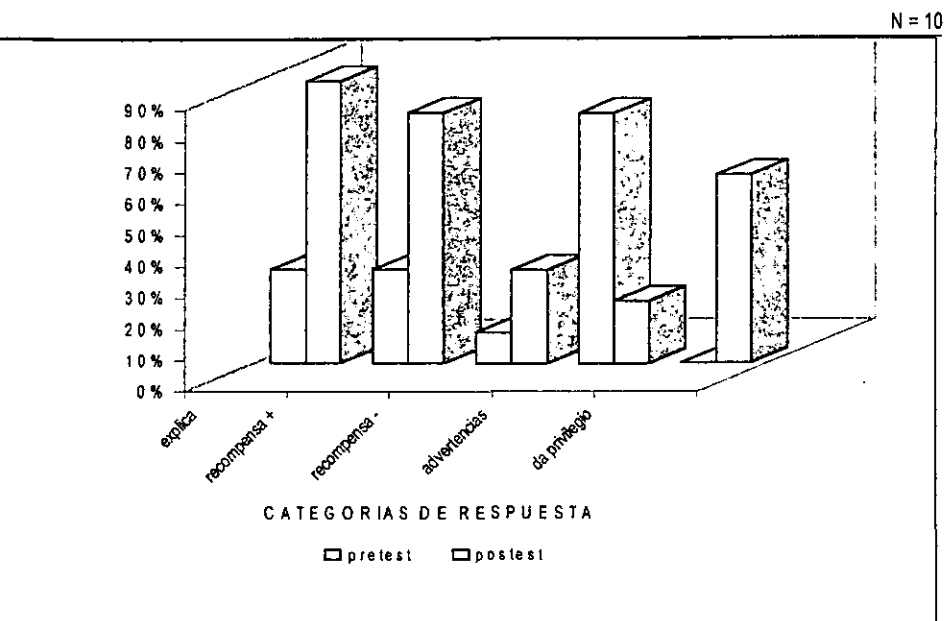


Figura No.5: La siguiente figura muestra el porcentaje promedio de ocurrencia obtenido por las 10 madres durante el pretest y postest en el establecimiento de reglas durante la comida.

En la figura 5 en el pretest de la situación dos "establecimiento de reglas en la hora de la comida", el 30% de las madres explicaron la instrucción y proporcionaron recompensas positivas, el 10% dieron recompensas negativas, un 10% emplearon advertencias ("recoge los trastes o no sales o te voy a pegar sino te comes todo"), y ninguna proporcionó privilegios. Algunas de las madres utilizaron desaprobación ("asi comen los puerquitos o los niños bonitos arruinan la boca ni se paran") e inclusive algunas dieron golpes y jalones. En el postest el 90% explicaron la instrucción, un 80% dieron recompensas positivas, el 30% proporcionaron recompensas negativas, un 20% utilizaron advertencias y el 60% dieron privilegios. Cabe mencionar que las madres emplearon el elogio ("muy bien o aplausos") y el modelamiento; algunas acomodaron el ambiente físico necesario para que el menor no se levantara, por ejemplo, acomodaron en la mesa, el vaso favorito del niño antes de comer.

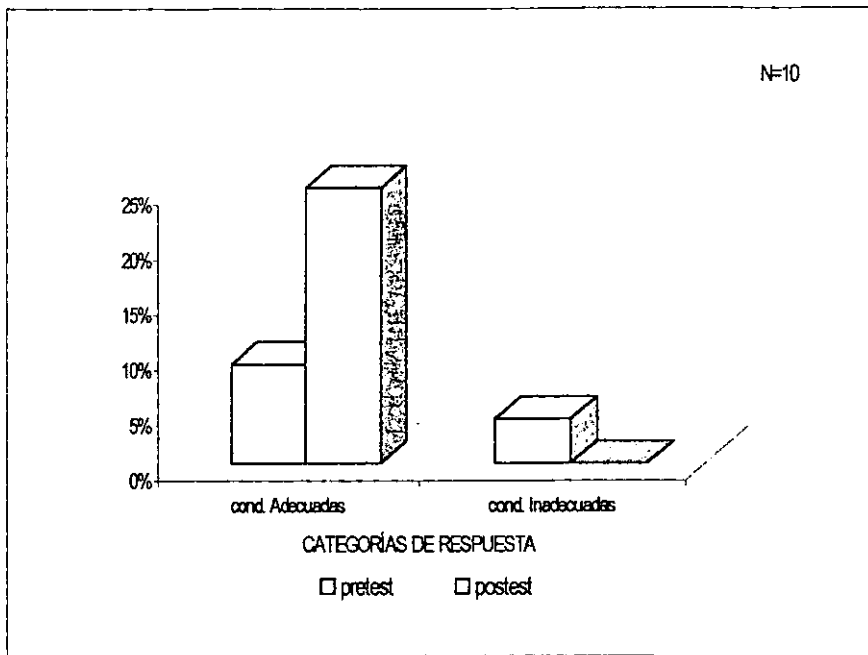


Figura No.6: La siguiente figura muestra los porcentajes promedio de ocurrencia obtenidos por las 10 madres, antes y después del tratamiento durante la interacción en juego.

En la figura 6 de la situación tres "interacción durante el juego"; se observó que en el pretest un 9% de las madres presentaron conductas adecuadas como contacto visual, sonreír y compartir y el 4% presentaron conductas inadecuadas como desaprobar (*"así no se hace, esta mal o te dije, que así no"*), ignorar (*"cada quien realizaba su juego sin hablar"*) o golpear. En el postest, el 23% de las madres presentaron conductas adecuadas como contacto físico positivo (*linditas, abrazos*), y emplearon elogio durante la interacción, esto estimuló el diálogo madre-hijo; por otra parte las conductas inadecuadas como el desaprobar, ignorar, gritar o golpear, desaparecieron por completo al finalizar el programa.

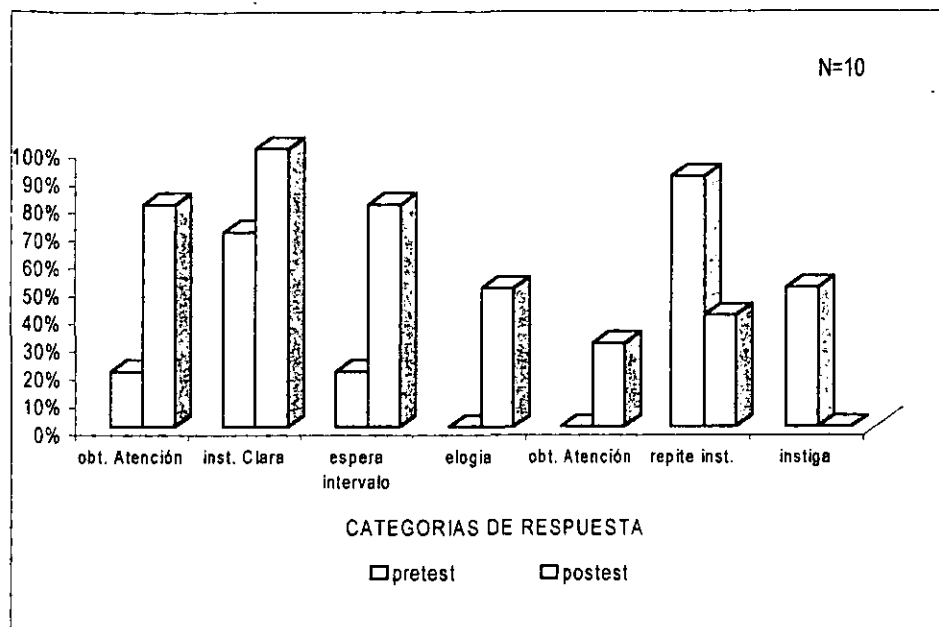


Figura No.7: La siguiente figura muestra el porcentaje de ocurrencia promedio obtenido por las 10 madres en la situación hora de dormir.

En la figura 7 se representa la situación cuatro "hora de dormir"; en el pretest, se observó que el 20% de las madres obtuvieron atención en la primera instrucción, el 70% dieron la instrucción clara y específica, un 20% esperaron el intervalo de 10 seg., el 0% proporcionaron elogio; un 90% repitió la instrucción sin obtener atención, otorgando muchas variaciones ("bueno, otro ratito, pero ahora sí, cuando acabe el programa te vas a dormir, o cuando llegue tu papá apaga la tele"), y el 50% instigó verbalmente ("si no me obedeces, te apago la luz o ya vete a dormir o te pego o me voy eh"), o físicamente jaloneándolos. En el postest el 80% obtuvieron atención, un 100% dieron la instrucción clara y específica, el 80% esperaron el intervalo de 10 seg., un 50% utilizaron elogio; al dar la instrucción por segunda vez, el 90% obtuvieron atención, un 40% la repitió y ninguna instigó.

En la figura 8 se muestran los porcentajes obtenidos por las madres en la Escala de ambiente social y familiar (EAS). En el pretest un 66% de las madres reportó tener relaciones familiares satisfactorias, el 29% dijo tener conflictos familiares en su hogar, un 55% mencionó tener un adecuado desarrollo personal y el 61% percibió un mantenimiento en el sistema familiar. En el postest, se observó que el 87% reportó tener relaciones familiares satisfactorias, esto es, el 21% percibió, tener más comunicación y apoyo familiar, el 14% presentó menos conflictos familiares en su hogar, un 71% dijo tener un adecuado desarrollo personal y el 71% reportó el mantenimiento del sistema familiar, es decir, tuvieron más control y organización en su familia. Los porcentajes obtenidos por cada una de las madres antes y después del tratamiento, pueden observarse en la tabla 2 (Anexo 16).

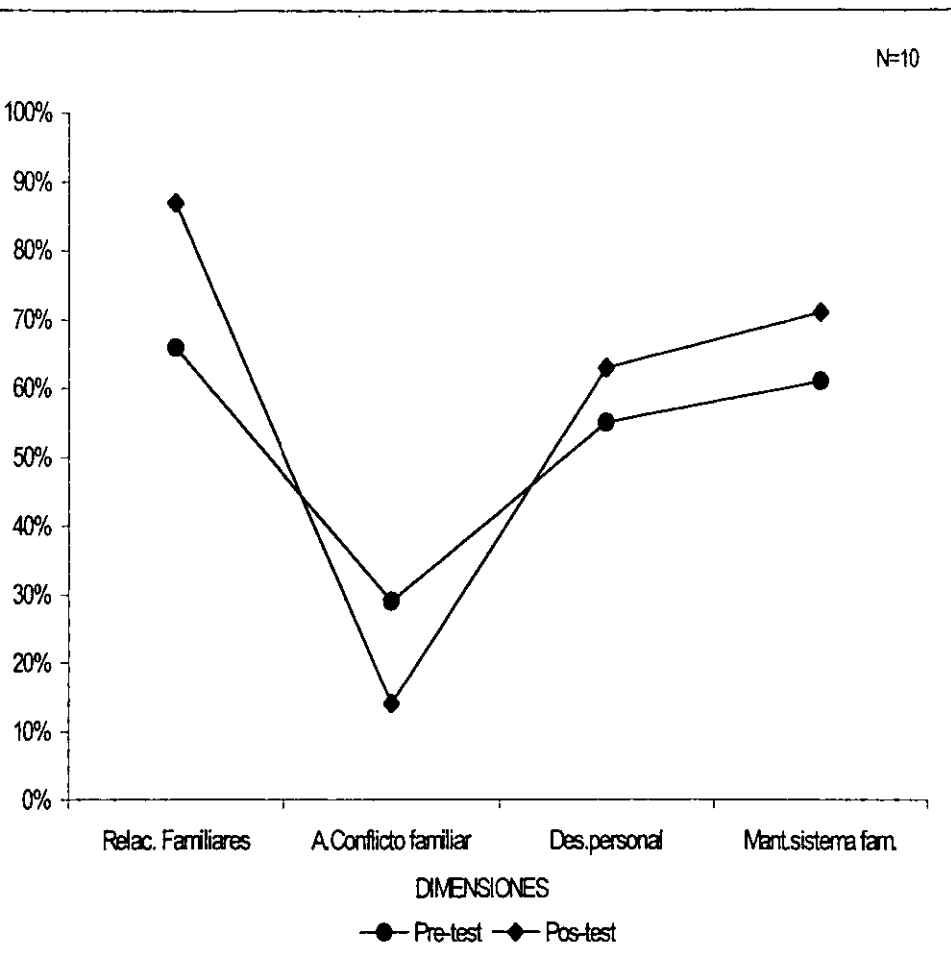


Figura No.8: La siguiente figura muestra los porcentajes globales obtenidos por las 10 madres en la Escala de bienestar social y familiar (FES) antes y después del tratamiento.

A continuación se presentan los resultados de las evaluaciones realizadas con los niños observados, durante el tratamiento.

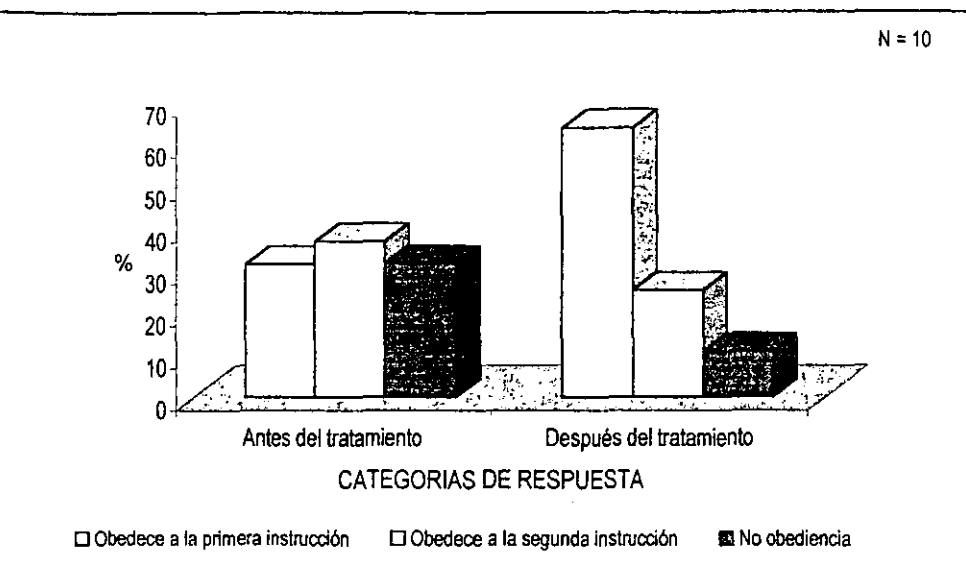


Figura No9: La figura muestra el promedio en porcentaje de obediencia obtenida en los 10 niños a la primera, segunda instrucción, así como en la no obediencia antes y después del tratamiento.

En la figura 9, se puede observar que antes del tratamiento un promedio de 31.5% de los niños obedeció a la primera instrucción, un 36.9% a la segunda y 31.6% no obedeció. En el posttest el 64.1% obedeció a la primera instrucción, 25.2% a la segunda y un 10.7% no obedeció. La diferencia antes y después del tratamiento fue de 32.6% en obediencia a la primera instrucción, 11.7% en obediencia en la segunda y 20.9% en no obediencia. Los resultados individuales obtenidos en este registro se pueden consultar en la tabla 3 (Anexo 16).

Los resultados individuales de cada niño en el registro de conductas inadecuadas, se ilustra a continuación por medio de un análisis de tres casos observados en la población total de 10 niños. Estos casos fueron elegidos por ser representativos, el primero muestra la mejor ejecución, el segundo la peor ejecución, y el tercero representa una ejecución promedio, durante las tres fases de la investigación: línea base, tratamiento y seguimiento.

CASO 1

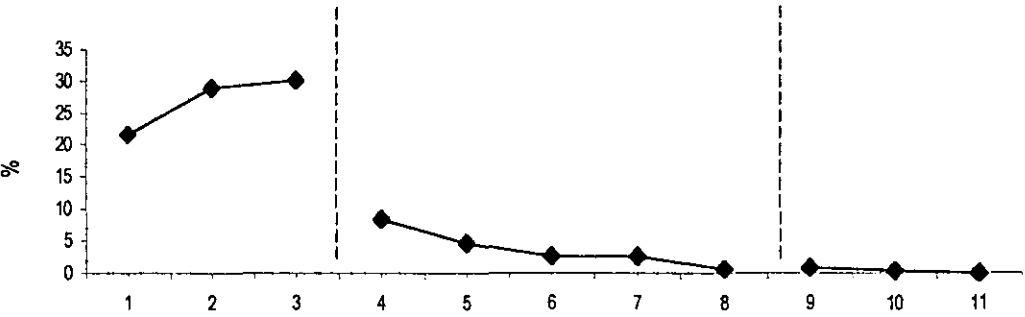


Figura No.10: La siguiente figura muestra el porcentaje de ocurrencia del comportamiento inadecuado del niño durante las tres fases de estudio.

La figura 10, muestra en la ordenada el porcentaje de ocurrencia del comportamiento inadecuado del niño, la abscisa representa las sesiones a lo largo de las fases de línea base, tratamiento y seguimiento. El porcentaje de ocurrencia del comportamiento inadecuado del niño, fue de 27% en línea base, 3.5% en tratamiento y .40 en seguimiento. Las conductas que disminuyeron fueron pegar, jalar, desobedecer y arrebatar.

CASO 2

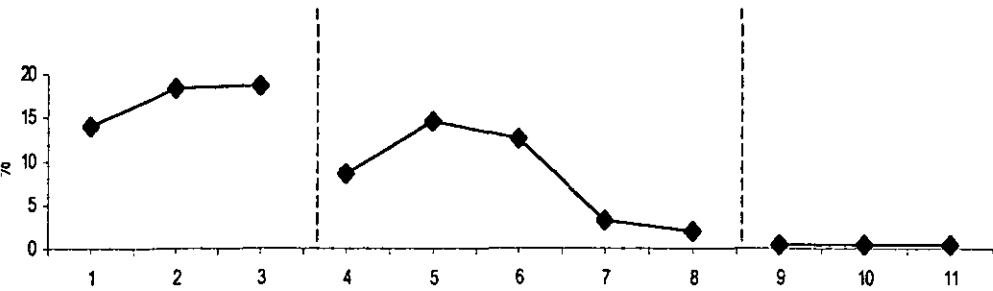


Figura No.11: La siguiente figura muestra el porcentaje de ocurrencia del comportamiento inadecuado del niño, en tres fases de estudio.

La figura 11, muestra en la ordenada el porcentaje de ocurrencia del comportamiento inadecuado del niño, la abscisa representa las sesiones a lo largo de las fases de línea base, tratamiento y seguimiento. El porcentaje de ocurrencia del comportamiento inadecuado del niño, fue de 17% en línea base, 8.2% en tratamiento y .40 en seguimiento. Las conductas que más disminuyeron fueron empujar y arrebatar.

CASO 3

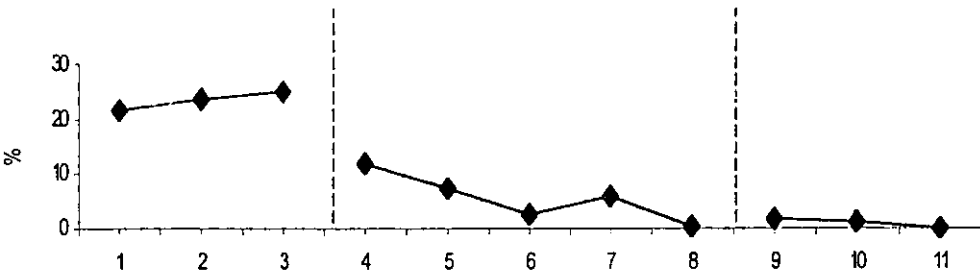


Figura No.12: La siguiente figura muestra el porcentaje promedio de ocurrencia del comportamiento inadecuado del niño en las tres fases de estudio.

La figura 12, muestra en la ordenada el porcentaje de ocurrencia del comportamiento inadecuado del niño, la abscisa representa las sesiones a lo largo de las fases de línea base, tratamiento y seguimiento. El porcentaje de ocurrencia del comportamiento inadecuado del niño, fue de 23.4% en línea base, 5.5% en tratamiento y 1% en seguimiento. Los resultados individuales obtenidos en este registro pueden consultarse en la tabla 4 (Anexo17).

En cuanto a la conducta prosocial de los 10 niños, los resultados indicaron que 9 niños obtuvieron un incremento mayor a 15% en las categorías de contacto físico positivo y compartir; tal y como se observa en la tabla 5.

CONDUCTA PROSOCIAL

CASO	L.B-TX	L.B-SEG.
1	6%	16%
2	6.4%	19%
3	7.6%	18.8%
4	6.1%	21.3%
5	8.2%	20.6%
6	5.5%	18.9%
7	7.8%	*11.8%
8	9.2%	19.7%
9	4.5%	21%
10	4.6%	22.9%

Tabla No.5: La siguiente tabla muestra la diferencia en el porcentaje promedio de ocurrencia de la conducta prosocial en los 10 niños, durante la línea base-tratamiento y la línea base-seguimiento.

Las diferencias fueron inferiores al 15% en relación a su línea base.

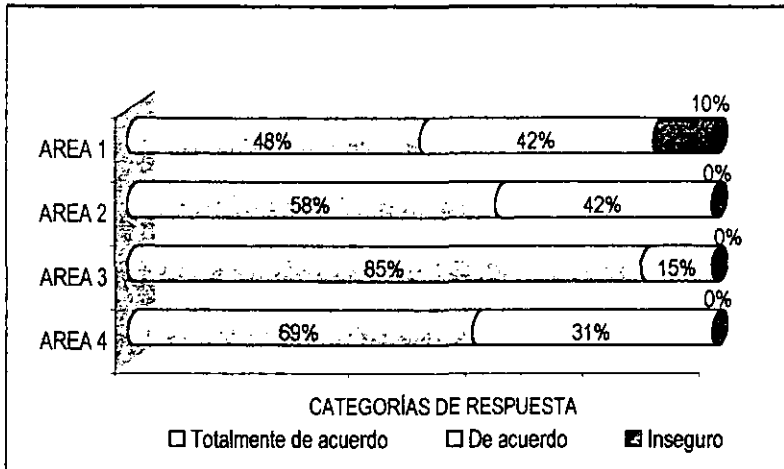


Figura No.14: La siguiente figura muestra el porcentaje obtenido por las 10 madres en el cuestionario de satisfacción.

La figura 14, muestra los porcentajes obtenidos por las 10 madres en las cuatro áreas del cuestionario de satisfacción. En el área 1 "*Habilidades adquiridas por las madres*" los resultados indicaron que están totalmente de acuerdo en que sus medidas de disciplina cambiaron después del tratamiento, los procedimientos de consecuencias punitivas, positivas y el dar instrucciones claras cambiaron y mejoraron la conducta de su hijo, además mencionaron estar de acuerdo en que las técnicas aprendidas las están utilizando con otras personas con resultados positivos y que las aplican regularmente.

En el área 2 "*Cambios en la conducta del niño*" las madres reportaron que estuvieron de acuerdo en que al recibir el tratamiento la conducta del niño mejoró y que las técnicas impartidas fortalecieron la interacción madre-hijo, modificando la conducta inadecuada del niño; también reportaron estar de acuerdo en que el tratamiento fue apropiado para resolver problemas como: desobediencia, agresión, berrinches, peleas entre hermanos, etc.

En el área 3 "*Satisfacción con el terapeuta*" señalaron que estuvieron totalmente de acuerdo en que el terapeuta estableció una relación de confianza y mostró interés en su caso, además de cumplir con sus expectativas brindándoles información de manera clara y precisa, y ayudándoles a resolver sus dudas.

En el área 4 "*Satisfacción con el procedimiento en general*" las participantes manifestaron que estuvieron totalmente de acuerdo con el terapeuta acerca de los objetivos y las conductas que su hijo necesitaba modificar, en que los materiales de apoyo para la exposición fueron adecuados y que los ensayos realizados durante las sesiones les ayudaron a mejorar; además reportaron estar de acuerdo en que recomendarían el tratamiento a otras personas. Los porcentajes obtenidos en cada reactivo pueden consultarse en la tabla 6 (Anexo 18).

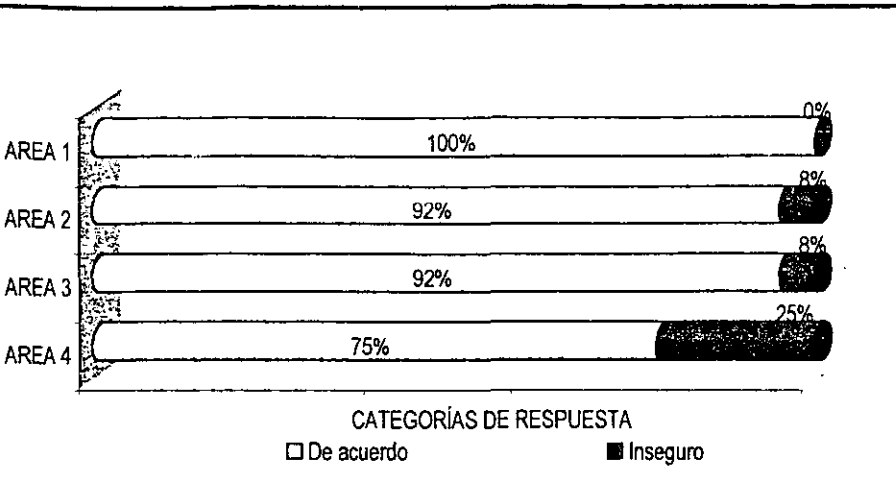


Figura No.15: La siguiente figura muestra el porcentaje obtenido por las 3 maestras en el cuestionario de satisfacción.

La figura 15, muestra los porcentajes obtenidos por las 3 maestras en el cuestionario que les fue aplicado, esto de una sección más para sugerencias y comentarios. En el área 1 "*Habilidades adquiridas por las maestras*" Las maestras estuvieron de acuerdo en que las técnicas que se les enseñaron las aplican regularmente con otros niños con altados efectivos, en que el tratamiento cambio sus medidas disciplinarias para corregir a sus alumnos, además de aprenderon que el dar instrucciones claras modifica la conducta de los niños.

En el área 2 "*Cambios en la conducta de los niños*" Estuvieron de acuerdo en que el tratamiento y la capacitación oro la conducta inadecuada de los niños, señalaron que este tratamiento fue apropiado para resolver problemas no: agresión, desobediencia, berrinches, peleas, que se presentan en el colegio y que este mejoro la interacción que an con sus alumnos.

En el área 3 "*Satisfacción con el terapeuta*" Las participantes estuvieron de acuerdo en que el terapeuta estableció relación de confianza y mostró interés en todos los casos, les resolvió sus dudas acerca del tratamiento u otro tópico alizo la exposición de la información durante la capacitación de forma clara y precisa.

En el área 4 "*Satisfacción con el procedimiento en general*" Las profesoras manifestaron estar de acuerdo con el peuta acerca de los objetivos y las conductas que los niños de su grupo necesitaban cambiar, en que los materiales se utilizaron fueron adecuados y que recomendarían el tratamiento a otras maestras, finalmente mencionaron irse inseguras en si el tiempo dedicado a la capacitación fue el suficiente.

En el área 5 "*Comentarios y sugerencias*" En está área las maestras pidieron que se siguiera trabajando en el C, en futuras intervenciones, también mencionaron estar agradecidas por el apoyo brindado. Los resultados unidos en cada reactivo, pueden consultarse en la tabla 7 (*Anexo 18*).

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Con base en nuestro interés de realizar un diagnóstico e intervención a nivel comunitario dentro del área de "Psicología de la Salud", analizaremos los resultados obtenidos de la fase de intervención, debido a que la primera fase de diagnóstico fue de corte exploratorio/descriptivo y se utilizó para detectar las necesidades y problemas de la comunidad, lo cual nos sirvió para realizar una intervención preventiva, cuyo objetivo fue evaluar la efectividad del programa de Entrenamiento a padres aplicado en dicha comunidad, además se capacitó a un grupo focal (*maestras*), para que lo reprodujeran.

Durante la segunda fase se evaluó el programa de Entrenamiento a padres a través de diversos instrumentos, los cuales se aplicaron a las madres de manera grupal así como la conducta inadecuada y prosocial de los niños de manera individual (*debido a la variabilidad de conductas emitidas*); también se realizó una evaluación del programa en general, con las madres y maestras (*satisfacción de los procedimientos del programa, de los terapeutas, habilidades aprendidas y cambios de conducta de niño*), para conocer su validez social.

En la representación de situaciones cotidianas (*viñetas*), los resultados mostraron un impacto global en las madres después del tratamiento, ya que utilizaron y aplicaron las técnicas proporcionadas durante el programa, como el dar instrucciones claras y específicas, la solución de problemas, el uso de recompensas, etc. Antes del tratamiento, las técnicas de disciplina empleadas por el grupo con sus hijos eran los gritos con amenazas, la desaprobación constante, los castigos, el ignorarlos y en ocasiones golpearlos (*por ejemplo: "te digo que eres bien tonto", "hazlo bien o si no te voy a golpear"*), la mayoría de las madres se quejaban continuamente de que sus hijos eran desobedientes o malos.

Durante el tratamiento, las madres identificaron las conductas adecuadas e inadecuadas de sus hijos, así como las estrategias menos aversivas para corregir dichas conductas inadecuadas y reforzar las adecuadas, mediante la imposición de reglas, uso adecuado de recompensas, castigos y el dar seguimiento instruccional a través de órdenes claras y específicas; estas técnicas se aplicaban en casa y se iban corrigiendo paralelamente durante las sesiones a través de juego de roles y retroalimentación en la cual se enfatizaron los beneficios del programa. Se logró un impacto positivo al finalizar el tratamiento y el seguimiento, ya que la mayoría del grupo siguen aplicando las técnicas con los menores y estas se han generalizado con sus otros hijos, reduciéndose así los problemas de agresión y desobediencia, que presentaba el niño; además se percibió un incremento en el apoyo e interacción familiar.

En la escala de ambiente social y familiar, se observó después del tratamiento un cambio en el grupo en la manera de percibir la interacción familiar y su desarrollo personal, la interacción familiar mejoró, dando pauta a una mejor comunicación y organización dentro de la misma. En cuanto a como se percibieron en su desarrollo personal, mencionaron tener más seguridad y un mejor manejo del hogar, además se presentó un incremento en la comunicación familiar, reduciéndose así el número de conflictos con los hijos y con sus esposos, al lograr acuerdos acerca de como actuar correctamente al niño.

En el registro diario de obediencia, al inicio del tratamiento se encontró que la mayoría de los niños obedecían después de la tercera instrucción, provocando gritos y amenazas de sus mamás, (*"que no oyes, te estoy diciendo que no vas por la escoba", "ya van dos eh, a la tercera me voy a parar y vas a ver como te va ir"*), o bien ellas realizaban la acción sin reclamarle al niño. Esto se modificó al término del tratamiento debido a la aplicación de las técnicas aprendidas; lo cual logró que los niños obedecieran a la primera orden, por lo que las madres ya no tuvieron necesidad de gritar o amenazar al niño; aunado a esto, se dio un incremento en la demostración de afecto de la madre hacia el niño lo cual reforzó su conducta positiva.

En el registro de ocurrencia de conductas inadecuadas de los niños, se observó que antes del tratamiento algunos niños (*niñas en su mayoría*), utilizaban estas conductas para defenderse; otros las utilizaban para apropiarse del objeto o de un objeto, o bien, emitían estas conductas durante el juego, y no pocas veces terminaban llorando o llorando. A través de este registro se encontró que las conductas más sobresalientes fueron pegar, empujar, jalar y ebatar; las otras categorías de conductas fueron variadas y dependieron de cada niño en particular.

Durante el tratamiento, se vio un cambio en los juegos de los niños, ya que la mayoría jugaban antes a pelearse (*por los guerreros o dragon ball, etc*), o se empujaban para subirse a la resbaladilla, esto se modificó poco a poco, ya que los niños empezaron a utilizar el material didáctico como las figuras para ensamblar (*haciendo puentes o torres*), o jugar con la pelota (*formados en sillas*); las niñas por su parte compartieron juegos como la cocina, la pelota o el tar, es importante mencionar que durante los juegos, ellos establecían sus reglas, es decir, ya no permitieron que les ebataran los juguetes, solo se los prestaban a aquellos compañeros que se los pedían por favor o les permitían ayudarles a armar la figura, esto fue respetado por todos los niños, incluidos aquellos que no ingresaron al programa; por otra parte si sucedía algún conflicto, la primera solución al problema era entre ellos decirle que eso no se valía o bien, acudir a una autoridad (*maestras o psicólogas*), lo cual redujo las conductas inadecuadas de otros niños durante el juego.

Con lo que respecta a otros niños agresivos que no entraron al tratamiento, al interactuar con algunos niños o niñas del grupo participante, mostraron agresión como gritos, arrebato de juguetes, empujones, etc-, por lo que los menores del tratamiento procedieron a avisar a las maestras, o bien a ignorarlos o junto con otros niños a establecieron las reglas de sus juegos, lo cual modificó su conducta.

Por otro lado, en cuanto a las conductas prosociales, se observó un notorio incremento en conductas físico positivas como el compartir, la conducta de defender se mantuvo sin cambios significativos en la mayoría de los niños.

Finalmente, el cuestionario de satisfacción aplicado a las madres y maestras, mostró que el programa se percibió como un medio eficaz para corregir la conducta inadecuada de los niños; a través de la aplicación y retroalimentación de técnicas aprendidas, mismas que están basadas en un modelo cognitivo-conductual, que enfatiza la motivación y la observación; por otro parte se logró una participación activa y la aplicación de las técnicas, las cuales siguieron utilizando durante el seguimiento, esto mejoró las habilidades de las madres así como la comunicación, también se reportó la generalización del programa a otros hijos, escenarios (*escuela-hogar*) y conductas, además se consiguió que las maestras se organizaran para reproducir este programa.

DISCUSIÓN

En lo que se refiere a la fase del diagnóstico comunitario, se pudo encontrar que en general, la aplicación del modelo de iniciativas comunitarias demostró ser una guía útil para evaluar y comprender adecuadamente el entorno de la comunidad, detectar la población más afectada y contribuir a la planeación de un programa de intervención.

Este modelo facilitó y agilizó el trabajo comunitario, al permitir la optimización de los recursos con los que contaba la comunidad, al mismo tiempo enriqueció las formas de participación con la conformación de grupos focales, lo cual ayudó a conocer la percepción y opinión de todos los residentes.

Otra contribución de este modelo, fue el ayudar a que los colonos reflexionaron acerca de sus problemas y necesidades, haciendo posible que ellos mismos formularan diversas propuestas de intervención. Una contribución adicional consistió en el fortalecimiento de los nexos existentes entre los líderes comunitarios, el psicólogo y el centro de salud.

Por otra parte es importante señalar que facilitó la vinculación individual y colectiva, ya que nos permitió abordar un problema individual a través de lo grupal. Esto va de acuerdo con lo reportado en la literatura, en donde se reconoce que los problemas se resuelven individualmente, sino en grupo que los colonos pueden enfrentarse mejor a situaciones adversas.

Debemos hablar también de las dificultades encontradas cuando se trabaja con este modelo. Los problemas que se presentaron al inicio de la investigación fueron la apatía o la pasividad de algunas personas de la comunidad, por lo que fue necesario lograr un mayor acercamiento con los colonos y tener una mayor apertura al trabajo multidisciplinario. Estos hallazgos confirman lo encontrado por Fawcett (2000), en cuanto a que el modelo de iniciativas comunitarias es una guía eficaz para comprender y evaluar el contexto comunitario. Además coinciden en que sirve como catalizador para el cambio de los estilos de vida nocivos de la comunidad y posee una estructura flexible, que puede ser adaptada a las condiciones locales, de cualquier colonia.

También se encontró que a través de las alianzas de los colonos, psicólogos y centros de salud, se promueve la participación, se fortalecen los nexos y se logra a través de un esfuerzo conjunto, la disminución de los problemas psicosociales y de salud, que afectan a la comunidad.

Los resultados obtenidos parecen indicar que el psicólogo de la salud puede coadyuvar al proceso comunitario en lo que se refiere a la comprensión, evaluación y solución de problemas psicosociales y de salud, así como en la promoción de asuntos tales como organización, liderazgo, participación y fortalecimiento de los vínculos entre los colonos y las instituciones de salud. Estos hallazgos coinciden con lo encontrado por Rodríguez (1995), quien menciona que el trabajo del psicólogo de la salud debe abocarse a enseñar y capacitar a las personas, para que utilicen adecuadamente los servicios de salud que tienen a su disposición y tomen colectivamente las decisiones, que implican mejorar de su estado de salud y el medio en el que viven.

En lo que respecta a la fase de intervención comunitaria, en los resultados de las viñetas, se pudo encontrar que al inicio del tratamiento las madres no presentaron la habilidad de elogiar la conducta adecuada de los niños, durante las diferentes situaciones (*viñetas*). Otra característica de esta población fue que no iniciaban el proceso instruccional, asegurándose de que el niño les prestara atención además le proporcionaban las instrucciones de forma vaga e imprecisa, por lo que recurrían constantemente al uso de la instigación u hostilidad. Esto nos hace suponer que el problema de la desobediencia y la agresión del niño, se debe en parte a factores de riesgo tales como la falta de habilidades instruccionales de la madre y a un ambiente negativo, en donde no se acostumbra premiar o elogiar la conducta obediente.

En lo que respecta a la efectividad del programa de entrenamiento a padres, cabe destacar que se presentó un aumento en las habilidades de las madres, principalmente en el uso del seguimiento instruccional: se observó que prestaron atención, explicaron la instrucción, la cual fue dada de una manera clara y específica, otorgaron privilegios y regalaron al niño una vez que cumplió la orden. Estos resultados demuestran que el EP puede ser efectivo para incrementar la utilización de habilidades no aversivas de control conductual. Es decir, al utilizar pérdida de privilegio, premios y elogio, se redujo el uso de estrategias aversivas de la madre, para corregir el comportamiento inadecuado de hijo. Esto también coincide con los resultados de Graciano & Diamend (1992), en cuanto a que el EP, presenta efectos positivos sobre las conductas de las madres, ya que se incrementó el contacto físico positivo, sonreír, compartir y modelar, lo cual aumentó el comportamiento adecuado del niño.

Por otra parte, tal como lo indican Forenhand & King (1977), se promovió la desaparición o el decremento de la conducta inadecuada de las madres, en las categorías de instigar, desaprobar, golpear, amenazar e ignorar, las cuales son utilizadas como medio para corregir la conducta inapropiada de los niños. Estos hallazgos parecen confirmar lo reportado por algunos investigadores, quienes plantean como factores de riesgo relacionados con la agresión; un padre que presenta falta de habilidad instruccional, interés, involucramiento, una actitud autoritaria y hostil hacia el niño, así como un empleo inadecuado del castigo.

En lo que se refiere a los resultados de la Escala de ambiente social y familiar, se encontró en general un aumento significativo en el mejoramiento de las relaciones familiares, al presentarse un incremento en la comunicación y apoyo familiar; así mismo se presentó una disminución en la categoría de conflicto. Esto es acorde con lo reportado por Montoyo y Ayala (1996), quienes concluyen que el EP, logra una mejoría en las interacciones familiares.

En el Registro de obediencia diario del niño en el hogar, el modo se modificó en la mayoría de los casos de obedecer a la segunda orden a obedecer a la primera. Por otra parte los cambios obtenidos parecen sugerir, que los niños intensifican su desobediencia a mayor edad; así como que el programa tiene un impacto menor en la conducta de desobediencia. Sin embargo estos resultados solo son indicativos de una tendencia y no son concluyentes, por lo que se recomienda realizar una investigación posterior que determine estas diferencias.

En el Registro de ocurrencia de conductas inadecuadas del niño, los resultados indicaron, que todos los niños presentaron una disminución significativa en las conductas inadecuadas, principalmente en empujar, jalar, arrebatar, no obedecer, pegar e insultar. En general se observó que los niños mostraron un mayor repertorio de conductas aversivas en comparación con las niñas.

Así mismo se observó un substancial incremento de los niveles de conducta positiva en el niño como: contacto físico positivo (*abrazar, agarrar de la mano*) y compartir. Estos resultados concuerdan con lo reportado por Kazdin (1985), en donde señala que el EP, fomenta la conducta prosocial y disminuye la conducta inadecuada del niño. Además coinciden con lo encontrado por Graciano & Diamend (1992), en cuanto a que el EP, reduce las conductas adaptativas del niño durante el tratamiento y el seguimiento.

Por lo tanto, los resultados indican claramente que existe una dependencia entre el comportamiento instruccional de la madre y el comportamiento de obediencia del niño. Es decir al incrementarse las habilidades de seguimiento instruccional en la madre, el niño logra un aumento en la frecuencia de obediencia y un decremento en la frecuencia de ocurrencia de la conducta agresiva, tal como lo sugieren Forenhand & MacMahon (1984) y Wells & Forenhan (1981).

En cuanto a la generalización del programa, las madres y maestras reportaron que el EP, se generalizó de la escuela al hogar, que mejoró otras conductas del niño como berrinches y que las habilidades que adquirieron fueron aplicadas con otros de sus hijos o alumnos con resultados positivos. Por otra parte señalaron que la aplicación del EP, es apropiada para disminuir las conductas de desobediencia y agresión de los niños.

Esto demuestra como lo indican Dumas, (1989) y Kazdin (1985); que el EP, es un programa efectivo que proporciona mayor generalización en comparación con otros programas que se han utilizado para disminuir la desobediencia o la agresión. Lo cual nos hace suponer que el EP es un programa flexible que permite programar la generalización de habilidades específicas de alto riesgo fuera del hogar.

Por otra parte, es importante mencionar que para obtener la validez social del programa, se utilizó un cuestionario de satisfacción, el cual se aplicó al finalizar el tratamiento; los resultados obtenidos indicaron que las madres se sintieron satisfechas con el terapeuta, con los cambios obtenidos en la conducta del niño y con el procedimiento en general. Por otra parte las maestras reportaron sentirse satisfechas con las habilidades adquiridas, con los cambios en la conducta de sus alumnos y con el terapeuta. Estos resultados concuerdan con lo encontrado por Fulgencio y Ayala (1996), en tanto a que el EP, obtiene satisfacción, en las habilidades aprendidas, con el terapeuta, con los cambios obtenidos en la conducta del niño y con el procedimiento en general.

Estos resultados demuestran que el EP, cubre las necesidades generadas dentro de la problemática de agresión o desobediencia, ya que es un entrenamiento conductual que se lleva a cabo en el ambiente natural en el que se presentan dichos problemas desadaptativos (*escuela y hogar*), además de que busca la generalización de las habilidades aprendidas en las madres, maestras y niños, en diversas situaciones y goza de validez social.

Estos hallazgos también señalan que el EP, es un programa que se puede utilizar indistintamente con madres que viven en un estrato socioeconómico bajo, de diversas edades y con una escolaridad mínima de primaria o con profesoras. Puede aplicarse con familias que tienen niños que se encuentran en el rango de 3 años 10 meses a 4 años 10 meses. Esto coincide con las investigaciones de Graciano & Diamond (1992), cuando mencionan que a menor edad del niño es más fácil lograr la integración de la madre al tratamiento y se pueden obtener resultados más favorables.

Por otro lado podemos mencionar que los resultados obtenidos, parecen indicar que algunas variables como el costo del transporte para ir a la clínica, la comunicación y la confianza con el terapeuta pueden influir positivamente en que se termine adecuadamente el tratamiento. Esto concuerda con los estudios de Ambruster & Kazdin, quienes señalan que la deserción del programa ocurre por la falta de recursos económicos y una relación pobre con el terapeuta.

En esta investigación estas variables fueron controladas, ya que se proporcionó el tratamiento de manera gratuita y se aplicó en su colonia, adecuándose a su tiempo y ritmo de vida, pero sobre todo se cuidó de establecer una relación de confianza entre las terapeutas y las madres, además de que se mantuvo contacto telefónico constante con ellas durante todo el programa. La falta de deserción en la investigación parece indicar que estas variables son importantes. Por lo tanto se recomienda que una investigación futura, se aboque a investigar dichas variables, con el fin de indicar que efecto tienen en la deserción del tratamiento de padres mexicanos.

En cuanto a la capacitación de las maestras los resultados encontrados reportan que a través de ellas el programa pudo alcanzar mayor impacto y difusión. Cabe mencionar que el tiempo de la capacitación fue el mismo que el de las madres, sin embargo se encontró que las maestras requirieron mayor tiempo para aprender el programa. Por lo que se sugiere que un siguiente estudio dedique más tiempo a la enseñanza de habilidades con las maestras y realice un monitoreo de su difusión a largo plazo.

En resumen, los pasos que recomienda Fawcett (2000) dentro del modelo de iniciativas comunitarias, son de gran beneficio a la comunidad y al investigador, debido a su flexibilidad de aplicación y a su adaptación al estilo de vida o costumbres que la comunidad tiene; además de que permite la detección de necesidades a través de grupos focales, los cuales pueden trabajar en estrategias preventivas de intervención.

En nuestro caso y recordando que el trabajo realizado fue un esfuerzo conjunto con otros equipos, que evaluaron diferentes zonas del D.F., podemos afirmar que el programa de EP tuvo el impacto esperado dentro de la colonia Regal de Santa Ursula. Al ser aplicado como una estrategia de intervención comunitaria, la comunidad se benefició de la bondad del programa ya que les permitió que ellos mismos pudieran reproducirlo, o bien, buscaran alianzas con las instituciones o dependencias, que pueden ayudarlos a resolver algún problema comunitario.

Finalmente, al incidir el programa en dichas conductas, podría romperse el círculo de desarrollo de estas, tal como mencionan Patterson (1982), Reid (1993) y Farrington (1989), entre otros; los cuales señalan que al implementar estrategias de intervención, que eviten la evolución de conductas oposicionistas de los niños, se pueden disminuir las tasas de actos delictivos cometidos por los adolescentes. Por lo tanto, podemos concluir que al intervenir de una manera preventiva trabajando junto con la comunidad se puede mejorar su calidad de vida. Si esto es apoyado por el trabajo de los profesionales de la salud (médicos, trabajadoras sociales, psicólogos, etc), es posible, alcanzar un mayor impacto, que permita al psicólogo de la salud tener una participación más activa que amplíe su campo de acción y conocimiento. Queremos mencionar que los cambios que se obtengan, no se podrán percibir a corto plazo, por lo que para observar los frutos obtenidos será necesario, realizar una investigación a largo plazo, sin embargo, no debemos olvidar que se realizaron otras intervenciones del mismo tipo, lo cual sin lugar a dudas reportará un impacto global en la colonia.

CONCLUSIONES

Los resultados del diagnóstico parecen indicar que el modelo de iniciativas comunitarias descritas por Fawcett demostró ser útil, para evaluar y comprender adecuadamente el contexto de la comunidad, detectar la población más afectada por un problema y contribuir a la planeación de un programa de intervención que modifique el o los problemas identificados a través de los recursos que dispone la comunidad. Por otra parte se observó que la estructura de este modelo es flexible y se adapta a las condiciones locales.

También se encontró que el psicólogo de la salud puede coadyuvar al proceso comunitario en lo que se refiere a la comprensión, evaluación y solución de problemas psicosociales y de salud, así como en la intervención de asuntos tales como organización, liderazgo, participación y fortalecimiento de los vínculos entre los colonos y las instituciones de salud.

En lo que corresponde a la fase de intervención, las madres presentaron una falta de habilidad instruccional, que se caracterizó por no asegurarse que el niño prestara atención, no premiar o elogiar su conducta obediente e utilizar el castigo o de instigación u hostilidad. Estas características son reportadas por la literatura, como factores de riesgo que favorecen la presencia de desobediencia o agresión infantil (Barkley, Anastopoulos, 1992; Dumas, Gibson & Albin, 1993; Mann & Mackenzie, 1996, Patterson 1982, citados en Barkley op.cit; Shoen 1989; Farrington, 1983, citados en Dumas, op.cit)

En lo que se refiere a la efectividad del programa de intervención EP, las madres presentaron un aumento en las habilidades de atender, explicar, dar instrucción clara y específica, otorgar privilegios y elogiar. De igual modo aumentaron sus conductas positivas como sonreír, compartir, modelar y el contacto físico positivo. Estos cambios se reflejaron en los niños un aumento en la presencia de comportamientos adecuados.

Cabe mencionar que se promovió la desaparición o el decremento de las conductas inadecuadas de las madres tales como el instigar, desaprobar, amenazar e ignorar, las cuales eran utilizadas para corregir la conducta inapropiada de los niños. Por lo que podemos afirmar que el Entrenamiento a Padres demostró ser un programa efectivo para incrementar las habilidades y modificar las medidas de disciplina aversivas que presentan las madres. Es decir, al utilizar pérdida de privilegio, premios y elogio, se redujo el uso de estrategias aversivas que la madre, utilizaba para corregir el comportamiento inadecuado de su hijo.

El EP también logró disminuir la conducta inadecuada de los niños especialmente el empujar, jalar, arrebatar, no obedecer, pegar e insultar. Del mismo modo aumento las conductas positivas de contacto físico positivo y compartir. Los resultados confirman que el EP, fomenta la conducta prosocial y disminuye la conducta inadecuada del niño, durante el tratamiento y el seguimiento.

El EP, mejoró las relaciones familiares, al incrementar la comunicación y el apoyo familiar y disminuyó los conflictos que tenían. Con esto se espera reducir las situaciones de alto riesgo en las que se presentan dichos comportamientos.

El EP, es un programa efectivo que proporciona mayor generalización en comparación con otros programas que se han utilizado para disminuir la obediencia o la agresión. Lo cual nos hace suponer que es un programa flexible que permite programar la generalización de habilidades específicas de alto riesgo fuera del hogar.

En cuanto a la validez social, las madres y maestras reportaron una satisfacción con el terapeuta, con los cambios obtenidos en la conducta del niño, con el procedimiento y con las habilidades adquiridas. Por lo que podemos asegurar que el EP, cubre las necesidades generadas dentro de la problemática de agresión o desobediencia, ya que es un entrenamiento conductual que se lleva a cabo en el ambiente natural en el que se presentan dichos problemas (adaptativos (escuela y hogar), además de que busca la generalización de las habilidades aprendidas por las madres, maestras y niños, en diversas situaciones y goza de validez social.

El EP es un programa que se puede utilizar indistintamente con madres que tienen un estrato socioeconómico bajo, de diversas edades y con una escolaridad mínima de primaria o con profesoras. También puede aplicarse con familias que tienen niños que se encuentran en el rango de 3 años 10 meses a 4 años 10 meses.

La asistencia al programa pudo ocurrir por el control de las variables económicas, debido a que al aplicar el programa gratuitamente dentro de la comunidad, los colonos no realizaron gastos de transportación; los materiales como cintos, acetatos, etc., fueron proporcionados por las instituciones (CAIC y Centro de Salud). Además se estableció una relación de confianza terapeuta-madre, y se mantuvo contacto telefónico constante con ellas. Estos hallazgos parecen indicar que estas variables pueden influir para que los padres mexicanos terminen adecuadamente el tratamiento.

En cuanto a la capacitación de las maestras, los resultados encontrados reportan que a través de ellas el programa pudo alcanzar mayor impacto y difusión, sin embargo debemos recomendar la ampliación del tiempo de entrenamiento, así como el seguimiento de las habilidades aprendidas a largo plazo.

Por otro lado, es importante señalar que el EP aplicado a la comunidad fue de gran beneficio, ya que este programa proporcionó estrategias adecuadas a las madres para disciplinar a sus hijos (Forehand et al. 1981), y por ende disminuye la conducta oposicionista de los niños; por otra parte la capacitación de un grupo focal (profesoras del CAIC) dentro de la comunidad, asegura su diseminación y aplicación.

Finalmente, al incidir el programa en conductas de agresión o desobediencia, se podría romper el círculo de desarrollo de estas, tal como lo mencionan Patterson (1982), Reid (1993) y Farrington (1989), entre otros; los cuales señalan que al implementar estrategias preventivas, que eviten la evolución de conductas oposicionistas de los niños, se pueden disminuir las altas tasas de actos delictivos cometidos por los adolescentes. Por lo tanto, podemos concluir que intervenir de una manera preventiva trabajando junto con la comunidad es posible mejorar su calidad de vida. Si esto además es apoyado por el trabajo de los profesionales de la salud (médicos, trabajadoras sociales, psicólogos, etc), es posible, alcanzar un mayor impacto, que permita al psicólogo de la salud tener una participación más activa que amplíe su campo de conocimiento.

REFERENCIAS

- na A. P. (1992). Afrontamiento: Apoyo social y solución de problemas en estudiantes universitarios. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- cón A. y López G. (1990). El modelo de competencia social como estrategia para la educación nutricional. Universidad Nacional Autónoma de México. E.N.E.P. Iztacala.
- ador. A. (1993) Programa de entrenamiento a padres para el manejo de problemas conductuales de sus hijos desde perspectiva de interacción social. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional de México. Facultad de Psicología.
- Alma. (1978) Atención primaria de salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- la H; Calderón B; García M; Pedroza F y Tiburcio M. (1996) Manual de entrenamiento a padres en el manejo de la conducta agresiva de sus hijos. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- la H; Téllez G; Gutiérrez M. (1994). Análisis y establecimiento de estilos instruccionales en padres de familia como estrategia de intervención en la problemática conductual infantil. Revista Mexicana de Psicología. 11 (1): 7-18.
- ley R.A. (1997) A clinicians is manual for assessment and parent training. New York. Guilford Press.
- olo F. (1997). Programa de atención integral al niño maltratado. Secretaría de salud pública del DF. jurisdicción oacán.
- ña. E. Vázquez, F. y Oblitas, L. (1995). Estado actual y perspectivas de la Psicología de la salud. Psicología temporánea. 2, (1): 100-111.
- la-Casal, G.; Caballo,V.; Sierra C. (1996). Manual de evolución en Psicología clínica y de la salud. Siglo XXI. Madrid, Vol. 1; Cap. 34,(p.p. 918); y Cap. 5,(p.p. 958- 961).
- allo, V. (1995). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Siglo XXI. Madrid, Cap.19
- rrera, H. (1989). Psicología actual. Mundo. México. Cap. 1.
- pos y Campos (1985). La participación del psicólogo en el contexto de la salud laboral. Tesis de licenciatura en psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. ENEP. Iztacala.
- ta. M. y López. E. (1986). Salud comunitaria. Martínez roca. Madrid.
- en N; Resnick J; Browne D; Martin S; McCarraher D & Woods J. (1994). Aggression and fighting behavior among pan-american adolescents: Individual and family factors. American Journal of Public Health. 84 (4): 618-622.
- z. E. J. (1995). Enfoque socioecológico: Relación entre desarrollo personal y respuesta de afrontamiento en mujeres edad fértil. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

- gest. E. (1994). Terapias de intervención de habilidades a nivel conductual terapeuta-niño: Disciplina positiva y habilidades en la escuela. E.U.
- Recepción General de Servicios de Salud Pública (2000). Informe mensual de casos nuevos de enfermedades. Centro comunitario Dr. Gustavo Rovirosa. Período de Mayo a Abril.
- Shannon T; Patterson G & Griesler P. (1994) Peer adaptations in the development of antisocial behavior: A confluence model. Oregon, Center Learning Social.
- Strauss G. I; Becerra J. A. y Torrejón M. (1989). El proceso de salud-enfermedad y su interrelación con el comportamiento humano. Congreso Nacional de Psicología, México.
- Stratton D. P. (1989). Early predictors of adolescent aggression and adult violence. Violence and victims. 4 (2): 79-100.
- Swet S; Vincent T & Jerry A. (2000). The community tool box. Universidad de Kansas. Departamento de salud pública. Cap. 1. sección 1,2,3,6 y Cap. 3. sección 1
- Teichgraber R & Atkinson B. (1977) Generality of treatment effects with parents as therapist: A review of assessment and implementation procedures. Behavior therapy. 8, 575-593.
- Teichgraber R. & MacMahon R. (1981). Helping the non-compliant child: A clinician guide to parent training. New York: Guilford Press.
- Tighe J; Ayala H. (1996) Validación social de intervenciones conductuales con niños: Evaluación, metas y procedimientos. Revista Mexicana de Análisis Experimental de la conducta. 22,113-138.
- Secretaría Oficial del Distrito Federal (1997). Delegación Coyoacán. p.p. 215-230.
- Torres H.M. (1980). El abuso hacia los niños. Salud Mental. 3 (3): 13-17
- Trujillo J. F. (1989). Salud comunitaria: Teoría y técnicas. Editorial: Porrúa.
- Urbaniak M. & Diamant D. (1992) Parent behavioral training: An examination of the paradigm. Behavior Modification. 16 (1): 3-38.
- Wolcott G. J. (1989). Aspectos sociales y culturales de la salud, enfermedad y tratamiento. Psiquiatría general. Manual de demostración. p.p. 105-115.
- Instituto de Servicios de Salud Pública del Distrito federal. (1999). Población. Jurisdicción sanitaria Coyoacán.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1998). Cuaderno estadístico delegacional: Menores y actores egresados al consejo de menores según el delito por delegación.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (1997). Reporte del AGEB de la unidad geográfica 9003001. Mujeres y Hombres en México.

- idín A. E. (1985). Effects of parent management training and problems solving skills training combined in the treatment of antisocial child behavior. Journal American Academy of Children Adolescent Psychiatry. 6,416-424.
- idín A; Holland L; Crowley M. (1997). Family experience of barriers to treatment and premature termination from child therapy. Journal of consulting and Clinical Psychology. June. 65 (3): 453-463.
- idín, A, Siegel. T. & Bass. D. (1991) Treatment of antisocial children. Washinton.
- ersmidt J; Coie J. (1990). Preadolescent peer status, aggression, and school adjustment as predictors of normalizing problems in adolescence. Child Development. 61. 1350-1362.
- una G. J. (1991). La universidad. Protagonista a antagonista de las revoluciones en salud pública. Salud pública en México. 33 (2): 190-193.
- M. Y Figueroa M. (1990) Familias con hijos en bandas juveniles. Revista Mexicana en Psicología. 7 (1). 37-41.
- erre P; Beneit M. (1994). Psicología de la salud: Aportaciones para los profesionales. Argentina. Lumen.
- erre, J.(1991). Psicología de la salud. Lumen. Buenos Aires, Argentina. Cap. 1.
- ada, H. C. (1994). Programa estatal de educación para la salud en el estado de México: Desarrollo y reflexión desde la formación del psicólogo egresado de la ENEP. Iztacala. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. ENEP. Iztacala.
- Mahon R. J. (1992). Entrenamiento a padres. Universidad de Washington.
- arazzo, J. D. (1995). Conducta y Salud: Integración de la ciencia y la práctica en Psicología y medicina, un siglo después. Psicología contemporánea. 2, (1): 16-31.
- ina, M.(1998). Manual para elaborar un diagnóstico del problema de adicciones. CONADIC.
- ina-Mora. M, Berenzon S; Galván J; Juárez F; López E; Rojas E y Villatoro V. (1994). Conducta antisocial asociada al uso de cocaína en estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. p.p.65-72.
- tero, M. (1984). La Psicología comunitaria: Principios y fundamentos teóricos. Revista Latinoamericana de Psicología. Universidad Central de Venezuela. 6. 387- 400.
- iles S. C. (1996). Evaluación de un programa para padres que maltratan a sus hijos basado en el entrenamiento en ejecución de actividades en el hogar y en la comunidad: Adquisición de habilidades. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- land J. & Schwebel A. (1982) Parents as therapist: A review of the behavior therapy parent training literature 1975-1980. Behavior Modification. 6 (2):250-276.
- ris, CH. G. (1996). Psicología. Novena edición. Prentice- Hall. México, p.p. 159-179 y 379-390.
- ilkov, N. P. (1995). Viva mejor, viva mas años. Salud Mundial. Marzo-Abril. p.p. 12-13.

- ciós J. (1999). Guía Roji de la ciudad de México. Guía roji, S.A. de C.V.
- erson G (1982) Coercive family process. Eugene. OR: Castalia.
- os L; Morren J; Axelrod S. (1999). The impact of functional analysis methodology an treatment choice for self-ious and aggressive behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*. (32): 185-195.
- J. (1993) Prevención de desórdenes de conducta antes y después de la entrada a la escuela. Development and copathology. 5. Cambridge, University Press.
- A; Rodríguez J; Mirá J. (1987). Psicología de la salud: Algunas cuestiones básicas.
- s I. E. (1990). Psicología y salud: Un análisis conceptual. México. Martínez Roca.
- ríquez- Marín. (1995). Psicología social de la salud. Madrid. Editorial síntesis. Cap.2.
- x G. I. (1993). Ciudad y violencia en América Latina: Primer encuentro latinoamericano del Caribe. Organización americana de la salud. Diciembre. (1-3): 1-24
- x, G. I. (1994). La prevención de comportamientos en riesgos y la promoción de estilos de vida saludables en el arrollo de la salud. Educación médica y salud. 28 (2). 223-233.
- Martin H. (1993). Ecología humana y salud. México. La prensa médica mexicana.
- Martin H. y Vicente. P. (1884). Salud Comunitaria: Teoría y práctica. Díaz de Santos. S.A. de CV.
- toyo C; Espinosa C y Maciel O. (1996) Reciprocidad e interacciones coercitivas de niños preescolares. Revista icana en Psicología, 13, 1. 63-74.
- es, F. I y Beltrán, G. F. (1986). La Psicología de la salud: Campos y aplicaciones. Universidad veracruzana, p.p. 19-
- la, M. (1991). Prevención: Intervención psicológica en salud comunitaria. Cinco, Editores. Buenos Aires, Argentina. 20-22 y 33-45.

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

NIVEL SOCIO-ECONÓMICO

Instrucciones: "En esta primera parte, le voy a solicitar algunos datos personales que son importantes para mantenemos en contacto con usted, a lo largo de nuestro trabajo en la comunidad, Es importante que usted considere que esta información es confidencial y que nadie tendrá acceso a ella más que nosotros".

Nombre _____

Dirección _____

1. Edad _____

2. Género: F M

3. Estado civil: Casado Soltero Divorciado Separado Viudo Unión libre

4. Escolaridad: _____

5. Ocupación: _____

6. Religión: _____

7. Estatura: _____

8. Peso: _____

9. Constitución: _____

Teléfono: _____

Datos de la familia:

10. ¿Cuántos miembros conforman la familia? _____

11. ¿Señale el ingreso promedio de su familia?

Menos de \$5000

De \$5000 a \$999

De \$1000 a \$1800

De \$1801 a \$3000

De \$3001 a \$5500

Más de \$5001

12. ¿La casa que habitan es?

Propia

La están pagando

Prestada

Rentada

Otro

13. ¿Con cuántas habitaciones cuenta su casa?

14. Marque con una / con cuales de los siguientes servicios cuenta su casa:

SERVICIOS	SI	SERVICIOS	SI
Luz eléctrica		Servicio doméstico	
Techo de concreto		Reproductor de CD	
Regadera		Tv por cable	
Calentador		Antena parabólica	
Tv a color		Teléfono	
Secadora		Teléfono celular	
Lavadora de ropa		Seguro para el automóvil	
automóvil		Seguro de vida	

15. ¿Con qué instituciones o servicios educativos, de salud, recreativos cuenta en su comunidad?

Mercado		Tienda de autoservicio	
Deportivo		Fábricas	
Biblioteca		Transporte	
Escuela: primaria, secundaria, preparatoria		Tienda de abarrotes	
Centros de salud		Bancos	
Parques públicos		Canchas	
Centros comerciales		Farmacia	
Iglesia		Otros	

16. ¿Qué problemas detecta dentro de su comunidad?

Falta de recolección de basura		Desechos tóxicos		Delitos contra la salud	
Heces fecales		Accidentes automovilísticos		Prostitución	
Ruido de fábricas o automóviles		Despojo		Pandillerismo	
Desechos tóxicos		Fraude o estafa		Embarazo adolescente	
Basura doméstica		Asalto domiciliario		Ingesta de drogas	
Falta de botes de basura		Homicidio		Ingesta excesiva de alcohol	
Falta de pavimentación		Secuestro		Maltrato infantil	
Vigilancia pública		Amenazas		Violación	
Falta de drenaje		Portación de armas		Robo con arma de fuego	
Exceso de cantinas, bares o centros nocturnos		Daño en propiedad ajena		Robo con arma blanca	

Otros: _____

SALUD Y VIDA COTIDIANA

Instrucciones específicas: Marque con una / aquellas enfermedades que esté padeciendo en los últimos 12 meses.

Si: 1 No: 2

17. _____Anemia
18. _____Asma
19. _____Artritis o reumatismo
20. _____Bronquitis
21. _____Cáncer
22. _____Problemas crónicos del hígado
23. _____Diabetes
24. _____Problemas con la espalda
25. _____Problemas con el corazón
26. _____Presión alta
27. _____Problemas del riñón
28. _____Tuberculosis
29. _____Úlceras
30. _____Ha sentido debilidad
31. _____Ha sentido calor en todo el cuerpo
32. _____Ha sentido que el corazón le late fuertemente
33. _____Ha tenido poco apetito
34. _____Se ha sentido inquieto
35. _____Se ha sentido preocupado
36. _____Ha sentido acidez estomacal o indigestión
37. _____Ha sentido escalofríos
38. _____Ha tenido manos temblorosas
39. _____Ha tenido dolor de cabeza
40. _____Ha tenido estreñimiento
41. _____Ha sufrido insomnio
42. _____Diarrea constante
43. _____Ha sentido que no puede empezar ninguna actividad
44. _____Ha sentido que se preocupa demasiado
45. _____Ha sentido que su memoria no está del todo bien
46. _____Ha sentido preocupaciones personales que le hacen sentir enfermo
47. _____Ha sentido que nada le sale bien
48. _____Se ha preguntado si existe algo que todavía valga la pena

Instrucciones específicas: En el siguiente listado se dan algunos adjetivos que las personas usan para describirse a sí mismas. Por cada adjetivo, indique ¿Cuál es el que lo describe mejor?

No me describe nada 0	Me describe 1	Me describe algo 2	Me describe bien 3	Me describe exactamente 4
--------------------------	------------------	-----------------------	-----------------------	------------------------------

49. Agresivo					
No me describe nada	Me describe	Me describe algo	Me describe bien	Me describe exactamente	
0	1	2	3	4	
50. Ambicioso					
No me describe nada	Me describe	Me describe algo	Me describe bien	Me describe exactamente	
0	1	2	3	4	
51. Seguro de si mismo					
No me describe nada	Me describe	Me describe algo	Me describe bien	Me describe exactamente	
0	1	2	3	4	
52. Calmado					
No me describe nada	Me describe	Me describe algo	Me describe bien	Me describe exactamente	
0	1	2	3	4	
53. Confiado					
No me describe nada	Me describe	Me describe algo	Me describe bien	Me describe exactamente	
0	1	2	3	4	
54. Dominante					
No me describe nada	Me describe	Me describe algo	Me describe bien	Me describe exactamente	
0	1	2	3	4	
55. Accesible					
No me describe nada	Me describe	Me describe algo	Me describe bien	Me describe exactamente	
0	1	2	3	4	
56. Activo					
No me describe nada	Me describe	Me describe algo	Me describe bien	Me describe exactamente	
0	1	2	3	4	
57. Feliz					
No me describe nada	Me describe	Me describe algo	Me describe bien	Me describe exactamente	
0	1	2	3	4	
58. Extrovertido					
No me describe nada	Me describe	Me describe algo	Me describe bien	Me describe exactamente	
0	1	2	3	4	

59. Exitoso				
No me describe nada	Me describe	Me describe algo	Me describe bien	Me describe exactamente
0	1	2	3	4

Instrucciones específicas: Indique por favor ¿Cuál de las siguientes formas de actuar, que a continuación le mencionaremos emplea usted para tratar de resolver un problema importante?

No	Si, 1 o 2 veces	Si, algunas veces	Si, frecuentemente
0	1	2	3

Quando tengo un problema muy fuerte.....

60. Trato de saber más sobre la situación			
No	Si, 1 o 2 veces	Si, algunas veces	Si, frecuentemente
0	1	2	3

61. Hablo con mi pareja o con otros parientes acerca del problema			
No	Si, 1 o 2 veces	Si, algunas veces	Si, frecuentemente
0	1	2	3

62. Hablo con algún amigo acerca del problema			
No	Si, 1 o 2 veces	Si, algunas veces	Si, frecuentemente
0	1	2	3

63. Hablo con algún profesional o cura			
No	Si, 1 o 2 veces	Si, algunas veces	Si, frecuentemente
0	1	2	3

64. Rezo por una guía o para darme valor			
No	Si, 1 o 2 veces	Si, algunas veces	Si, frecuentemente
0	1	2	3

65. Me preparo para el peor de los casos			
No	Si, 1 o 2 veces	Si, algunas veces	Si, frecuentemente
0	1	2	3

66. Dejo de preocuparme y pienso que todo saldrá bien			
No	Si, 1 o 2 veces	Si, algunas veces	Si, frecuentemente
0	1	2	3

67. Me desquito con otras personas cuando me siento enojado o deprimido			
No	Si, 1 o 2 veces	Si, algunas veces	Si, frecuentemente
0	1	2	3

68. Trato de ver el lado bueno de la situación			
No	Si, 1 o 2 veces	Si, algunas veces	Si, frecuentemente
0	1	2	3

69. Me ocupo con otras cosas para no pensar en lo sucedido	No 0	Si, 1 o 2 veces 1	Si, algunas veces 2	Si, frecuentemente 3
70. Formulo un plan de acción y lo llevo a cabo	No 0	Si, 1 o 2 veces 1	Si, algunas veces 2	Si, frecuentemente 3
71. Considero varias alternativas para manejar el problema	No 0	Si, 1 o 2 veces 1	Si, algunas veces 2	Si, frecuentemente 3
72. Me guío por experiencias pasadas	No 0	Si, 1 o 2 veces 1	Si, algunas veces 2	Si, frecuentemente 3
73. Dejo de expresar mis sentimientos	No 0	Si, 1 o 2 veces 1	Si, algunas veces 2	Si, frecuentemente 3
74. Tomo las cosas como vienen, paso a paso	No 0	Si, 1 o 2 veces 1	Si, algunas veces 2	Si, frecuentemente 3
75. Trato de ver las cosas objetivamente	No 0	Si, 1 o 2 veces 1	Si, algunas veces 2	Si, frecuentemente 3
76. Pienso sobre la situación para tratar de entenderla mejor	No 0	Si, 1 o 2 veces 1	Si, algunas veces 2	Si, frecuentemente 3
77. Me digo cosas para ayudarme a sentirme mejor	No 0	Si, 1 o 2 veces 1	Si, algunas veces 2	Si, frecuentemente 3
78. Intento no precipitarme, actuando impulsivamente	No 0	Si, 1 o 2 veces 1	Si, algunas veces 2	Si, frecuentemente 3
79. Me olvido del problema por un tiempo	No 0	Si, 1 o 2 veces 1	Si, algunas veces 2	Si, frecuentemente 3
80. Sé que tengo que hacer y me esfuerzo por lo que las cosas funcionen	No 0	Si, 1 o 2 veces 1	Si, algunas veces 2	Si, frecuentemente 3

- | | | | | |
|---|---------|----------------------|------------------------|-------------------------|
| 81. Evito estar con la gente en general | No
0 | Si, 1 o 2 veces
1 | Si, algunas veces
2 | Si, frecuentemente
3 |
| 82. Me propongo que la próxima vez, las cosas serán diferentes | No
0 | Si, 1 o 2 veces
1 | Si, algunas veces
2 | Si, frecuentemente
3 |
| 83. Me niego a creer lo que está sucediendo | No
0 | Si, 1 o 2 veces
1 | Si, algunas veces
2 | Si, frecuentemente
3 |
| 84. Lo acepto y pienso que no puedo hacer nada | No
0 | Si, 1 o 2 veces
1 | Si, algunas veces
2 | Si, frecuentemente
3 |
| 85. Busco ayuda con personas o grupos que hubieran tenido experiencias similares | No
0 | Si, 1 o 2 veces
1 | Si, algunas veces
2 | Si, frecuentemente
3 |
| 86. Negocio para rescatar algo positivo de la situación | No
0 | Si, 1 o 2 veces
1 | Si, algunas veces
2 | Si, frecuentemente
3 |
| ¿Intento reducir la tensión? | | | | |
| 87. Tomando más | No
0 | Si, 1 o 2 veces
1 | Si, algunas veces
2 | Si, frecuentemente
3 |
| 88. Comiendo más | No
0 | Si, 1 o 2 veces
1 | Si, algunas veces
2 | Si, frecuentemente
3 |
| 89. Fumando más | No
0 | Si, 1 o 2 veces
1 | Si, algunas veces
2 | Si, frecuentemente
3 |
| 90. Haciendo más ejercicio | No
0 | Si, 1 o 2 veces
1 | Si, algunas veces
2 | Si, frecuentemente
3 |
| 91. Tomando tranquilizantes | No
0 | Si, 1 o 2 veces
1 | Si, algunas veces
2 | Si, frecuentemente
3 |
| 92. ¿Cuántos amigos cercanos tiene (personas con quien usted puede platicar sus problemas personales)?_____ | | | | |
| 93. ¿A cuántas personas conoce, de las cuales usted puede esperar ayuda real en tiempos difíciles?_____ | | | | |

Instrucciones específicas: Le voy a mencionar pares de adjetivos que pueden describir su hogar. Por ejemplo, ordenado-desordenado, me indicará el número "4", si está muy ordenado, me señalará el número "0". Por otra parte si está entre muy ordenado o muy desordenado usted me indicará el "3", "2" o "1". Según el grado que usted considere describe mejor su hogar.

94. Ordenado	4	3	2	1	0	Desordenado
95. Limpio	4	3	2	1	0	Sucio
96. Confortable	4	3	2	1	0	No confortable
97. Tranquilo	4	3	2	1	0	Ruidoso
98. Iluminado	4	3	2	1	0	Oscuro
99. De buen tamaño	4	3	2	1	0	Pequeño

FORMAS DE CONSUMO

Instrucciones específicas: Es muy importante que conteste a las siguientes preguntas con mucho cuidado y sinceridad. No existen respuestas correctas e incorrectas. Las preguntas se relacionan al uso de alcohol, drogas y algunos aspectos relacionados con el consumo. La información recabada es estrictamente confidencial y ninguna otra persona tendrá acceso a está.

100. ¿Ha bebido en los últimos 12 meses?

Si: 1 No: 2

101. ¿Ha bebido en los últimos 30 días?

Si: 1 No: 2

102. ¿Ha bebido en la última semana?

Si: 1 No: 2

103. ¿Qué acostumbras beber (*puede marcar más de una opción*)?

- () Pulque
- () Vino de mesa
- () Cerveza
- () Destilados
- () Coolers
- () Bebidas preparadas
- () Mezcal
- () Aguardiente
- () Alcohol puro
- () Otra: _____

104. ¿Cuántas copas bebe por ocasión?

- () 3 copas o menos () 4 copas () 5 copas () 6 o más

105. ¿Que edad tenia cuando bebió por primera vez?-----

106. ¿Cuál es la razón por la que bebió por primera vez?-----

107. ¿Cuál es la razón más importante por la que siguió bebiendo?-----

108. ¿Qué problemas de salud ha tenido por beber (agudos o crónicos)?_____

109. ¿Qué problemas sociales ha tenido por beber (arrestos, familiares, laborales, de pareja, etc)_____

110. ¿Ha fumado en los últimos 12 meses?

Si: 1 No: 2

111. ¿Ha fumado en los últimos 30 días?

Si: 1 No: 2

112. ¿Con qué frecuencia fuma actualmente?

Diario Frecuentemente Ocasionalmente Rara vez

113. Si no fumado en el último año y lo hizo anteriormente. ¿Con que frecuencia fumaba?

Diario Frecuentemente Ocasionalmente Rara vez

114. ¿Qué edad tenía cuando fumó por primera vez?_____

115. De las personas que viven en su usted. ¿Cuántas de ellas fuman actualmente?

116. ¿En que lugar convive con esas personas frecuentemente?_____

117. ¿Cuál es la razón por la que fumó por primera vez?_____

118. ¿Cuál es la razón más importante por la que siguió fumando?_____

119. ¿Qué problemas de salud ha tenido por fumar (por ejemplo: tos, garganta irritada, resequedad, etc.

O problemas más severos como cáncer)?_____

120. ¿Qué problemas sociales ha tenido por fumar (de pareja, familiares, con amigos, etc)?

121. ¿Alguna vez en su vida ha tomado o usado alguna sustancia?

Si: 1 No: 2

122. ¿Cuáles?. Pude marcar más de una:

a) Heroína b) Cocaína c) Marihuana d) De diseño _____ e) Otras_____

123. ¿Cuántos años tenía cuando lo hizo por primera vez?_____

124. ¿Cómo la obtuvo? _____

125. ¿En que lugar? _____

126. ¿La ha consumido en los últimos 12 meses?

Si: 1 No: 2

127. ¿La ha consumido en los últimos 30 días?

Si: 1 No: 2

128. ¿Qué sustancia usa actualmente?_____

129. ¿Cuál es la razón por la que tomó sustancias por primera vez?_____

130. ¿Cuál es la razón por la que lo siguió haciendo?_____

131. ¿Qué problemas de salud ha tenido por tomar otras sustancias?_____

132. ¿Qué otros problemas ha tenido por tomar sustancias?_____

133. ¿Ha adquirido alguna enfermedad grave por utilizar sustancias (VIH)?_____

HÁBITOS ALIMENTICIOS

134. ¿Qué tan frecuente hace tres comidas diarias (*desayuno, comida y cena*) sin compañía, es decir solo?

- 3) Diario o casi diario (frecuentemente)
- 2) Una o dos veces (algunas veces)
- 1) Una o dos veces al mes (casi nunca)
- 0) Nunca

135. ¿Qué tan frecuentemente se salta una de esas comidas?

- 3) Diario o casi diario (frecuentemente)
- 2) Una o dos veces (algunas veces)
- 1) Una o dos veces al mes (casi nunca)
- 0) Nunca

136. ¿Qué tan frecuentemente hace alguna de las comidas fuera de su casa, por el trabajo, por limitaciones de tiempo, por necesidades domésticas, o por cualquier otra cosa?

- 3) Diario o casi diario (frecuentemente)
- 2) Una o dos veces (algunas veces)
- 1) Una o dos veces al mes (casi nunca)
- 0) Nunca

137. ¿Qué tan frecuentemente incluye verduras y frutas en su dieta?

- 3) Diario o casi diario (frecuentemente)
- 2) Una o dos veces (algunas veces)
- 1) Una o dos veces al mes (casi nunca)
- 0) Nunca

138. ¿Qué tan frecuentemente incluye ensaladas en su dieta?

- 3) Diario o casi diario (frecuentemente)
- 2) Una o dos veces (algunas veces)
- 1) Una o dos veces al mes (casi nunca)
- 0) Nunca

139. ¿Con qué frecuencia se toma ocho vasos de agua pura o más de un litro?

- 3) Diario o casi diario (frecuentemente)
- 2) Una o dos veces (algunas veces)
- 1) Una o dos veces al mes (casi nunca)
- 0) Nunca

140. ¿Con qué frecuencia, al tomar sus alimentos, realiza al mismo tiempo otro tipo de actividad (*leer el periódico, ver TV, entre otras*)?

- 3) Diario o casi diario (frecuentemente)
- 2) Una o dos veces (algunas veces)
- 1) Una o dos veces al mes (casi nunca)
- 0) Nunca

141. ¿Con qué frecuencia suele resolver problemas con otras personas o tiene disgustos mientras toma sus alimentos?
- 3) Diario o casi diario (frecuentemente)
 - 2) Una o dos veces (algunas veces)
 - 1) Una o dos veces al mes (casi nunca)
 - 0) Nunca

USO DEL TIEMPO LIBRE

142. ¿Qué tan frecuente utiliza su tiempo libre que le queda después de sus obligaciones, en el hogar y en el trabajo, en una actividad que le guste?

- 3) Diario o casi diario (frecuentemente)
- 2) Una o dos veces (algunas veces)
- 1) Una o dos veces al mes (casi nunca)
- 0) Nunca

143. ¿Tiene alguna afición especial que haya desarrollado en cualquier área: trabajos manuales, tocar un instrumento, cantar, bailar, leer o cualquier otra actividad?

Si: 1 No: 2

144. Si tiene alguna afición. ¿Qué tan frecuentemente la realiza?

- 3) Diario o casi diario (frecuentemente)
- 2) Una o dos veces (algunas veces)
- 1) Una o dos veces al mes (casi nunca)
- 0) Nunca

145. ¿Ha asistido en el último mes a algo que no tenga que ver con el trabajo pero que le ayude en su desarrollo personal?

Si: 1 No: 2

146. ¿Con qué frecuencia práctica algún deporte o algún tipo de ejercicio como: yoga, tai-chi o algo similar?

- 3) Diario o casi diario (frecuentemente)
- 2) Una o dos veces (algunas veces)
- 1) Una o dos veces al mes (casi nunca)
- 0) Nunca

147. ¿Con qué frecuencia ocupa el tiempo libre para reunirse con sus amigos o con la familia haciendo uso del alcohol?

- 3) Diario o casi diario (frecuentemente)
- 2) Una o dos veces (algunas veces)
- 1) Una o dos veces al mes (casi nunca)
- 0) Nunca

148. ¿Con qué frecuencia dedica su tiempo para reflexionar sobre usted mismo o realizar cualquier actividad que le ponga en contacto con la naturaleza, (*meditar, rezar, visitar una iglesia, etc*)?

- 3) Diario o casi diario (frecuentemente)
- 2) Una o dos veces (algunas veces)
- 1) Una o dos veces al mes (casi nunca)
- 0) Nunca

EXPRESIVIDAD

Es común que platiquemos o hablemos de nosotros o de nuestras actividades con nuestros seres queridos; sin embargo, no siempre encontramos una satisfacción real en este tipo de comunicación, es decir, algo que nos haga sentirnos comprendidos, sentir que logramos transmitir nuestras necesidades, nuestros sentimientos verdaderos y no los otros que los demás desean escuchar. En esta sección le vamos a hacer una serie de preguntas sobre como se expresa con los demás.

149. ¿Qué tan frecuentemente siente que tiene alguna comunicación significativa con alguno de sus seres queridos, con algún familiar o amigo?

- 3) Diario o casi diario (frecuentemente)
- 2) Una o dos veces (algunas veces)
- 1) Una o dos veces al mes (casi nunca)
- 0) Nunca

150. ¿Qué tan libremente se siente dentro de su familia o con sus amigos, para expresar sus sentimientos de alegría, frustración, dolor, para reír, llorar o mostrar enojo. Con qué frecuencia expresa estos sentimientos?

- 3) Diario o casi diario (frecuentemente)
- 2) Una o dos veces (algunas veces)
- 1) Una o dos veces al mes (casi nunca)
- 0) Nunca

151. ¿Qué tan frecuente siente que se permite a si mismo expresar sus sentimientos y pensamientos, ya sea positivos o negativos?

- 3) Diario o casi diario (frecuentemente)
- 2) Una o dos veces (algunas veces)
- 1) Una o dos veces al mes (casi nunca)
- 0) Nunca

152. ¿Qué tan frecuentemente siente que las personas que conviven con usted limitan su expresión?

- 3) Diario o casi diario (frecuentemente)
- 2) Una o dos veces (algunas veces)
- 1) Una o dos veces al mes (casi nunca)
- 0) Nunca

153. ¿Con qué frecuencia siente que lo que expresa no es entendido o bien recibido por su pareja, hijos, o cualquier otro miembro de la familia, compañero o amigo?

- 3) Diario o casi diario (frecuentemente)
- 2) Una o dos veces (algunas veces)
- 1) Una o dos veces al mes (casi nunca)
- 0) Nunca

Finalmente, agradecemos mucho su participación y recuerde que seguiremos en contacto con usted ya que a partir de la información recibida se planearan las siguientes reuniones.

ANEXO 2

ESTUDIO DE LA COMUNIDAD

I. RESPECTO A LA COMUNIDAD A ESTUDIAR

Describe la infraestructura:

Calles (pavimentadas con asfalto, concreto, sin pavimentar, terracería, zanjas, etc.). Describe.

Banquetas: (¿existen?) Tipo de material. Describe.

Drenaje: ¿existe drenaje en la comunidad. Describe.

Existencia de servicios: alumbrado público, teléfonos públicos, existencia de agua entubada, recolección de basura, contenedores para el almacenamiento de basura, mercado sobre ruedas, comercio formal o ambulante línea de autobuses. Enlista y describe.

Centros educativos: Instituciones educativas (*guarderías, kinder, primaria, secundaria, escuelas preparatorias, universidad*). Enlista y describe.

Establecimientos de salud: consultorios, clínicas, sanatorios, hospitales. Enlista y describe.

Existencia de: (*describe*)

parques, áreas verdes.

Pulquerías, cantinas, bares.

Fauna nociva (*ratas, moscos, etc*)

Iglesias, templos, altares.

II. DETECCIÓN DE LIDERES DE LA COMUNIDAD O GRUPOS FOCALES

¿Existe un líder formal o grupos focales en la comunidad?

III. ELABORA UN MAPA DE LA COMUNIDAD, UBICANDO SUS ELEMENTOS PRINCIPALES

IV. DIAGNÓSTICO DE LAS NECESIDADES SENTIDAS POR LA COMUNIDAD

Con base en la información anterior, elabora un cuestionario de opinión para realizar una encuesta entre la comunidad, con el propósito de detectar necesidades ¿Qué creen que les hace falta? ¿Cómo perciben su colonia?, etc.

V. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DE LA COMUNIDAD

¿Cuáles son los principales problemas de salud de esta comunidad? ¿Cómo lo sabes? ¿Preguntaste a la comunidad sobre los principales problemas de salud?.

VI. PRINCIPALES PROBLEMAS PSICOLÓGICOS DE LA COMUNIDAD

¿Cuáles son los principales problemas psicológicos de esta comunidad? ¿Cómo lo sabes? ¿Preguntaste a la comunidad sobre los principales problemas psicológicos?.

ANEXO 3

ENTREVISTA INICIAL PARA MADRES.

Bravo Rojas Claudia y Velázquez Reyes Marisol.

Objetivo: Conocer los datos particulares del niño y definir la conducta inadecuada que presenta.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Evaluador: _____
Fecha de aplicación: _____ No. de caso: _____
Nombre del niño: _____
Fecha de nacimiento: Mes _____ Día _____ Año _____ Edad: _____
Sexo: F M _____ Grupo: _____

Nombre de la madre: _____
Nombre del padre: _____
Nombre de otro informante: _____ Parentesco: _____

Dirección del informante: _____ Calle: _____
Número: _____ Colonia: _____
C.p.: _____ Delegación: _____

Tel. casa: _____

Datos de un familiar o amigo:

Nombre: _____ Parentesco: _____
Teléfono: _____

ANTECEDENTES.

1. ¿Fue un hijo fue planeado? SI NO
2. ¿Fue un niño deseado? SI NO
3. ¿Tuvo problemas durante el embarazo? SI NO
4. ¿De que tipo? _____
5. ¿Cuánto tiempo duró el embarazo? _____
6. ¿Tuvo problemas durante el parto? SI NO ¿Cuáles? _____
7. ¿Qué características presentó el niño al nacer (peso y medida)? _____
8. ¿Cuál fue su APGAR? _____
9. ¿Lugar de nacimiento que ocupa el niño en la familia? _____
10. Describa la dinámica familiar (*realice un familiograma y describa los siguientes datos*)

Tipo de comunicación:

Manejo de la autoridad:

Problemas de pareja:

Medidas disciplinaria:

11. ¿Ha tenido algún accidente grave el niño? SI NO ¿De que tipo? _____
12. ¿Actualmente se le ha diagnosticado al niño algún tipo de enfermedad crónica? SI NO
¿Cuál? _____
13. ¿Actualmente el niño toma algún medicamento de manera constante? SI NO
¿Cuál? _____
¿Frecuencia? _____ ¿Motivo? _____ ¿Qué profesional lo recetó? _____
14. ¿Actualmente presenta problemas de sueño? SI NO
¿Cuál? _____ ¿Frecuencia? _____

AREA FAMILIAR.

15. ¿Cuántas personas viven en la casa que usted habita?
16. En total ¿Cuántas personas habitan en la misma casa? NIÑOS _____ ADULTOS _____
ANCIANOS _____
17. ¿Descripción de los adultos más próximos al niño.

Nombre.	Edad.	Parentesco.	Estudios	No. De hrs a cargo del niño.	Ingresos	Razón en caso de desempleo

Si la mujer responsable del hogar no es la madre biológica o si no hay una mujer responsable de la familia, continúe con la pregunta 18, si no es así responda a partir de la pregunta 23.

18. ¿La madre biológica del niño vive? _____
19. ¿Desde cuando dejó el (la) niño (a) de vivir con su madre biológica? _____
¿Motivo? _____
20. ¿De que manera afecto esto a la conducta del niño? _____

21. ¿En la actualidad, ve a su madre el niño? SI NO ¿Frecuencia? _____
22. ¿Cuándo el niño ve a su madre, nota algún cambio en su conducta? SI NO
- 23.- ¿En qué consiste este cambio? _____

- ¿Frecuencia? _____ ¿Duración? _____ ¿Intensidad? _____

Si el hombre responsable del hogar no es el padre biológico o si no hay responsable de la familia, continúe con la pregunta 24, si no es así responda a partir de la pregunta 30.

24. ¿El padre biológico del niño vive? SI NO
25. ¿Desde cuando dejó el (la) niño(a) de vivir con su padre biológico? _____
¿Motivo? _____
26. ¿De que manera afecto esto la conducta del niño? _____

- 27.- ¿En la actualidad, ve a su padre el niño? SI NO ¿Frecuencia? _____
- 28.- ¿Cuándo el niño ve a su padre, nota algún cambio en su conducta? SI NO
- 29.- ¿En qué consiste este cambio? _____
 ¿Frecuencia? _____ ¿Duración? _____ ¿Intensidad? _____
30. ¿Cuántos años llevan viviendo juntos los adultos responsables de la casa? _____
31. Número de matrimonios: _____
 De la madre incluyendo el actual _____
 Del padre incluyendo el actual _____
32. ¿Han ocurrido separaciones prolongadas con su pareja actual? SI NO
 ¿Razón? _____
33. Desde su nacimiento, ¿El niño ha tenido cambios de casa? SI NO
 ¿Cuántos? _____ ¿Motivo? _____

AREA SOCIOECONÓMICA.

34. ¿La vivienda en la que habita es rentada o propia? R P
35. ¿A nombre de quién se encuentra? _____
36. ¿Cuántos cuartos tiene, sin incluir baños, ni cocina? _____
37. ¿Qué servicios tiene en su colonia? _____

PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA:

38. ¿Describame el (los) tipo (s) de conducta que presenta el niño? _____

- 39.- ¿Desde cuando presenta está (s) conducta (s)? _____

40. ¿En que situaciones presenta esta (s) conducta (s) (comida, tarea, dormir, etc)? _____

41. ¿Describame una situación, en la que el niño haya presentado esta (s) conducta (s)? _____

42. ¿Quienes están presentes generalmente cuando el niño tiene este (os) comportamiento (s)? _____

43. ¿Con qué frecuencia se presenta está (s) conducta (s) en el niño? _____
44. ¿De que manera resuelve este tipo de situaciones (regaños, golpes, ignora, etc)? _____

45. ¿El niño ha presentado problemas escolares por este motivo? SI NO
 ¿Cuáles? _____
46. ¿A intentado solucionar esta situación? SI NO ¿Cómo? _____
47. ¿Ha tenido problemas maritales por el comportamiento del niño? SI NO
 ¿Cuáles? _____
48. ¿Qué reacción tiene cuando el niño se porta o hace algo bien (*premia, ignora, etc*)?

49. ¿El niño ha acudido a algún otro tipo de tratamiento anteriormente? SI NO
 ¿Cuál? _____ ¿Tiempo en que acudió? _____
 ¿Que resultados obtuvo? _____
50. ¿Motivó por el cuál abandonó el tratamiento? _____
51. ¿Conoce el tratamiento para la agresión y la desobediencia, basado en el modelo conductual?
 SI NO
52. ¿Cuáles son las expectativas que tiene con respecto a este tratamiento? _____

53. Explique el registro ACC y su manejo.

ANEXO 4

QUESTIONARIO DE PROBABILIDAD DE OBEDIENCIA CPO

En la siguiente lista hay una serie de instrucciones que usted le puede presentar a su hijo diariamente.
¿Cuál de estas instrucciones cree que su hijo puede realizar completamente?

SIEMPRE 1	CASI SIEMPRE 2	OCASIONALMENTE 3	RARA VEZ 4	NO APRENDIDA 5
--------------	-------------------	---------------------	---------------	-------------------

VESTIDO

1. Prepara tu ropa para hoy
2. Ponte tu...(prenda individual)
3. Cámbiate de ropa
4. Quitate la ropa
5. Quitate tu...(prenda individual)
6. Guarda tu ropa

HIGIENE

7. Cepillate los dientes
8. Lávate las manos
9. Cepillate el cabello
10. Date un baño
11. Lava tu cabello
12. Lávate la cara
13. Abre la llave
14. Cierra la llave
15. Recoge el jabón
16. Sécate

PASATIEMPOS

17. Arma el rompecabezas
18. Coloca esta pieza en el rompecabezas
19. Ve la televisión
20. Vete a jugar afuera
21. Vete a jugar a tu cuarto
22. Trae el libro
23. Lee el libro
24. Voltea la página
25. Juega con el juguete
26. Juega con la pelota

INTERACTIVO SOCIAL

27. Juega con otro niño
28. Ven a jugar conmigo
29. Di una palabra
30. Dame un abrazo
31. Salúdame

32. Dame la mano
33. Dame un beso
34. Aplaudes
35. Toma mi mano
36. Habla por teléfono
37. Canta una(*canción en particular*)

LIMPIEZA

38. Trae tus juguetes
39. Lava el piso
40. Lava la mesa
41. Recoge la mesa
42. Guarda tus juguetes
43. Sacude los muebles
44. Sacude la ropa
45. Recoge la ropa
46. Cuelga tu ropa
47. Limpia tu cuarto
48. Pon tus cosas en el cajón
49. Barre el piso
50. Guarda tu libro
51. Ayúdame a limpiar... (*algo en particular*)
52. Lava los platos
53. Seca los platos

COMER

54. Ven a la mesa
55. Come tu cena
56. Termina tu comida
57. Come tu...(*alimento en particular*)
58. Pásame el...(*artículo en particular*)
59. Usa tu...(*utensilio en particular*)
60. Siéntate en la silla
61. Mastica tu comida
62. Toma bocados pequeños
63. Trae tu objeto...(*en particular*)
64. Ve a traer...(*postre o dulce en particular*)
65. Cierra tu boca cuando mastiques
66. Límpiame la boca
67. Toma tu...(*bebida en particular*)
68. Sirve tu...(*bebida en particular*)
69. Ayúdame a preparar...(*una comida en particular*)

DORMIR

70. Vete a la cama
71. Apaga la luz
72. Tápate con las cobijas
73. Ponte tu pijama
74. Vete a tu recámara

75. Guarda tus juguetes lejos de aquí
76. Di buenas noches
77. Levántate de la cama
78. Quitate la pijama

CONTROL DE ESFÍNTERES

79. Dime si necesitas ir al baño
80. Vete al baño
81. Bájate los pantalones
82. Cierra la puerta
83. Dime cuando hayas terminado
84. Jálale al baño
85. Lávate las manos
86. Sécate las manos

EDUCACIONAL-IMITATIVA

87. Siéntate en la silla
88. Hazme un dibujo
89. Tómame una foto
90. Enséñame el...*(objeto en particular)*
91. Dame el... *(objeto en particular)*
92. Dime qué hora es
93. Toca tu...*(parte del cuerpo en particular)*
94. Voltea la hoja
95. Dónde está tu...*(objeto en particular)*
96. Sigüeme

GENERAL

97. Levántate
98. Siéntate
99. Ven acá
100. Abre la puerta
101. Ve a...*(lugar en particular)*
102. Cierra la puerta
103. Entra en la casa
104. Mirame
105. Contesta el teléfono
106. Contesta el teléfono
107. Prende la luz
108. Apaga la luz
109. Súbete al carro
110. Baja del carro

ÁREA MOTORA

111. Cacha la pelota
112. Escribe...*(algo en particular)*
113. Lanza el balón
114. Corre a un...*(lugar en particular)*
115. Salta sobre...*(objeto en particular)*

116. Coloca un...*(algo en particular)*

117. Dibuja un...*(algo en particular)*

118. Escribe tu nombre

TERMINAR

119. Apaga la luz

120. Termina lo que estés haciendo

121. Apaga la luz

122. Deja de jugar con tus juguetes

Realice una lista con algunas órdenes que no hayan sido incluidas en la lista anterior. Trate de incluir una lista de órdenes que a su hijo le guste realizar.

123. _____

124. _____

125. _____

126. _____

127. _____

128. _____

129. _____

130. _____

131. _____

132. _____

ESCALA DE AMBIENTE SOCIAL FAMILIAR
(FES) FORMA R

Instrucciones: Antes de aplicar este cuestionario es muy importante que usted enfaticé a la persona entrevistada que todas las preguntas que se le van a hacer se refieren a su familia.

Lea cuidadosamente cada pregunta.

Pida que la respuesta a cada pregunta sea "Si o No"

Cuando una persona manifieste no haber comprendido, lea nuevamente la pregunta, y si a pesar de ello no la entiende, aclárela basándose en la explicación contenida en el MANUAL DE EXPLICACIÓN.

1. ¿En su familia realmente se ayudan unos a otros?
2. ¿Acostumbran hablarse de lo que sienten?
3. ¿Se pelean mucho entre ustedes?
4. ¿Cada quien hace sus cosas sin recibir ayuda de nadie?
5. ¿Creen ustedes que ser el mejor en cualquier cosa que hagan es importante?
6. ¿Hablan de política y problemas del país frecuentemente?
7. ¿Cuándo tienen tiempo libre, salen de su casa?
8. ¿Va a la iglesia con frecuencia?
9. ¿Preparan con mucho cuidado las actividades de su casa?
10. ¿Se dan órdenes entre ustedes?
11. ¿Pasan muchos momentos juntos en casa?
12. ¿Pueden ustedes hablar libremente de lo que pasa en su familia?
13. ¿Se enojan muy frecuentemente?
14. ¿Los dejan ser libres en lo que hacen y en lo que piensas en su familia?
15. ¿Para su familia es importante salir adelante en la vida?
16. ¿Van seguido a conferencias, teatros o conciertos?
17. ¿Frecuentemente van amigos a visitarlos a su casa?
18. ¿En su familia acostumbran rezar?
19. ¿Generalmente son ustedes muy limpios y ordenados?
20. ¿En su familia hay mucha disciplina?
21. ¿Se esfuerzan mucho en los quehaceres de la casa?
22. ¿Cuando alguien se enoja en su casa, generalmente otros se molestan?
23. ¿Algunas veces llegan a estar tan enojados que se arrojan cosas entre ustedes?
24. ¿En su familia cada quien decide lo que hace?
25. ¿Creen ustedes que la gente vale por el dinero que tiene?
26. ¿Es muy importante en su familia aprender cosas nuevas y diferentes?
27. ¿Alguno de ustedes está en equipos de fútbol, béisbol, etc.?
28. ¿Hablan ustedes con frecuencia del significado religioso de la navidad?
29. ¿En su casa es fácil encontrar las cosas cuando las necesitan?
30. ¿Una persona de su familia es la que toma la mayor parte de las decisiones?
31. ¿Se sienten muy unidos en su familia?
32. ¿Se cuentan sus problemas personales unos a otros?
33. ¿Cuando tienen problemas explotan con facilidad?
34. ¿Pueden salir de su casa cada vez que quieran?
35. ¿Creen ustedes que se debe luchar por ser mejores en cualquier cosa que hagan?

36. ¿Están ustedes interesados en actividades culturales?
37. ¿Van al cine, eventos deportivos o de excursión muy seguido?
38. ¿Creen ustedes en el cielo y el infierno?
39. ¿En su familia son puntuales?
40. ¿Las cosas en casa se hacen como se debe?
41. ¿Son ustedes acomodados en las cosas que se necesitan en casa?
42. ¿Si tienen ganas de hacer algo de repente, lo hacen?
43. ¿Seguido se critican unos a otros?
44. ¿En su familia pueden realizar cualquier actividad personal sin que nadie los moleste?
45. ¿Ustedes siempre tratan de hacer las cosas un poco mejor cada ocasión?
46. ¿Seguido discuten de arte, cultura, política, etc?
47. ¿Todos ustedes tienen uno o dos pasatiempos?
48. ¿En su familia tienen ideas estrictas de lo que es bueno o malo?
49. ¿En su familia, las personas son firmes en sus decisiones?
50. ¿En su familia, se preocupan mucho por solamente hacer lo que está permitido?
51. ¿Realmente se apoyan unos a otros?
52. ¿Cuándo alguien se queja en su familia, alguien lo atiende?
53. ¿Se golpean entres ustedes?
54. ¿En su familia, cada quien resuelve sus propios problemas?
55. ¿Se preocupan por mejorar en el trabajo o por sacar buenas calificaciones en la escuela?
56. ¿Alguien de su familia toca algún instrumento musical?
57. ¿A parte de sus obligaciones tienen actividades de diversión?
58. ¿Creen ustedes que hay algunas cosas que se tienen que aceptar de buena fe?
59. ¿Tratan de tener ustedes la casa limpia?
60. ¿En su casa hay poca oportunidad de opinar sobre las decisiones familiares?
61. ¿Hay mucha unión en su familia?
62. ¿Los asuntos de dinero y deudas, se hablan delante de todos ustedes?
63. ¿Si hay desacuerdos entre ustedes, terminan discutiendo y peleándose?
64. ¿Entre ustedes se ayudan para defenderse de los demás?
65. ¿En su familia trabajan duro para mejorar y salir adelante?
66. ¿Van a la biblioteca frecuentemente?
67. ¿Van a cursos que no son parte de la escuela, por pasatiempos o interés?
68. ¿En su familia cada persona tiene ideas diferentes de lo que es bueno o malo?
69. ¿Cada uno de ustedes sabe bien cuáles son sus obligaciones?
70. ¿Es difícil que puedan hacer cualquier cosa que quieran?
71. ¿Verdaderamente se llevan bien entre ustedes?
72. ¿Pueden decirse cualquier cosa entre ustedes?
73. ¿Tratan ustedes de sobresalir sobre los demás personas de su casa?
74. ¿Cuando algún miembro de la familia hace lo que quiere, lastima los sentimientos de los demás?
75. ¿En su familia primero es el trabajo y luego la diversión?
76. ¿Ustedes dedican más tiempo a leer que a ver la televisión?
77. ¿Salen ustedes a pasear seguido?
78. ¿La Biblia es un libro muy importante en su casa?
79. ¿El dinero lo manejan cuidadosamente en su familia?
80. ¿La disciplina en su casa es muy estricta?
81. ¿En su familia a todos se les dedica tiempo y atención?
82. ¿En su familia discuten mucho?

83. ¿Creen ustedes que gritando consiguen lo que quieren?
84. ¿En su familia se permite que cada quien diga lo que piensa?
85. ¿A ustedes les gusta estarse comparando con los demás?
86. ¿Realmente les gusta la música, lectura, pintura, danza, etc?
87. ¿La forma principal de entretenerse en su familia es ver la T.V o escuchar radio?
88. ¿En su familia creen que cuando alguien comete un pecado, será castigado?
89. ¿Los platos sucios se lavan rápidamente después de comer?
90. ¿En su familia se respetan las cosas que no están permitidas?

ANEXO 6

**REGISTRO DE CONDUCTAS INADECUADAS Y PROSOCIALES DEL NIÑO
OBSERVACIÓN EN ESCUELA
Bravo Rojas Claudia y Velázquez Reyes Marisol**

NIÑO: _____ GRUPO: _____ EDAD: _____

ESCUELA: _____ FECHA: _____ HORA: _____

OBSERVADOR: _____ SESION: _____ CONF: _____

TOTALES

PE	EM	JL	GR	AR	AV	DS	IN	MA	FP	CM	DF

MIN.	SEG.	PE	EM	JL	GR	AR	AV	DS	IN	MA	FP	CM	DF
0	0	PE	EM	JL	GR	AR	AV	DS	IN	MA	FP	CM	DF
	10	PE	EM	JL	GR	AR	AV	DS	IN	MA	FP	CM	DF
	20	PE	EM	JL	GR	AR	AV	DS	IN	MA	FP	CM	DF
	30	PE	EM	JL	GR	AR	AV	DS	IN	MA	FP	CM	DF
	40	PE	EM	JL	GR	AR	AV	DS	IN	MA	FP	CM	DF
	50	PE	EM	JL	GR	AR	AV	DS	IN	MA	FP	CM	DF
1	0	PE	EM	JL	GR	AR	AV	DS	IN	MA	FP	CM	DF
	10	PE	EM	JL	GR	AR	AV	DS	IN	MA	FP	CM	DF
	20	PE	EM	JL	GR	AR	AV	DS	IN	MA	FP	CM	DF
	30	PE	EM	JL	GR	AR	AV	DS	IN	MA	FP	CM	DF
	40	PE	EM	JL	GR	AR	AV	DS	IN	MA	FP	CM	DF
	50	PE	EM	JL	GR	AR	AV	DS	IN	MA	FP	CM	DF
2	0	PE	EM	JL	GR	AR	AV	DS	IN	MA	FP	CM	DF
	10	PE	EM	JL	GR	AR	AV	DS	IN	MA	FP	CM	DF
	20	PE	EM	JL	GR	AR	AV	DS	IN	MA	FP	CM	DF
	30	PE	EM	JL	GR	AR	AV	DS	IN	MA	FP	CM	DF
	40	PE	EM	JL	GR	AR	AV	DS	IN	MA	FP	CM	DF
	50	PE	EM	JL	GR	AR	AV	DS	IN	MA	FP	CM	DF
3	0	PE	EM	JL	GR	AR	AV	DS	IN	MA	FP	CM	DF
	10	PE	EM	JL	GR	AR	AV	DS	IN	MA	FP	CM	DF
	20	PE	EM	JL	GR	AR	AV	DS	IN	MA	FP	CM	DF
	30	PE	EM	JL	GR	AR	AV	DS	IN	MA	FP	CM	DF
	40	PE	EM	JL	GR	AR	AV	DS	IN	MA	FP	CM	DF
	50	PE	EM	JL	GR	AR	AV	DS	IN	MA	FP	CM	DF

*Este es un ejemplo del registro de conductas inadecuadas y prosociales del niño, el cual tiene un tiempo total de 10 minutos.

ANEXO 7

REGISTRO ACC

Nombre del niño: _____

Fecha: _____

Nombre de la madre: _____

Número de caso: _____

HORA	ANTECEDENTES <i>(Lo que pasa antes)</i>	CONDUCTA <i>(Cómo es la conducta)</i>	CONSECUENTE <i>(Que hizo la mamá después)</i>	LUGAR	PERSONAS PRESENTES

REGISTRO DIARIO DE OBEDIENCIA DEL NIÑO EN CASA

Nombre del niño: _____

Fecha: _____

Nombre de la madre: _____

Número de caso: _____

Instrucciones	L			M			Mi			J			V			S			D			
	1	2	No	1	2	No	1	2	No	1	2	No	1	2	No	1	2	No	1	2	No	

Coloque una / en 1º si el niño obedece a la primera vez que se le da la instrucción, sino obedece a la primera vez no coloque nada y repita la instrucción una segunda vez, si obedece a esta segunda vez ponga una / en 2º y sino obedece a ninguna de las dos veces que usted da la instrucción ponga una x en no. Recuerde darle al niño las once instrucciones todos los días.

ANEXO 8

REGISTRO DE SEGUIMIENTO INSTRUCCIONAL

Nombre del niño: _____

Fecha: _____

Nombre de la madre: _____

Número de caso: _____

Conducta de la madre	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Obtener atención										
Instrucción clara										
Espera intervalo										
Elogia										
Obtiene atención										
Repite instrucción										
Eleva el tono de voz										
Espera intervalo										
Instiga físicamente										

REGISTRO PARA EL USO DE REGLAS

Nombre del niño: _____

Fecha: _____

Nombre de la madre: _____

Número de caso: _____

Conducta de la madre	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Explica la regla										
Establece recompensa positiva										
Establece recompensa negativa										
Repite la instrucción										
Da advertencia										
Pérdida de privilegios										
Proporciona privilegio										

ANEXO 9

REGISTRO DE INTERACCIÓN DE LA MADRE

Nombre de la madre _____

Terapeuta _____

Conducta		Contacto físico positivo	Elogiar	Contacto visual	Sonreír	Compartir	Contacto físico negativo	Desaprobar	Gritar	Ignorar
Tiempo Min.	Seg.									
	0									
	10									
0	20									
	30									
	40									
	50									
	0									
	10									
1	20									
	30									
	40									
	50									
	0									
	10									
2	20									
	30									
	40									
	50									
	0									
	10									
3	20									
	30									
	40									
	50									

* Este es un ejemplo del registro de interacción, el cual tiene un tiempo total de 10 minutos.

7. ¿Una vez que recibí el tratamiento, cambie mis medidas de disciplina?	5	4	3	2	1
Totalmente de acuerdo		De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

CAMBIOS EN LA CONDUCTA DEL NIÑO

8. ¿Al utilizar el procedimiento de consecuencias negativas y positivas, he logrado que la conducta del niño mejore?	5	4	3	2	1
Totalmente de acuerdo		De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

9. ¿Pienso que el tratamiento es apropiado para resolver problemas como desobediencia, agresión, berrinches, peleas entre hermanos u otras conductas inadecuadas?	5	4	3	2	1
Totalmente de acuerdo		De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

10. ¿Los ensayos realizados durante las sesiones me ayudaron a mejorar la conducta inadecuada de mi hijo?	5	4	3	2	1
Totalmente de acuerdo		De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

SATISFACCIÓN CON LA TERAPEUTA

11. ¿La exposición de la información por parte de las terapeutas fue clara y precisa?	5	4	3	2	1
Totalmente de acuerdo		De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

12. ¿Los materiales de apoyo (acetatos, rotafolios y guías), fueron adecuados?	5	4	3	2	1
Totalmente de acuerdo		De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

13. ¿El tiempo que me dedico la terapeuta fue suficiente?	5	4	3	2	1
Totalmente de acuerdo		De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

14. ¿Cuando tuve dudas respecto al tratamiento, la terapeuta me ayudó a resolverlas?	5	4	3	2	1
Totalmente de acuerdo		De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN PARA MAESTRAS

Bravo Rojas Claudia y Velázquez Reyes Marisol

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de preguntas referentes al programa que recibió. Por favor, marque una opción para cada pregunta. Gracias.

HABILIDADES

1. ¿Las técnicas que me enseñaron las aplico regularmente en el salón de clases?
5 Totalmente de acuerdo 4 De acuerdo 3 Inseguro 2 En desacuerdo 1 Totalmente en desacuerdo
2. ¿Las técnicas adquiridas las he utilizado con niños de otro grupo con resultados efectivos?
5 Totalmente de acuerdo 4 De acuerdo 3 Inseguro 2 En desacuerdo 1 Totalmente en desacuerdo
3. ¿Desde que les doy instrucciones claras a mis alumnos, ha cambiado su conducta?
5 Totalmente de acuerdo 4 De acuerdo 3 Inseguro 2 En desacuerdo 1 Totalmente en desacuerdo
4. ¿Una vez que recibí el tratamiento, cambie mis medidas de disciplina, para corregir a mis alumnos?
5 Totalmente de acuerdo 4 De acuerdo 3 Inseguro 2 En desacuerdo 1 Totalmente en desacuerdo

CAMBIOS EN LA CONDUCTA DEL NIÑO

5. ¿Desde que recibí el tratamiento y la capacitación, la conducta de mis alumnos mejoró?
5 Totalmente de acuerdo 4 De acuerdo 3 Inseguro 2 En desacuerdo 1 Totalmente en desacuerdo
6. ¿Considero que las técnicas (uso de reglas, recompensas, seguimiento instruccional, solución de problemas, etc) impartidas en el tratamiento han sido de utilidad para mejorar la interacción que tengo con mis alumnos?
5 Totalmente de acuerdo 4 De acuerdo 3 Inseguro 2 En desacuerdo 1 Totalmente en desacuerdo
7. ¿Pienso que el tratamiento es apropiado para resolver problemas como desobediencia, agresión, berrinches, peleas entre alumnos y otras conductas, que se presentan en el colegio?
5 Totalmente de acuerdo 4 De acuerdo 3 Inseguro 2 En desacuerdo 1 Totalmente en desacuerdo

8. ¿Este tratamiento, realmente ayudó a modificar la conducta inadecuada de los niños?	5	4	3	2	1
Totalmente de acuerdo		De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

SATISFACCIÓN CON LA TERAPEUTA

9. ¿La terapeuta estableció una relación de confianza conmigo?	5	4	3	2	1
Totalmente de acuerdo		De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

10. ¿El terapeuta mostró interés en todos los casos?	5	4	3	2	1
Totalmente de acuerdo		De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

11. ¿Cuando tuve dudas respecto al tratamiento u otro tópico, la terapeuta me ayudó a resolverlas?	5	4	3	2	1
Totalmente de acuerdo		De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

12. ¿La exposición de la información en el tratamiento y capacitación, por parte de las terapeutas fue clara y precisa?	5	4	3	2	1
Totalmente de acuerdo		De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

SATISFACCIÓN GENERAL CON EL PROCEDIMIENTO

13. ¿Recomendaría a otras maestras el tratamiento y la capacitación que recibí?	5	4	3	2	1
Totalmente de acuerdo		De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

14. ¿Estuve de acuerdo con el terapeuta sobre los objetivos o las conductas que los niños de mi grupo necesitaban cambiar?	5	4	3	2	1
Totalmente de acuerdo		De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

15. ¿Los materiales de apoyo para la exposición (rotafolios, guías) fueron adecuados?	5	4	3	2	1
Totalmente de acuerdo		De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

ANEXO 11

CARTA COMPROMISO

México, D.F. a _____ de _____ del 2001

Por medio de la presente aceptamos participar en este programa sobre el manejo de la conducta infantil y nos comprometemos a cumplir con las siguientes actividades:

- A. Informar en caso de cambio de domicilio o escuela a las terapeutas responsables.
- B. Estar presentes y puntuales en cada una de las sesiones a las cuales se me cite.
- C. Participar en observaciones y filmaciones de las sesiones terapéuticas en las cuales participemos.

A si mismo las terapeutas responsables de la terapia tienen la obligación de:

- A. Asistir puntualmente a las citas establecidas.
- B. Aclararme cualquier duda respecto a la terapia.
- C. Guardar la confidencialidad de cada caso.

Nombre del padre

Nombre de la madre

Firma

Firma

Nombre de la terapeuta

Firma

ANEXO 12**VIÑETA 1
INSTRUCCIONES GENERALES**

Instrucciones para la madre: De al niño las siguientes instrucciones, una por una como acostumbra a hacerlo.

Tabla 1

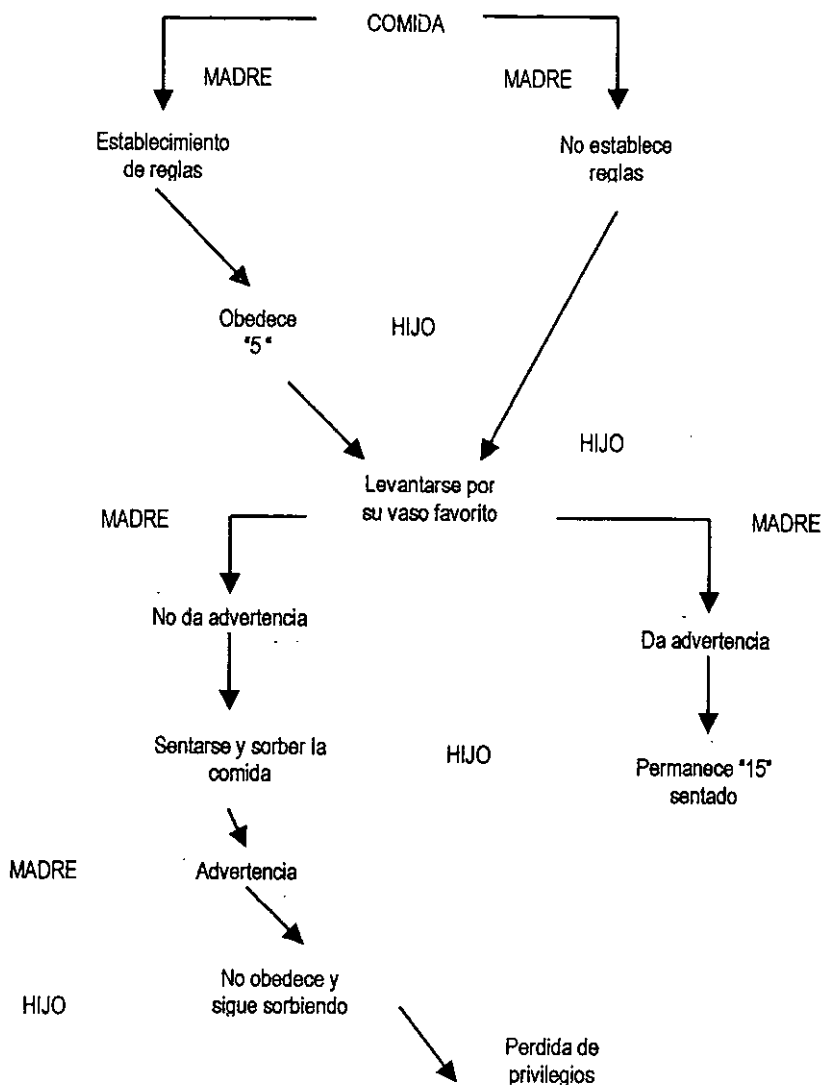
INSTRUCCIONES	COTERAPEUTA
Recoger los juguetes	Obedecer a la primera
Prende la televisión	Obedecer a la primera
Siéntate en la silla	Obedecer a la segunda
Apaga la televisión	Obedecer hasta la cuarta
Haz un dibujo	Obedecer a la segunda
Guarda tu cuaderno en la mochila	Obedecer hasta la cuarta
Sirve agua en el vaso	Obedecer a la segunda
Limpia el agua	Obedecer a la primera
Ponte el suéter	Obedecer a la primera
Recoge tu suéter	Obedecer hasta la cuarta

Tabla N. 1: La tabla muestra las instrucciones que dieron las madre y el momento en que obedeció el niño (*coterapeuta*).

* Estas instrucciones pueden variar de acuerdo al contexto.

VIÑETA 2 HORA DE LA COMIDA

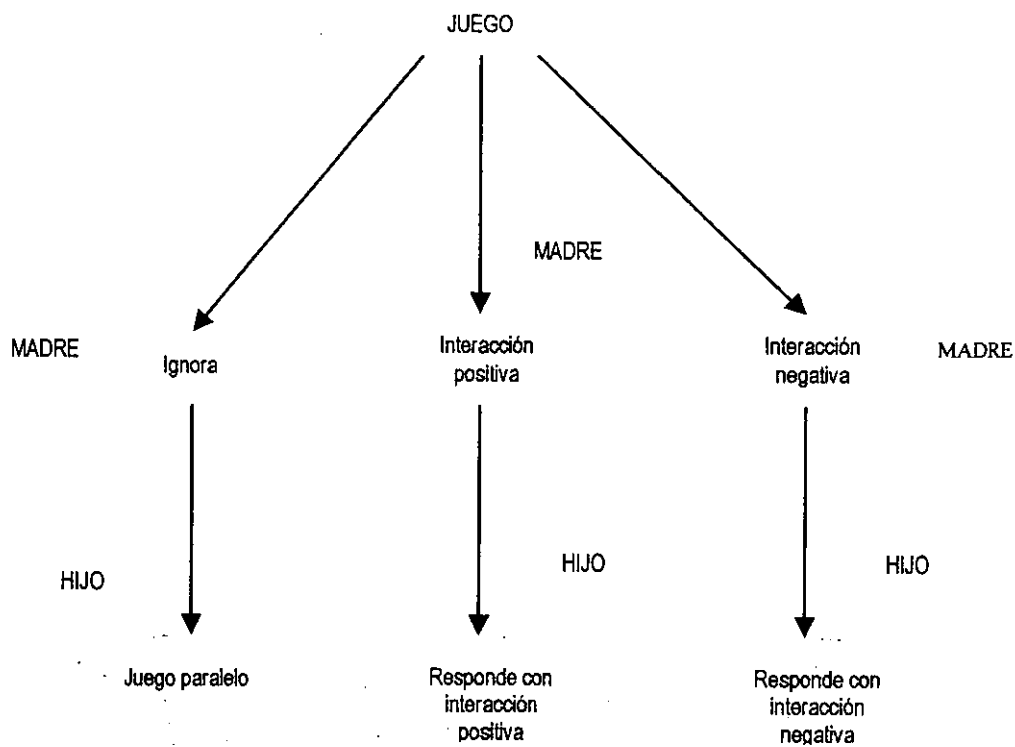
Se presentan las conductas que debe seguir el niño (*coterapeuta*) de acuerdo a las instrucciones de la madre.



ANEXO 14

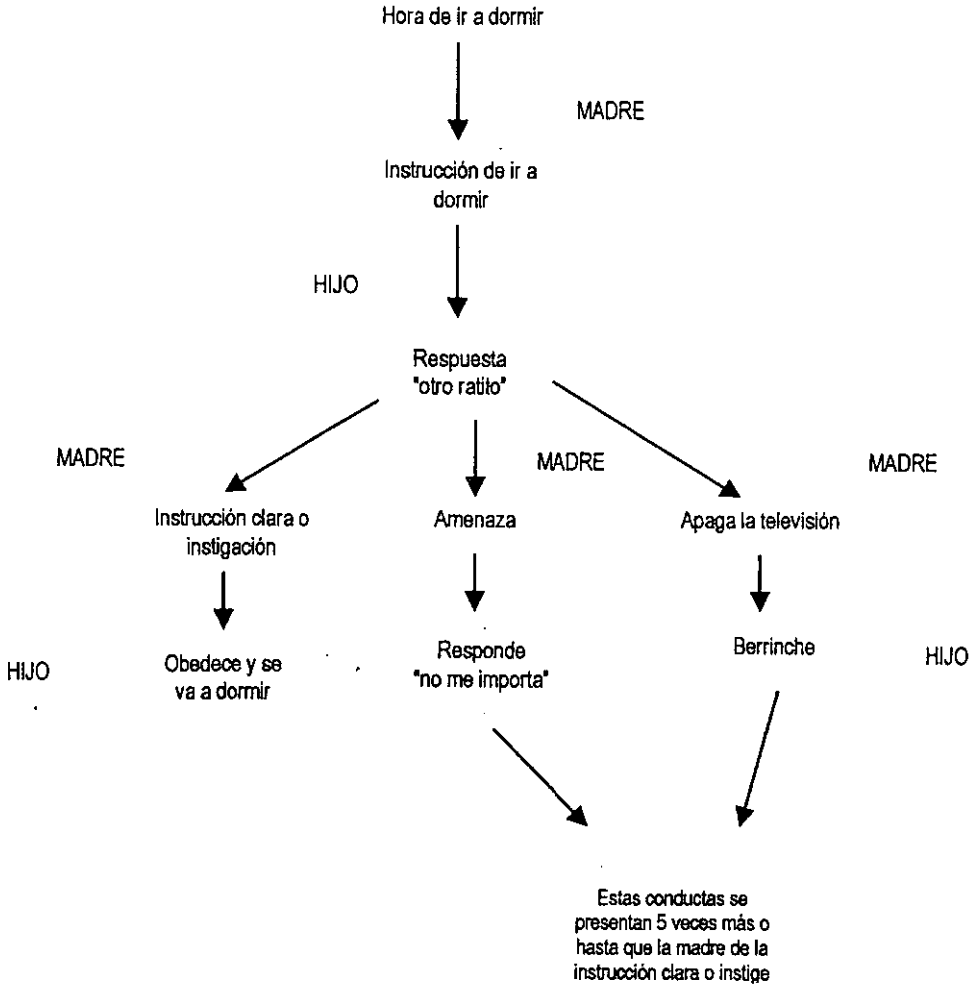
SITUACION 3
INTERACCION MADRE - HIJO EN JUEGO LIBRE

Se presentan las conductas que debe seguir el niño (*coterapeuta*) de acuerdo a las instrucciones de la madre.



**SITUACION 4
HORA DE DORMIR**

Se le pide a la madre que mande al niño (*coterapeuta*) a dormir.



ANEXO 16

Tabla 2

ESCALA DE AMBIENTE SOCIAL Y FAMILIAR									
Dimensiones	Relaciones familiares		Área de conflicto familiar		Desarrollo personal		Mantenimiento del sistema familiar		
	CASOS	Pretest %	Postest %	Pretest %	Postest %	Pretest %	Postest %	Pretest %	Postest %
1		66	89	55	0	60	78	60	89
2		78	89	11	11	55	55	22	40
3		89	100	33	11	66	78	89	89
4		44	89	55	33	67	67	67	67
5		65	89	44	22	55	60	89	89
6		44	89	20	0	50	66	44	66
7		78	89	22	22	40	55	50	60
8		66	78	11	11	55	55	44	66
9		66	78	33	22	50	50	78	78
10		66	78	11	11	55	66	68	68

Tabla N.2: La tabla muestra los porcentajes obtenidos por cada una de las madres en las cuatro dimensiones de la escala de ambiente social y familiar (FES); antes y después del tratamiento.

Tabla 3

PROBABILIDAD DE OBEDIENCIA						
CASOS	Primera		Segunda		No obedece	
	Pretest %	Postest %	Pretest %	Postest %	Pretest %	Postest %
*1	33	64	14	22	53	14
*2	31	71	20	23	49	5
*3	33	53	53	30	14	17
4	22	49	58	33	20	18
5	31	83	42	12	27	5
6	34	56	37	28	29	16
*7	40	50	48	43	12	7
8	22	64	38	24	40	12
9	34	60	22	28	44	12
10	35	91	37	9	28	0

Tabla N.3: La tabla muestra los resultados en porcentajes de ocurrencia, obtenidos por cada niño, en el registro diario de obediencia en casa, antes y después del tratamiento.

*Indica el sexo femenino.

ANEXO 17

Tabla 4

CONDUCTA INADECUADA				
	LINEA BASE	TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO	DIFERENCIA ENTRE LB/SEG
CASOS	%	%	%	%
*1	19.6	6.5	1.16	18.44
*2	26.7	3.5	.53	26.17
*3	19.2	6.7	1.2	18
4	17	8.2	.40	16.6
5	27	3.5	.40	26.6
6	19	7.6	1.5	17.5
*7	23.4	5.5	1	22.4
8	26.4	3.8	.76	25.64
9	25.7	4	.83	24.87
10	26	3.5	.73	25.27

Tabla N.4: La tabla muestra el porcentaje de ocurrencia obtenido por cada niño, en el registro de conductas inadecuadas, durante las tres fases de estudio, así como la diferencia en porcentaje entre la línea base y el seguimiento.

* Indica el sexo femenino.

Tabla 6

SATISFACCIÓN DE LAS MADRES			
Categoría de respuesta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Inseguro
*1	33%	50%	17%
2	25%	58%	17%
3	50%	33%	17%
4	67%	33%	
5	67%	33%	
*6	92%	8%	
7	33%	67%	
8	67%	33%	
9	42%	58%	
10	58%	42%	
*11	100%		
12	92%	8%	
13	100%		
14	67%	33%	
15	67%	33%	
*16	67%	33%	
17	67%	33%	
18	75%	25%	
19	67%	33%	
20	67%	33%	

Tabla No 6: La tabla muestra los porcentajes globales, obtenidos en el cuestionario de satisfacción por las 10 madres; estos resultados son presentados según la categoría de respuesta.

*Indica la división por áreas.

Tabla 7

SATISFACCIÓN DE LAS MAESTRAS		
Categoría de respuesta	De acuerdo	Inseguro
*1	100%	
2	100%	
3	100%	
4	100%	
*5	100%	
6	67%	33%
7	100%	
8	100%	
*9	100%	
10	100%	
11	100%	
12	67%	33%
*13	100%	
14	100%	
15	67%	33%
16	33%	67%

Tabla N.7: La tabla muestra los porcentajes globales obtenidos en el cuestionario de satisfacción por las 3 maestras; estos resultados son presentados según la categoría de respuesta.

*Indica la división por áreas.

GLOSARIO

1. **Agresión:** Es la conducta mediante la cual la potencialidad agresiva se pone en acto, dado que la conducta es comunicación, lo esencial de la agresión es que comunica un significado agresivo, por lo tanto tiene un origen (*agresor*) y un destino (*agredido*), para ser definida como conducta agresiva debe ser direccional e intencional (*el agresor debe causar daño físico o psicológico*). * Según la teoría del aprendizaje social es definida como una conducta aprendida durante el desarrollo, en el que intervienen la crianza familiar y el entorno social; es reforzada por la creación de sentimientos de poder y control o por la aprobación social. * Según la teoría general de los sistemas la agresión es el producto de la interacción del individuo con el medio ambiente, por lo que la conducta agresiva es el resultado de las características y relaciones disfuncionales de la familia. * Es una conducta esencialmente humana producto del aprendizaje, que consiste en ejercer fuerza física y poder sobre otro con el propósito de controlarlo, dominarlo o dañarlo, sus efectos se pueden agrupar en físicos (*cualquier contacto físico que tenga la persona sobre otra y que cause molestia en está*) y verbales (*cualquier verbalización o gesticulación de una persona dirigida a otra que sea amenazante o le cause malestar*).
2. **Capacidad comunitaria:** Son las habilidades que tienen los miembros de la comunidad para realizar propósitos de importancia para todos.
3. **Comunidad:** Es un grupo de personas que comparten un lugar y tienen experiencias e intereses sociales en común.
4. **Educación sanitaria:** Es la acción ejercida sobre los individuos, que los lleva a modificar sus comportamientos, a fin de que adquieran y conserven hábitos de salud sanos; aprendan a usar juiciosamente los servicios de salud que tienen a su disposición y estén capacitados para tomar individual o colectivamente, las decisiones que implican la mejoría de su estado de salud y el saneamiento del medio en el que viven.
5. **Enfermedad:** Es un proceso dinámico en el que interactúan tres elementos, el agente productor (*microorganismo capaz de causar una infección*), el huésped humano y los factores ambientales (*físicos, económicos, sociales y culturales*).
6. **Entrenamiento a padres:** Es un enfoque para el tratamiento de los problemas de conducta infantil, que utiliza procedimientos de modificación conductual (*reforzamiento, modelamiento, etc*); por medio de los cuales se entrena a los padres con la finalidad de mejorar la interacción familiar, fomentar la conducta prosocial y disminuir la conducta inadecuada del niño.
7. **Estilo de vida:** Es el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos que tiene una persona, tiene una relación directa con muchos aspectos de salud o enfermedad.
8. **Factor de riesgo:** Son aquellas características o condiciones que hacen más susceptible que se presente la enfermedad y se encuentran asociados a las principales causas de muerte.
9. **Factor protector:** Son aquellas conductas, rasgos personales o del medio ambiente, que reducen el riesgo que tenemos de enfermarnos.
10. **Generalización conductual:** Son los cambios de otras conductas que no han sido consideradas como objetivo.
11. **Generalización contextual:** Es la transferencia de los efectos del tratamiento a los lugares donde no se aplicó.
12. **Generalización entre hermanos:** Es la transferencia de las habilidades adquiridas por los padres con hermanos del niño que no han sido tratados.
13. **Generalización temporal:** Es el mantenimiento de los efectos después de haber finalizado el tratamiento.

14. **Indicadores de salud:** Son medidas cuantitativas o cualitativas, que describen un problema de salud (*frecuencia, tendencia y evolución*) o las variables que se asocian al problema.
15. **Instituciones que desarrollan proyectos y agencias gubernamentales:** Son aquellas que proveen recursos financieros y ayudan a que las condiciones de trabajo sean exitosas.
16. **Instrucciones alfa:** Son instrucciones claras y muy específicas.
17. **Instrucciones beta:** Son ordenes vagas o inespecíficas.
18. **Mapeo ecológico:** Es la observación física de los recursos, educativos, recreativos, religiosos y de salud, con que cuenta una comunidad.
19. **Necesidades:** Son el hueco que existe entre la situación actual y la que se desea.
20. **Prevención:** Es la protección y promoción de la salud de la población, la protección y mejoramiento del medio ambiente ecológico social, la prevención de la enfermedad y de sus consecuencias, la eliminación de los riesgos identificados y la protección de los grupos de alto riesgo.
21. **Organizaciones intermediarias y de apoyo:** Son aquellas que proporcionan ayuda técnica y evalúan lo que la comunidad necesita.
22. **Prevención primaria:** Es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y técnicas prácticas científicamente fundadas y socialmente aceptables, este tipo de prevención se encuentra al alcance de todos los individuos, familias y comunidades a un costo accesible para el país. Se destaca por emplear el enfoque de riesgo con el que identifica los grupos vulnerables y por que plantea el empleo de una atención programada y anticipatoria, es decir, es aplicada antes de que se desarrolle un proceso de enfermedad o trastorno.
23. **Psicología de la salud:** Es el campo de especialización de la psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de la salud, especialmente los físicos. Su principal función es prevenir la ocurrencia de los mismos y tratar de rehabilitarlos en caso de que tengan lugar, utilizando para esto los principios y conceptos metodológicos de la actual psicología científica; sobre la base de que la conducta constituye junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos existentes.
24. **Recursos locales:** Son aquellas actividades que pueden utilizarse para mejorar la calidad de vida de la comunidad.
25. **Salud:** Según la O.M.S, es el estado de completo bienestar, físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Sin embargo otros autores consideran que es un proceso social, en su origen; que tiene repercusiones ecológicas en el ambiente de una comunidad y que, finalmente produce en el individuo, según las circunstancias (*favorables o desfavorables*), el estado ecológico de salud o el desequilibrio ecológico que llamamos enfermedad.
26. **Salud comunitaria:** Se puede hablar de salud comunitaria, cuando los miembros de una comunidad constituyen una agrupación en la cual reflexionan e identifican asuntos que les afectan, participan y se responsabilizan junto con las instituciones en la solución de sus problemas de salud, su objetivo fundamental es lograr el bienestar de toda la comunidad.
27. **Socios de la comunidad y el estado:** Estos grupos trabajan directamente en el cambio de sus comunidades, generalmente son organizaciones sin fines de lucro (*ONG, DIF, etc*), las cuales se unen con otras organizaciones (*medios de comunicación, organizaciones financieras, religiosas, gobierno local, etc*) de diferentes partes de la comunidad.
28. **Validación social:** Se refiere a si los cambios terapéuticos son, además de clínicamente, socialmente satisfactorios para los usuarios, incluye a los procedimientos y el manejo del terapeuta.