

265

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



FACULTAD DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO PRACTICO
BAJO SUPERVISION

*“EVALUACION Y PROMOCION DE LA SALUD EN
UNA COMUNIDAD SUBURBANA: DISEMINACION
DEL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO A PADRES”*

TESIS PROFESIONAL

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

PATRICIA \TORRES ROSAS/

MARIA GUADALUPE VITAL CEDILLO

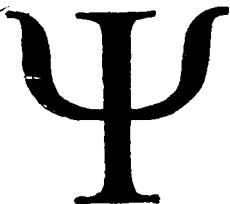
DIRECTORA DE TESIS: LIC. NOEMI BARRAGAN TORRES

ASESOR: ISAAC SELIGSON NISENBAUM

MEXICO, D. F.

2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO PRACTICO BAJO SUPERVISION

"EVALUACION Y PROMOCION DE LA SALUD EN UNA COMUNIDAD SUBURBANA: DISEMINACION DEL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO A PADRES"

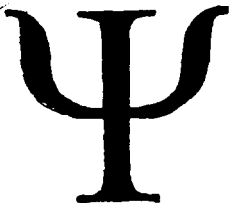
TESIS PROFESIONAL PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADO EN PSICOLOGIA PRESENTAN: PATRICIA TORRES ROSAS / MARIA GUADALUPE VITAL CEDILLO

DIRECTORA DE TESIS: LIC. NOEMI BARRAGAN TORRES ASESOR: ISAAC SELIGSON NISENBAUM

MEXICO, D. F.

2002

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por permitirnos la dicha de vivir y con ello el alcanzar las metas que nos hemos propuesto, que no hubiera sido posible sin la gente que nos has puesto a nuestro lado.

AL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO BAJO SUPERVISIÓN

Por enseñarnos que el desarrollo de un profesional de la salud, está basado en los principios básicos de la ética, en cada una de nuestras actividades.

En especial a:

Dr. Héctor E. Ayala Velázquez
Lic. Noemí Barragán Torres
Mtra. Silvia Morales Chainé

AL CENTRO DE SALUD "GASTON MELO" Y LA DELEGACIÓN MILPA ALTA.

Por haber creído en nosotras y apoyarnos para alcanzar ésta meta.

Especialmente a:

Psic. Gilberto López Guerrero
T. Social. Teofilo Flores Flores
C. Isidro Linares Alvarado

GRACIAS POR SU APOYO

Patricia y Guadalupe

A MI MAMA

Por darme la vida, apoyarme y enseñarme a amar todo lo que hago, así como a cultivar esa fortaleza para lograr mis metas y afrontar cada uno de mis tropiezos, sólo recuerda que este logro también es tuyo. *GRACIAS MAMÁ*

A YEVGENI

Por compartir este tiempo conmigo, escuchando mis anhelos y tristezas y enseñarme que " con una sonrisa se logra mucho y con amor se logra todo".
GRACIAS por ser todo aquello que nadie más puede ser.

A GUADA

Por ser la parte racional de nuestra amistad y compartir todos aquellos instantes inolvidables antes, durante y después de nuestra tesis y de nuestra vida, en los que aprendí que el trabajo en equipo y la amistad pueden ganar campeonatos.

A LA MTRA. OLIVIA

Por ayudarme con esa fé y esperanza que sólo usted conocía, aún en los momentos en los que perdía la carrera de la vida.

Con Cariño
PATY

A TI MAMA.

Por darme la vida y sé que nunca habrá nada que te recompense el esfuerzo, dedicación y lucha constante por darme una profesión, sólo quiero que sepas que mi logro es tu logro y que tu eres mi ideal que siempre buscaré.

A MI HERMANA ANYS

Por aquella sonrisa que das en cada una de las situaciones difíciles y sé que no tienes una mejor forma de alimentar el alma de los que te rodeamos.

A MI HERMANO OSCAR

Que con todo tu esfuerzo por alcanzar tu meta, ahora sé que por más que la cima este muy alta si tu quieres puedes llegar todavía más alto.

A MI HERMANA LIDIA

Por todo el apoyo que me has dado en cada un mis decisiones y recuerda que hay una sola vida en donde lo más importante no es hacer lo que quieras sino querer lo que haces.

A TI ISRAEL

Por apoyarme y saber comprenderme en los momentos más difíciles recuerda que contigo descubrí el verdadero amor incondicional y que eres la mitad que faltaba en mi vida.

A MI AMIGA PATY

Por enseñarme que una amistad se cultiva con la ternura, la cortesía, la honestidad y la lealtad, y que sin esto no se pueden compartir las mismas metas, sueños e ideales, ya que no existe obstáculo que la amistad no pueda salvar.

**Con cariño
GUADALUPE**

INDICE

1.- Introducción	f
2.-Capítulo 1. La Psicología en el campo de la salud	3
3.-Capítulo 2. Estilos de vida saludables a través de la utilización de estrategias de Afrontamiento y apoyo social	12
4.-Capítulo 3. Importancia de la crianza sobre la salud del individuo.	20
5.-Estudio 1. Diagnóstico Comunitario	26
5.1. Historia	
5.2. Panorama Sociodemográfico de la Delegación Milpa Alta	
5.3. Metodología del diagnóstico	
5.4. Resultados	
5.5. Discusión	
6.- Estudio 2. Intervención	56
6.1. Objetivo	
6.2. Metodología	
6.3. Resultados	
6.4. Discusión y Conclusiones	
7.- Bibliografía	72
8.- Anexos	

Introducción

El proceso de la evolución que se ha venido dando en la última década dentro de algunos grupos poblacionales, ha ocasionado cambios en todos los aspectos de la vida de los individuos teniendo profundas repercusiones sobre la situación de salud y sobre los recursos con los que cuentan, así pues se debe considerar que las causas de los problemas de salud se encuentran no sólo en la interacción que tienen el individuo con su ambiente sino entre su dotación biológica, psicológica, la estructura y la organización de la sociedad.

Es por ello, que al hablar de salud no sólo se puede referir a la ausencia de alguna enfermedad definida sino dentro de este contexto se incluyen las condiciones ambientales, estilos de vida, hábitos alimenticios, condiciones conductuales, las cuales son esenciales para el estudio de alguna población con el fin de determinar a partir de que punto se va a intervenir.

Por tal motivo, la presente investigación está dirigida al estudio de forma integral de la comunidad de Milpa Alta, considerando como parte fundamental dichos puntos para la diseminación de un programa, sin dejar a un lado en todo esto, las características y la participación de la comunidad blanco en el desarrollo de determinadas estrategias.

La participación se define como aquella acción en la que se fomenta la auto responsabilidad de los individuos en su propia salud y la promoción de la colaboración en los programas que se realizan para ese fin. En esta ocasión las personas que van a llevar a cabo dichas acciones son los llamados líderes naturales, tales como los coordinadores de enlaces territoriales de algunos de los poblados que conforman la demarcación de Milpa Alta, ya que ellos representan el vínculo más cercano entre la Delegación y los vecinos, así como también son los encargados de hacer llegar los programas delegacionales e institucionales.

De aquí que el líder sea definido como un agente vital para crear cambios significativos en la comunidad, ya que ellos tienen más habilidad para hacerlo.

Los líderes de cada uno de los sectores pueden ayudar a su organización en el avance de su plan para el cambio comunitario, proporcionando voluntarios, tiempo, recursos e ideas. El principio básico es que los líderes de las instituciones tienen la habilidad para movilizar a sus constituyentes a través de una influencia tanto formal como informal.

Para fines de esta investigación los líderes son pieza fundamental para alcanzar los objetivos de la diseminación del taller de Entrenamiento a Padres, ya que a través de ellos los conocimientos se mantendrán dentro de la comunidad.

CAPÍTULO 1

La Psicología en el campo de la salud

En los últimos 20 años, en el mundo ha surgido la preocupación por tratar de llevar los servicios de salud a toda la población, ejemplo de esto fue la reunión de Alma Ata (URSS, 1978), convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y cuyo objetivo principal busca lograr " Salud para todos en el año 2000 " mediante la estrategia denominada Atención Primaria a la Salud. A través de esta premisa, se busca que todos los gobiernos, así como las distintas disciplinas relacionadas con este sector se den a la tarea de conjuntar esfuerzos y desarrollar estrategias que permitan promover, prevenir, diagnosticar y rehabilitar aquellas conductas que estén incidiendo negativamente en la salud de la población (O.M.S, 1978).

Lejos de este objetivo inicial, en México, las instituciones de salud encargadas de llevar a cabo esta labor, han centrado su práctica y atención en realizar acciones de diagnóstico o tratamiento más que de prevención de las enfermedades y promoción de la salud.

Ante tales deficiencias en este campo, resulta esencial que quien desee involucrarse en él, comience por conocer algunas de las concepciones que se tenían de la salud en el pasado, donde se le definía como un estado relativo, es decir, un estado de salud-enfermedad dinámico, variable e individual en donde existía un equilibrio entre el medio interno y el medio externo del individuo. Por lo tanto, un individuo sano, era aquel que mostraba una armonía física, mental y social con su ambiente (San Martín, 1984).

Años más tarde, la percepción ecológica, especulaba a la salud como un estado de equilibrio ecológico individual, mantenido entre los límites máximo y mínimo de las capacidades filogenéticas e individuales de compensación y tolerancia, naturales y adquiridas frente a las fluctuaciones internas y externas a las que el organismo esta expuesto (San Martín, 1984).

En la actualidad, el concepto de salud, toma en cuenta algunos de los factores que en el pasado no se creían característicos de este concepto, llegando así, a la definición dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como " el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades " (O.M.S, 1978, Pág. 1) implicando así, el desarrollo integral en el que el hombre realiza todas sus potencialidades, sin más límite que el impuesto por su marco genético.

En esta concepción, se admite que la salud no se reduce a un estado físico individual, como se concebía anteriormente, sino que involucra factores biológicos, grupales, sociales y culturales que son determinantes en el origen, mantenimiento, evolución y pronóstico de la enfermedad (Buendía, 1998). De esta manera resulta evidente que el concepto de salud, involucra a una infinidad de conductas tanto individuales como grupales, mismas que obligan a todos los implicados en este campo a buscar acciones teóricas y prácticas que ayuden a originar una nueva cultura de la salud en la que se incorporen comportamientos saludables.

Ante tales demandas resulta lógico empezar a ubicar en este contexto a aquellas disciplinas que puedan ayudar a lograr un mejor entendimiento de las conductas inadecuadas que están perjudicando a la salud además de favorecer la obtención de soluciones efectivas ante la demanda de las distintas problemáticas sanitarias.

Al respecto, una de las disciplinas que en los últimos años ha adquirido un papel fundamental en la solución de problemas relacionados con la salud, es la Psicología de la salud, cuyo objetivo inicial se sustenta en promover en el individuo y en la comunidad su responsabilidad en la prevención, protección y promoción de la salud y calidad de vida (Matarazzo, 1984).

Por su parte Taylor, (1986) define a esta rama de la Psicología como aquella que intenta comprender la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste y como responde una persona cuando está enferma (Latorre, 1994).

Weinman (1990) menciona al respecto, que la Psicología de la salud, se enfoca al estudio teórico y aplicado de nuevos comportamientos como factores protectores para la salud, por medio de estrategias de intervención preventiva, es decir busca prevenir padecimientos a través de una intervención adecuada (Fernández, 1994).

Sin duda, las anteriores definiciones nos ayudan a comprender que la Psicología de la salud, a extendido sus acciones por un lado, a estudiar aquellos factores psicológicos involucrados en la salud y la enfermedad y por el otro, ha puesto mayor énfasis en la elaboración de acciones dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, enfermedad y disfunciones relativas (Matarazzo, 1980).

Sin embargo, el trabajo de la Psicología de la salud, no ha sido estático ha crecido hacia investigaciones que le permitan identificar que factores dentro de la sociedad pueden permitirle que la prevención de la enfermedad tenga alcances mucho más amplios de lo logrado hasta el momento. Es entonces bajo estas expectativas que ha encontrado que promover cambios conductuales y medioambientales en la sociedad, resulta una estrategia apropiada para sus metas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud a mayor escala.

Por lo tanto, conocer aquellos factores de riesgo o comportamientos poco recomendables como el alcoholismo, la drogadicción, el maltrato infantil, los trastornos de conducta infantil, el embarazo adolescente, la violación, el estrés cotidiano y la vida sedentaria, hacen pertinente llevar a cabo acciones preventivas encaminadas a enseñar conductas adecuadas a personas sanas y promover la modificación de conductas y estilos de vida inadecuados que pudieran estar ocasionando problemas agudos o crónicos de salud (Buendía, 1998).

Bajo estas perspectivas hablar de prevención de la enfermedad, implica que la Psicología de la salud dirija y enseñe conductas adecuadas, a personas que aún no tienen padecimientos o que están en un proceso de formación de hábitos y valores

como los niños y que sin duda pertenecen a un grupo como la familia, la escuela, el trabajo, o la comunidad en el que puede facilitar que otros miembros aprendan este tipo de conductas (S.S. A., 1984).

Ante tal necesidad, se hace evidente que las intervenciones que pueda llevar a cabo la Psicología de la Salud en este contexto representan el primer nivel de contacto con los individuos, la familia y la comunidad llevando lo más cerca posible la atención al lugar donde residen y trabajan las personas; por lo tanto, constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (OMS, 1979).

En consecuencia, considerar que el individuo siempre estará influenciado por su entorno para promover su salud o su enfermedad, implica reconocer a la comunidad como un elemento básico sobre el que se generará la mayor parte del aprendizaje de conductas adecuadas. Por consiguiente, la comunidad ha sido entendida como aquel conjunto de grupos de población que viven juntos en un lugar, urbano, rural, en condiciones específicas de organización y de cohesión social y cultural, ligados por características comunes y/o intereses (San Martín, 1984).

Por su parte, Rosa Benito de Garfias define a la comunidad como; grupos de población situados en un área geográfica determinada que tienen intereses y necesidades comunes, entre los cuales existen interrelaciones y que en su conjunto forman una entidad individualizable (San Martín, 1984).

Clemencia (1993), considera que una comunidad es un grupo amplio de personas que poseen alguno o algunos rasgos comunes, además de contar con características como la unificación de intereses, generación y fortalecimiento de vínculos además de buscar la cohesión, la consistencia interna y la fuerza de la comunidad, así como la estructuración de una conciencia colectiva.

De las definiciones anteriores, se puede concretar que la comunidad cuenta con ciertos elementos universales como son: grupos de población organizados, convivencia en la zona definida, integración por experiencias comunes, conducta similar, conciencia de unidad local, sentido de pertenencia y capacidad de actuar en

forma grupal entre otras. Así mismo, en este contexto surgen diferencias que se determinan por el grupo étnico, la cultura, el hábitat, la religión, el grado de desarrollo social y la estructura de la comunidad.

De esta forma, conocer las bases sobre las que se crea o se diferencia una comunidad, permite identificar cuales son sus necesidades, prioridades y mecanismos que a corto o largo plazo permitan trabajar con éstas (Rodríguez, 1998). Otro de los aspectos en los que puede ayudar su conocimiento, es la creación de alternativas que permitan sensibilizar a los miembros de ésta, a cambiar sus comportamientos y estilos de vida poco saludables, así como empezar a dinamizar la capacidad de la comunidad para asumir colectivamente y de manera autónoma, consciente, reflexiva y crítica, uno o más problemas que la concieman, ya que esta capacidad sólo se va logrando mediante el fortalecimiento de los vínculos, a través de las interacciones concretas y de los avances en la modificación de las conductas inadecuadas (Clemencia, 1993).

En este contexto surge el concepto de Salud comunitaria, cuya característica más específica es la de ser un nuevo programa o estrategia de salud pública local con relación a algún otro de acción social, adaptado a las necesidades locales de cada comunidad y no impuesto por una planificación centralizada que trabaja en base a tasas nacionales que no reflejan las realidades locales (San Martín, 1984).

Esta perspectiva de la salud comunitaria, permite a los involucrados en el campo de la Psicología de la Salud conocer que se ha venido haciendo para generar este cambio en la salud de la población. Lo anterior, compromete a los profesionales involucrados en esta área a conocer, interesar, motivar y lograr que la gente de la comunidad participe en la identificación y prevención de los problemas encontrados, ya que nadie mejor que ellos saben lo que necesitan y los profesionales son meros facilitadores en el proceso de identificar las necesidades, establecer prioridades, desarrollar y llevar a cabo y evaluar el plan de acción (Rodríguez, 1998).

Esto quiere decir que la programación y la solución de los problemas deben ser un trabajo local, comunitario y no sólo de los servicios de salud aislados (Costa,

1986), ya que no basta con afrontar los fenómenos que afectan a la salud cuando éstos se producen, sino que se hace preciso abordarlos desde los primeros momentos formativos (familia y escuela) para permitir que la nueva cultura de la salud se implante y enraice en estilos de vida adecuados (Buendía, 1998).

Resulta de suma importancia que la Psicología de la Salud en la comunidad ponga mucho empeño en la obtención de la aceptación y participación activa de la comunidad en el programa de prevención que busque llevar a cabo, ya que lo esencial es involucrar de manera comprometida a todos los miembros de la comunidad y no sólo a unas cuantas personas. Dicha tarea es facilitada en ocasiones, por la participación de algunos individuos llamados líderes, quienes se busca sirvan como impulsores de los programas o como mediadores entre las instituciones y la comunidad (Clemencia, 1993).

En este continuo, la participación de los líderes de la comunidad en el trabajo preventivo y de promoción, resulta básica y necesaria para promover la modificación de estilos de vida y la auto responsabilidad de los individuos en su propia salud, en la de su familia y en la de su comunidad, además de generar su interés para colaborar en la elaboración de programas preventivos que se llevan a cabo con ese fin (Fawcett, 1995).

En la actualidad, en México se disemina el programa de "Herramientas Comunitarias", desarrollado por el Dr. Stephen Fawcett y sus colaboradores en la Universidad de Kansas, que está tratando de adaptarse a la población mexicana a través de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El programa está diseñado para desarrollar trabajo comunitario en el primer nivel de atención, con la finalidad de promover estilos de vida saludables que reduzcan problemas relacionados con la salud. El programa de Herramientas Comunitarias ha surgido bajo la premisa de que las comunidades deben promover el bienestar de sus miembros por medio del trabajo conjunto de los mismos.

Para promover el bienestar y la salud, la comunidad requiere utilizar su capacidad y sus recursos, identificando los factores de riesgo y protectores asociados con su estilo de vida. Posteriormente, los miembros de la comunidad requieren desarrollar programas de prevención y promoción de la salud con relación a los problemas que les aquejan.

El modelo en el cual se sustentan los cambios en la comunidad, consta de seis partes básicas que conforman un continuo y son interactivas: el primer paso, implica entender el contexto en el cual la gente actúa, es decir, se necesita entender sus experiencias, sus expectativas y lo que ellos hacen. Por *contexto*, se entiende las características físicas y sociales en las que se desenvuelven los individuos, las expectativas que tienen hacia el programa y su estilo de vida actual.

El contexto se ve influido por factores como: las demandas laborales y familiares, los problemas existentes en la comunidad, la existencia de grupos dirigidos por líderes, los recursos financieros con que cuentan, la aprobación o resistencia de la comunidad hacia el cambio y por el ambiente social y político existente en la comunidad.

Ubicando el contexto, la gente puede identificar los principales problemas que les interesa resolver; para después llevar a cabo una planeación donde se unan personas y organizaciones con diferentes experiencias y recursos que finalmente los lleven a realizar los cambios necesarios en la comunidad.

El segundo paso a seguir es el desarrollo de acciones de intervención preventiva y promoción de la salud en la comunidad, involucrando a los miembros de la misma. El plan de acción desarrollado debe contener las metas y objetivos del programa, así como los pasos relacionados con las acciones para alcanzar esos cambios.

Así mismo, debe estar enfocado en transformar el ambiente para aumentar las posibilidades de que ocurran conductas promotoras de salud y desarrollo. Mediante la recolección de información pertinente sobre los factores de riesgo y de

protección, los miembros de las comunidades enfocan sus esfuerzos en el nuevo programa con la finalidad de generar cambios positivos.

El tercer paso se lleva a cabo cuando se ha dado el cambio en la comunidad, puede darse un cambio en el ambiente en el cual las personas se comportan, con esto se pretende incrementar los factores protectores y/o disminuir los factores de riesgo que los miembros de la comunidad manifiesten.

Los factores protectores y de riesgo, son aspectos del ambiente de las personas que los hacen estar más cerca (riesgo) o más lejos (protectores) de crear un problema para la comunidad. En el cuarto paso, se espera que ocurra un incremento de los factores de protección así como un decremento de los factores de riesgo que la comunidad afronta.

Lo anterior, permite plantear que reduciendo los factores de riesgo y acrecentando los protectores, se pueden obtener los resultados que se marcaron en la intervención, logrando influir en la meta central. De esta forma el quinto paso, busca incluir información de los indicadores de nivel de la comunidad, los cambios importantes de la comunidad e historias de éxito, que le permitan a otros psicólogos de la salud como a la misma comunidad conocer los alcances y logros de sus programas de intervención tanto a corto como a largo plazo.

Como sexto y último paso, se plantea la diseminación del programa a otras comunidades que tengan las mismas necesidades, acción fundamentada en la capacitación por parte de los profesionales hacia personas claves dentro de la comunidad como líderes naturales, maestros, sacerdotes etc; que ayuden a diseminar en su comunidad, las conductas adecuadas que propicien una prevención de la enfermedad.

En la realización de estos programas dentro de la comunidad, el interés primordial está en el mejoramiento de los estilos de vida de las personas que habitan en ella. Independientemente de la información y medidas que se tomen para cuidar y mejorar la salud, esta depende en gran parte de la actitud y la conducta que las

personas tomen hacia ella. Esto puede verse claramente reflejado en los estilos de vida, ya sean saludables o no, así como en los recursos personales que estos utilizan para afrontar las situaciones que puedan perjudicar su salud.

CAPÍTULO 2

Estilos de vida saludables a través de la utilización de estrategias de afrontamiento y apoyo social

Partiendo de la meta de salud para todos en el año 2000, se insiste en que el valor básico de la política sanitaria será la salud. Y es a partir de ésta, que en el presente siglo se ha producido un cambio radical en las tasas de morbilidad y mortalidad, y en estas pautas se ha constatado que lo importante no es lo que la gente *tiene* sino lo que *hace*. De aquí que la aparición, desarrollo y aplicación del análisis funcional de la conducta a un gran número de problemas de la salud, con un gran número de resultados positivos, haya abierto en el área asistencial, la posibilidad de que las intervenciones psicológicas puedan recomendarse como alternativas o complemento a la prevención e intervención biomédica (Latorre, 1994).

La epidemiología, por su parte, nos muestra que la conducta es el principal contribuyente al estatus de salud, por consiguiente el papel de la Psicología de la salud, queda implícito en su labor para lograr que tanto el individuo como la comunidad logren aprender conductas nuevas o modos de comportamiento diversos, con los que alcancen una reestructuración de su estilo de vida que al mismo tiempo repercuta en su salud (Latorre, 1994).

Respecto a lo anterior, Matarazzo (1984) señala que factores de riesgo tales como: conductas habituales por exceso o por defecto y niveles elevados de estrés están asociados a las principales causas de mortalidad y caen dentro del enclave denominado estilo de vida (Latorre, 1994).

Este concepto, que en la actualidad aparece con frecuencia en la literatura epidemiológica, ha sido utilizado generalmente para describir el conjunto de comportamientos que un individuo pone en práctica de manera consistente y sostenida en su vida cotidiana y que puede ser o no adecuado para el mantenimiento de su salud o lo colocan en situación de riesgo para la enfermedad (Morales, 1999).

Hablar de estilos de vida, nos lleva a incluir no sólo al individuo, sino también a la comunidad en la que se desenvuelve, ya que dentro del contexto de ésta, existen variables ambientales que guardan una estrecha relación con la salud y la enfermedad, existiendo así, un eslabón consistente entre conductas inadecuadas, eventos estresantes, morbilidad física y psicológica. (Dohrenwend y Dohrenwend, 1981)

Por lo tanto, esta relación existente entre el individuo y su medio ambiente nos permite analizar a mayor escala los efectos en la salud que se producen por muchas de las conductas inadecuadas como; el sobrepeso, la vida sedentaria, el fumar, el consumir alcohol en exceso, el consumo de drogas, el maltrato infantil, el pandillerismo y muchas otras que se derivan a su vez de su estrecha relación con situaciones estresantes.

Así mismo, esta serie de conductas inadecuadas, hace necesario identificar aquellas conductas que puedan ayudar a disminuir el riesgo de la enfermedad y favorecer otras, con el fin de ser más sanos, e iniciar un cambio en el mantenimiento de un nuevo estilo de vida, logrando así que las conductas inadecuadas y situaciones estresantes ya no causen daños a la salud, sino por el contrario, el individuo sepa afrontar de la forma más adecuada estas situaciones.

De aquí, que la importancia del estrés dentro de los estilos de vida en una comunidad, sea un fenómeno cotidiano relevante que esta ligado a la forma de vida típica de la misma, trátese ya sea de sociedades subdesarrolladas como altamente desarrolladas sin dejar de considerar, que a mayor avance tecnológico y mayor población, serán mayores las situaciones estresantes que impliquen el uso de conductas inadecuadas para el afrontamiento de éstas, y aunque no sean siempre nocivas, son potencialmente tensivas para el individuo o para la comunidad ya que pueden ponerlos al borde del fracaso adaptativo y la pérdida de homeostasis psicofisiológica y social (Martínez, 1995).

Por esta razón, se hace indispensable hablar del estrés, término cuyo origen deriva del griego *estringeri* que significa provocar tensión. Las primeras versiones

médicas del estrés datan de 1920, donde el fisiólogo Walter Cannon propuso que el organismo era un sistema encargado de mantener el equilibrio interno, u *homeostasis* (Cannon, 1932, citado en Valdés y de Flores, 1990) y en posterior estudio adoptó el término estrés refiriéndose a una reacción de alarma y suponiendo una relación causal entre enfermedad y ruptura homeostática (Valdés y de Flores, 1990).

Años mas tarde, en 1936 el endocrinólogo Hans Selye a quien se le conoce como el "padre del estrés" marcó el inicio del empleo actual de este término, ya que en su obra *Stress* muestra la condición interna del organismo traducida en una respuesta a agentes evocadores, proponiendo así, el nombre de estresores a dichos agentes, y sentando de esta forma las bases de gran parte de la investigación actual en este campo (Stora, 1991).

Lo anterior nos permite considerar al estrés como aquella relación bidireccional entre la persona y el ambiente, la cual es evaluada como una serie de demandas que superan la capacidad de un individuo para hacerles frente (Lazarus y Folkman, 1984). En este sentido, la evaluación que lleva a cabo el individuo, se refiere a un proceso mental en el cual se evalúan dos factores: la medida en que un estresor amenaza al sujeto, es decir si la situación es irrelevante, positiva o estresante (de daño/ pérdida, de amenaza, de desafío/ reto) y cuales son los recursos del individuo que están disponibles para enfrentarse al suceso (Lazarus y Folkman, 1984).

Sin duda, cada individuo cuenta con recursos diferentes para afrontar o adaptarse ante las situaciones o factores que lo estresen. Pero esta adaptación, aunque se logre no deja de ser inofensiva, ya que la alteración provocada, llega a generar cambios tanto a nivel fisiológico, psicológico y conductual (Morales, 1999).

Dentro de las alteraciones a nivel fisiológico se encuentran; aumento en el ritmo cardiaco, en la presión arterial, calambres, tic, alergias, sudor de manos, falta de aire y mayor segregación de adrenalina, a nivel psicológico pueden llevarse a cabo alteraciones como; irritabilidad, aislamiento, depresión, nostalgia, aburrimiento,

falta de entusiasmo y motivación, disminución de la concentración y la creatividad, disminución del apetito sexual y desconfianza, a nivel conductual se pueden observar conductas inadecuadas como; comer compulsivamente, incrementar el consumo del cigarro, recurrir a fármacos alcohol y drogas, dificultad para recordar eventos, maltrato infantil, poca tolerancia en la interacción con los hijos, conflictos de pareja etc., (Ayala, 1998).

Son varias las funciones corporales que se alteran durante una situación estresante, sin embargo la exposición constante e intensa a éstas se puede ver plasmada en el deterioro de la salud cuando, se desarrollan enfermedades como la diabetes, úlcera, infartos, migraña y colitis nerviosa, logrando así considerar al estrés como una amenaza para la salud (Ayala, 1998).

Ante esta necesidad de hacer frente a aquellas alteraciones, el hombre ha buscado establecer algunas estrategias que le ayuden ya sea a dominar, reducir o tolerar las demandas que son creadas por la situación estresante, dichas estrategias han recibido el nombre de afrontamiento.

En este continuo, afrontamiento se refiere al conjunto de conductas que implican una planeación y acción efectiva para lograr un mejor manejo de la situación estresante, facilitando así la toma de decisiones y la regulación de la emoción, ambas funciones estarán determinadas por el estilo de afrontamiento que utilice el individuo (Lazarus y Folkman, 1984).

De esta forma y con el afán de comprender las diferentes maneras de afrontamiento experimentadas por los individuos, investigadores como Lazarus (1966) y Moos (1977) describen tres estrategias generales de afrontamiento: afrontamiento cognoscitivo-activo que se refiere a los intentos que hace el individuo para analizar su evaluación sobre la dificultad del evento, afrontamiento conductual-activo, que implica las conductas que ha llevado a cabo el individuo para tratar directamente con el problema y sus efectos, y el afrontamiento de evitación, donde el individuo evita confrontar activamente el problema por medio de conductas inadecuadas (Aduna, 1998).

El afrontamiento cognoscitivo activo a tenido resultados efectivos entre la gente que se enfrenta con eventos de baja pérdida o con eventos de alta amenaza, mientras que el afrontamiento conductual activo es más práctico en respuesta a eventos de alta amenaza. Por su parte el afrontamiento de evitación, tiende a ser un factor de riesgo significativo, a no ser que si se lleva a cabo en un periodo intermedio de evitación puede ser útil, pues proporciona tiempo para conjuntar recursos personales en las fases iniciales del afrontamiento de crisis de la vida inesperadas y devastadoras, sólo si el individuo continúa utilizando esta estrategia, la crisis y sus consecuencias no serán afrontadas directamente y es muy probable que se tenga como resultado una disfunción psicológica (Moos & Scchaefer, citado en Aduna, 1998).

Por consiguiente, la elección del mejor afrontamiento, residirá en escoger aquel que modifique la relación individuo-entorno, en un sentido de mejoría y el cual a su vez favorezca una actuación efectiva para la solución de problemas (Martínez, 1995).

Al respecto, queda resaltar que un estilo de afrontamiento nunca será estático, ya que los individuos deberán ser capaces de emplear un sin número de estilos de afrontamiento que cambiaran en calidad e intensidad en función de la nueva situación además de apoyarse en su repertorio conductual y en los factores protectores con los que cuentan.

Adicionalmente al afrontamiento, y dentro de los factores protectores, se encuentra el apoyo social, el cual es una variable protectora que permite a los individuos incrementar su nivel de bienestar personal y de resistencia ante las situaciones estresantes, a través de la actitud de buscar ayuda en familiares, amigos, vecinos, profesionales o sacerdotes (Buendía, 1998).

Cobb (1976) por su parte, menciona que las personas tienen apoyo social cuando; son cuidadas, queridas, amadas, estimadas y llegan a formar parte de una red de comunicación y obligación mutua (Morales, 1999).

Para Caplan (1974) los sistemas de apoyo social, son conjuntos sociales continuos que proporcionan a los individuos oportunidades de retroinformación acerca de ellos mismos, así como también ayuda a las personas a movilizar los recursos psicológicos, a compartir tareas y les proporciona recursos tangibles o habilidades que les ayudan a mejorar el manejo de la situación.

Sin embargo, en la actualidad ante la existencia de diversas concepciones de este rubro, se utiliza generalmente la idea de hablar de la percepción de tener apoyo social, tal percepción parece ser eficaz hasta el extremo de estimular y mejorar las estrategias de afrontamiento y de hacer menos necesaria la utilización de otras conductas inadecuadas (Valdez y De Flores, 1985).

Desde una perspectiva psicosocial y médica, se ha logrado percibir que las personas que viven aisladas o disponen de pocos o nulos contactos sociales tienen más riesgo para enfermar o para el empeoramiento y mala evolución de sus enfermedades crónicas. De aquí que se destaque la importancia de esta estrategia en el amortiguamiento o resistencia ante las situaciones estresantes, que de algún modo llegan a proteger el impacto que estas situaciones puedan tener sobre la salud (Morales, 1999).

Por su parte Jacobson (1986) propone una clasificación de tipos de apoyo social: *apoyo emocional*, conducta que favorece sentimientos de confort y lleva al individuo a creer que es admirado, respetado y amado y que otros están disponibles para proporcionarles cuidado y seguridad; *apoyo cognoscitivo*, se refiere a la información, conocimientos y/o consejos de otros que ayudan al individuo a entender su mundo y a ajustarse a los cambios dentro de él y finalmente el *apoyo material*, se refiere a las bondades y servicios que le ayudan a resolver problemas prácticos.

Al respecto, resulta importante considerar que el apoyo social tiene una estrecha relación con la probabilidad de permanecer sanos bajo estrés y sobre todo con la rapidez para recuperarse de una enfermedad (Moos, 1985).

En lo que concierne a los estudios realizados en este ámbito, la evaluación del apoyo social ha consistido en pedir a los sujetos que identifiquen sus redes de apoyo social, es decir, se les pide que indiquen a quienes acuden en tiempos de crisis y angustia emocional, típicamente citan a miembros clave de la familia y a amigos a los cuales consideran apoyos naturales (Keefe, Padilla y Carlos, 1978 citados en Barrea y cols, 1981).

Cutrona (1984) por su parte encontró que madres primerizas que reportaron más ayuda de familiares, dos semanas después del parto experimentaron menos síntomas depresivos.

Lo anterior hace suponer que el apoyo social sirve como factor protector a los individuos ante consecuencias fisiológicas o psicológicas que se deriven de la exposición a situaciones estresantes.

Esto permite considerar que si se incrementa la disponibilidad de apoyo social en la población, el nivel de desórdenes psicológicos podría disminuir significativamente. Así mismo, se ha observado que los miembros de ambientes sociales ricos tienden a actuar como parte clave de redes de apoyo social, de información y servicios, además de tener los recursos suficientes para desarrollar relaciones recíprocas de ayuda. En contraste, en ambientes empobrecidos se carece de redes estructuradas de apoyo, ya que sus miembros operan en economía de escasez en cuanto a relaciones de apoyo a individuos, fuera de su núcleo familiar.

La importancia de tales aseveraciones, ayudan a reconocer que en el ámbito de la salud el apoyo social y el afrontamiento son factores relevantes que pueden ser usados como estrategias de prevención para la enfermedad y promoción a la salud, ya que favorecen la recuperación de las enfermedades, la adherencia a los tratamientos médicos, mejor manejo de las enfermedades asociadas con la vejez, manejo adecuado de solución de conflictos y de conductas inadecuadas en los niños.

En este sentido, la Psicología de la salud en la comunidad junto con las instituciones de salud pueden lograr intervenciones exitosas en la misma, llevando a cabo programas que retomen las estrategias mencionadas, consiguiendo así que la salud de la población se mantenga, desde su ámbito familiar, laboral y social, permitiendo a su vez que muchos de los estilos de vida inadecuados, se modifiquen para lograr que el individuo desde su infancia aprenda a través de los estilos de crianza o modelos de sus padres conductas adecuadas que le ayuden a enfrentar las situaciones diversas que de su ambiente se deriven.

CAPÍTULO 3.

Importancia de la Crianza sobre la Salud del Individuo.

Las investigaciones que se han llevado a cabo sobre la crianza son recientes, pues datan de principios de los años 40 (Davidoff, 1979). Dada esta circunstancia no se ha llegado en concreto a una definición específica de la crianza. Sin embargo, al referirse a este campo se le concibe como un modo, manera o costumbre particular de promover conductas, valores, metas y motivaciones en los niños.

Por tal razón, la investigación de los estilos de crianza se ha extendido al conocimiento de las dimensiones y variables que intervienen en éstos, dejando a un lado la importancia del papel que juegan en la salud del individuo.

Dentro de este contexto, analizar los estilos de crianza resulta importante, ya que de ellos se deriva tanto el desarrollo integral del individuo, así como las patologías subsecuentes que se presenten a corto y largo plazo. Sin salud no puede haber bienestar individual o familiar, educación ni producción, debido a que los problemas emocionales y adaptativos en la mayoría de los casos perturban toda actividad humana y en casos extremos la destruyen (Hernández & Sánchez, 1991). Para mitigar tales alteraciones es conveniente recurrir a la prevención, ya que ésta es una acción que permite identificar factores que adviertan la posible existencia de problemas de salud a futuro.

Por su parte, la investigación en prevención ha concebido las relaciones que guarda el individuo con su contexto familiar y social, como un sistema estrechamente relacionado con la salud. Este concepto de sistema, implica el estudio del comportamiento del individuo como una secuencia de interacciones que siguen un patrón de relaciones entre la persona y el medio al que pertenece y no sólo la conducta individual aislada de su contexto. De esta forma, es factible considerar a la prevención como un medio que nos permita advertir los problemas que afecten la salud del individuo.

Lo anterior, nos permite considerar que para lograr la prevención de alteraciones emocionales, sociales, físicas y conductuales en el individuo es necesario estudiar los estilos de crianza bajo los cuales se desarrolla el individuo ya que es en éste contexto en el cual se adquieren conductas, habilidades, valores y creencias que a largo plazo pueden resultar perjudiciales para la salud. De esta forma, para abordar la problemática se hace necesario considerar dos enfoques: el primero que habla de analizar las prácticas parentales, cómo se dan, en qué etapa del desarrollo del niño es importante utilizar cierta práctica de crianza, y el segundo enfoque que busca estudiar en forma general las características parentales en conjunto, es decir, aquí se considera no sólo la conducta de los padres, sino también la percepción que tengan los niños respecto al estilo de crianza bajo el cual crecieron.

Tales aseveraciones han llevado a investigadores como Darlin y Steinberg (1993) a proponer que el estilo de crianza se conceptualice como un contexto que modere la influencia que tienen sobre el niño las prácticas de crianza específicas (Osorio, 1996), lo cual a su vez ha inducido a formular que quienes ejercen la crianza, ya sean los padres o tutores, influirán inevitablemente en la conducta del individuo. De aquí que la familia y el estilo de crianza que lleven a cabo los padres influirá determinadamente en la adaptación del individuo al medio ambiente, ya que es en el seno de ésta, donde se viven las primeras experiencias y se aprenden los factores emocionales o psicológicos, que le permitan al individuo adquirir o mantener el estado de salud.

Al respecto, investigadores como Baumrind (1973), estudiaron los estilos de crianza y el medio familiar de 110 niños mediante una visita a sus hogares, la observación se realizó en situaciones estructuradas y entrevistas con los padres. Dicho investigador con base en los resultados obtenidos estimó cuatro aspectos importantes en la conducta de los niños; 1) el control de sí mismo, 2) tendencias de acercamiento a estímulos novedosos, 3) confianza en sí mismo y 4) afiliación con iguales. Considerando simultáneamente dimensiones de las relaciones entre padres e hijos tales como, los esfuerzos que hacen los padres para influir en la actividad orientada a la meta de los niños, la claridad de la comunicación padres – hijos y los

cuidados y atenciones de los padres en el cual, figuran el afecto y la manifestación de interés.

Sin embargo, en todo esto se deja a un lado el papel fundamental que juegan los factores psicológicos, sociológicos y pedagógicos en la interacción ambiente-individuo, ya que de ésta, depende poder lograr una adaptación más sana del individuo a su entorno.

Bricklin (1988), por su parte considera que los factores psicológicos permiten la adaptación del individuo al medio ambiente y algunas de sus características individuales son; la auto confianza, disciplina, actitudes y autocontrol. En el caso de los factores sociológicos dicho autor los define como las condiciones de la comunidad a la que pertenece una persona, es decir, en donde vive, su dinámica familiar, nivel socioeconómico, satisfacción de necesidades como alimentación, vestido, etc., por otro lado, se encuentran los factores pedagógicos que están dirigidos a considerar el tipo de escuela a la cual acuden los niños, los métodos de enseñanza y el ambiente de aprendizaje.

Algunas de las investigaciones que se han llevado a cabo para observar los factores antes mencionados y sus combinaciones han encontrado que la utilización de estilos de crianza inadecuados, en los que evidentemente se enseñan o promueven conductas poco saludables como el uso de golpes, el alcoholismo, la agresividad y la violencia, se ven reflejados en el incumplimiento de las normas o desobediencia de los niños ante las instrucciones de los adultos, así como la carencia de habilidades sociales y autocuidado de su salud.

Lara y Figueroa (1990) encontraron que familias en las que los padres practicaban estilos de crianza inadecuados en la que los golpes, la falta o poca comunicación padre – hijo, la agresividad, la violencia, la falta de interés y el consumo de alcohol de los padres, propiciaban desobediencia en los niños y temprana deserción escolar.

Por lo anterior, se puede considerar que la calidad o la naturaleza de los estilos de crianza y la interacción padre – hijo esta fuertemente asociada con la desobediencia infantil y con los patrones de conducta agresiva, que el niño reproduce en otros ambientes como la escuela, generando a corto plazo; bajo rendimiento académico, conducta disruptiva, problemas con maestros y compañeros y a largo plazo y/o deserción escolar, imposibilidad para obtener empleo estable, alcoholismo, delincuencia y drogadicción (Ayala, 1994).

Ante tales expectativas, se ha generado un creciente interés en el campo de la terapéutica infantil, el cual se ha dirigido a identificar los factores asociados a éste tipo de conductas inadecuadas y a elaborar programas de intervención para darle solución.

Bajo este contexto surgen los programas conductuales de entrenamiento a padres, que consisten en enseñar habilidades y técnicas para el manejo infantil, tanto para decrementar conductas no deseadas en los niños, como para incrementar conductas deseadas en él. La razón más importante por la que se considera que los padres deben ser entrenados, es que estos son el agente activo para el cambio en la conducta de sus hijos y pueden actuar como motivadores y reforzadores de la conducta positiva del mismo (Graciano y Diamant, 1992).

Un ejemplo de investigaciones que se han enfocado a esta problemática en México, es la realizada por Ayala (1994), en donde se examinan los antecedentes y las consecuencias que suscitan la desobediencia de los niños. En dicha investigación se observó la efectividad y aplicabilidad de procedimientos para enseñar a los padres estilos instruccionales apropiados para reducir este tipo de conductas inadecuadas en sus hijos.

El estudio se realizó con 13 parejas de madres e hijos varones, cuyas edades fluctuaban entre los 2 y 6 años, que presentaban problemas de obediencia, de atención, agresividad, bajo rendimiento escolar y problemas de lenguaje. Los resultados mostraron que tras la fase de entrenamiento con el empleo de instrucciones alfa (mediante el juego de roles, ensayos conductuales,

retroalimentación e instrucciones verbales y escritas) la obediencia por parte de los niños incrementó de 71% a 90%, el porcentaje de no obediencia decreció de un 12% a sólo 4%, por lo que se puede observar una clara dependencia entre el adecuado comportamiento instruccional de la madre y la obediencia del niño (Ayala, 1994).

El modelo de instrucción, se emplea como un método educativo para los padres, destinado a facilitar el aprendizaje de actitudes y conductas apropiadas que lleven a la prevención y tratamiento de éste tipo de problemas.

Por el contrario, el empleo por parte de los padres de estilos de crianza en los que predomine el uso de instrucciones vagas e inespecíficas, así como el proporcionar estímulos aversivos, contribuye a la prevalesencia de problemas de desobediencia en los niños (Arruabarrena, 1994).

Concretamente los programas de entrenamiento a padres buscan capacitar a éstos para que adquieran y mejoren habilidades de interacción padre - hijo con el objetivo de cambiar patrones desadaptativos de interacción en los niños. Cabe mencionar que la enseñanza de estas habilidades se lleva a cabo a través de técnicas de trabajo como; el modelamiento de conductas, ensayos conductuales, cintas de video con ejemplos y retroalimentación por parte de los terapeutas a los padres sobre el trabajo realizado.

Sin embargo, en cuanto al trabajo de los terapeutas se refiere, su experiencia influirá positivamente sobre los resultados, con los que se busca la prevención de problemas conductuales a futuro dentro y fuera de la familia. Es decir, el programa de entrenamiento a padres puede llegar a incidir en el ambiente natural del niño, así como en aquellas personas y lugares que no hayan sido considerados inicialmente con el objetivo de mantener estas habilidades a través del tiempo. A este proceso se le conoce como generalización y debe ser programada como parte de la intervención ya que puede funcionar como técnica preventiva para otras situaciones.

Por otra parte, la validación social de un programa es tan importante como la generalización y el mantenimiento, ya que ésta consiste en que las personas involucradas en el programa evalúen la utilidad de éste, de acuerdo a las metas, procedimientos y resultados del tratamiento (Wolfe, 1991).

De esta forma, uno de los retos más grandes para quienes se dedican a la prevención primaria en salud, definiendo esta como procesos adaptativos del organismo tendientes a restaurar el equilibrio que ha sido alterado por condiciones internas o externas (De la Fuente, 1978), es el fomentar prácticas de crianza saludables en la mayor población posible. En la medida en que exista salud en la población, se podrían prevenir muchos problemas sociales que actualmente nos aquejan. Para que la prevención primaria en salud pueda llevarse a cabo tendrá que reorientarse la forma en que la familia organiza y administra el ambiente que rodea al niño o al individuo desde su nacimiento.

Así pues, el objetivo de esta intervención es que los líderes comunitarios adquieran conocimientos y desarrollen habilidades para la diseminación de un programa de entrenamiento a padres que les permita mejorar las conductas de desobediencia en los niños.

ESTUDIO 1

DIAGNOSTICO COMUNITARIO

El Trabajo comunitario, se llevó a cabo en la delegación de **MILPA ALTA**, por tal motivo, se indagó en los antecedentes de la demarcación para conocer e identificar mejor los bienes y las necesidades de la comunidad.

Historia

Hacia el año 1107, un numeroso grupo de chichimecas llegó al Valle de México, y tras disputar con las tribus ya asentadas la posesión de aquellos sitios libres que brindaban las mejores condiciones para la subsistencia se fueron asentando en **Malacatepec Momoxco** (lugar rodeado de cerros, sobre altares), Ocotenco, Texcalpa, Tototepec, Tepetlacotanco, Huinantongo y Tlaxcomulco.

Sin embargo en el año 1409, llega una segunda corriente migratoria, al mando de Hueyitlahuilanque (gran líder) guerrero mexicana quien sometió fácilmente a los antiguos pobladores, se instaló en la zona como cacique y formo los actuales barrios de Santa Cruz, Los Ángeles, San Mateo y Santa Martha así como los pueblos de Tecómitl, Tulyeahualco, Ixtayopan, Atocpan, Oztotepec, Miacatlán, Tlacoyucan y Tecoxpa.

Posteriormente en el año de 1529, al sucumbir la Ciudad de México, a manos de los conquistadores en Malacatepec Momoxco reinaba el guerrero Hueyitlahuilli (gran sabio), quien propuso a los integrantes del Imperio Momoxca, el sometimiento voluntario a los conquistadores, con el pedimēnto de que se les reconociera a sus hombres sus tierras, cerros, montes pedregales y aguas. Tal petición tuvo respuesta el 29 de julio de 1529 cuando llegó Juan de Saucedo, enviado del gobierno Virreynal portando el documento en el que se les reconocía el derecho a sus tierras, montes y aguas.

Con motivo de este acontecimiento, se organizaron grandes festividades, y fue también el 29 de julio de 1529, cuando Malacatepec Momoxco perdió su nombre para cambiarlo por el actual de **Milpa Alta**. Años después en 1532, el Fraile Sebastián Ramírez y Fuenleal, dio como patrona a Santa María de la Asunción y designó el 15 de Agosto como la fecha definitiva de la fundación de Milpa Alta (Velázquez, 2000).

Situada al sur del Distrito Federal, Milpa Alta limita al norte con las delegaciones de Xochimilco y Tláhuac, al oriente con Tlalpan, al sur con el estado de Morelos y al poniente con el Estado de México. Es la segunda delegación más grande después de Tlalpan, ya que tiene una superficie de 281 kilómetros cuadrados y constituye el 19% de la superficie total del Distrito Federal.

Actualmente, la cabecera de la delegación está dividida en seis barrios: Santa Martha, Santa Cruz, San Mateo, Los Ángeles, La Concepción y San Agustín. Los 12 pueblos que la componen son: San Antonio Tecómitl, San Francisco Tecoxpa, San Agustín Ohtenco, San Jerónimo Miacatlán, San Juan Tepenahuac, Santa Ana Tlacotenco, San Lorenzo Tlacoyucan, San Pedro Atocpan, San Bartolomé Xicomulco, San Pablo Oztotepec y San Salvador Cuauhtenco y Villa Milpa Alta.

La delegación de Milpa Alta se compone de un territorio eminentemente rural, donde la presencia de áreas de cultivo y bosques ocupan un 95.4 % de su superficie, mismo que la coloca en el primer lugar por el aporte de áreas verdes al Distrito Federal. En este territorio, la capacidad productiva es muy grande, ya que se cultiva la mejor calidad y cantidad de nopales que se consumen en el país y en el extranjero; además se producen y se preparan grandes cantidades de mole y barbacoa. Dichas actividades económicas se ven apoyadas por programas delegacionales que buscan, que haya un proceso integral, que vaya desde la siembra, cosecha, distribución hasta la comercialización del producto (Momoxco, 1999).

De esta forma, la producción agrícola de Milpa Alta llega a ocupar 9 835 ha (32.12% del D.F.), entre los cultivos más relevantes se encuentra el nopal, la avena forrajera, el maíz y la alfalfa, logrando así, ocupar el primer lugar a nivel nacional como productor de nopal-verdura con una producción anual de 211.916 toneladas. Además de su enorme producción agrícola, los habitantes de Milpa Alta aún conservan sus raíces, viviendo cotidianamente sus costumbres y tradiciones que se ven reflejadas en sus numerosas fiestas, sus costumbres culinarias, su organización y su profunda religiosidad.

En lo que respecta al nivel educativo, en la Delegación de Milpa Alta funcionan 10 jardines de niños, 15 primarias, 6 secundarias, 1 colegio de bachilleres y una escuela vocacional dependiente del Instituto Politécnico Nacional (Momoxco, 1999).

A continuación se muestra un panorama general de la Delegación de Milpa Alta, con datos obtenidos a través del INEGI 2000, mismos que permiten conocer y entender las condiciones de vida bajo las cuales se desarrollan sus pobladores.

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda del 2000, en la Figura 1, se observa la distribución por sexo de los 81 102 habitantes de la delegación de Milpa Alta, donde el 49.3% son hombres y un 50.7% son mujeres.

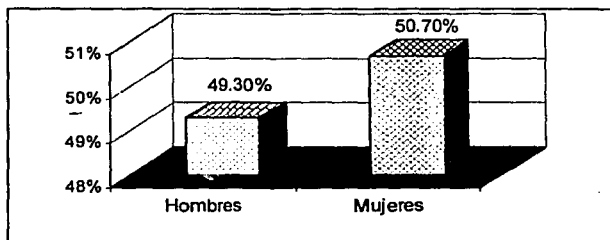


Figura 1. Distribución por sexo

FUENTE: Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI

En el 2000, la población total de Milpa Alta representó el 1.12% con respecto a la del Distrito Federal, esta delegación se caracteriza por su escasa población, donde la mayor parte de ella se concentra en los cascos urbanos de los doce pueblos.

En la Tabla 1. se muestra la distribución de la población por grupos de edad, de la delegación de Milpa Alta en los años 1995 y 2000, donde el 34.09% tiene una edad entre 0 y 15 años, el 61.80% oscila entre los 15 y 64 años y el 3.92% oscila entre los 65 años o más.

	AÑO 1995	AÑO 2000
0-15 años	37%	34%
15-64 años	59%	62%
65-más años	3.5%	4%

Tabla 1. Distribución por grupos de edad

FUENTE: Resultados definitivos; Censo General de Población y Vivienda 1995, INEGI
FUENTE: Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI

La natalidad en la delegación es ligeramente mas alta con relación al Distrito Federal, ya que el promedio de hijos por mujer de 12 años y más es de 3.8, mientras que para el segundo es de 3.5.

La tasa de natalidad se evaluó en 30.5, mientras que el índice de mortalidad general se ubicó en 6.0 y la mortalidad infantil en 42.8 por cada mil nacidos vivos.

En la Figura 2, se muestra la distribución respecto al estado civil donde de un total de 45 233 personas de doce años y más, en edad de formar pareja, el 46% son casados y el 39% son solteros. Mientras que el sector de la población que vive en unión libre representa el 10%, los viudos el 4% y los separados conforman sólo el 1% de la población.

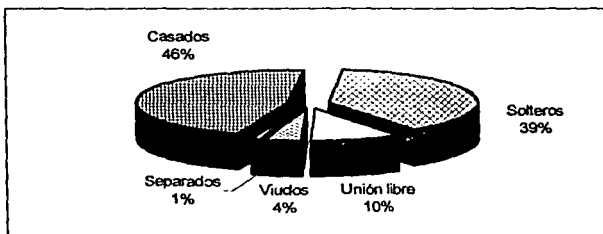


Figura 2. Distribución por estado civil

FUENTE: Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI

En lo que respecta al índice general de alfabetismo Milpa Alta tiene un 94.4%, mientras que el Distrito Federal cuenta con un 96.9%. En la Figura 3. se muestra, que en la delegación de Milpa Alta, de una población de 53,528 mayor de 15 años, el 8%, es decir, 4 282 habitantes son analfabetos de los cuales el 32% son hombres y el 67% son mujeres.

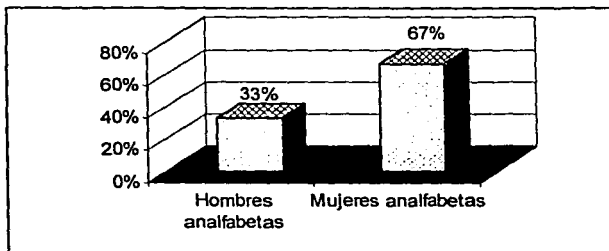


Figura 3. Porcentaje por sexo de analfabetas en Milpa Alta

FUENTE: Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI

Se aprecia la diferencia en el analfabetismo de acuerdo al sexo, resultando desfavorable para las mujeres, en virtud de la costumbre de permanecer al cuidado de la familia, las labores domésticas y el comercio.

La población económicamente activa, o aquellos quienes siendo mayores de 12 años, reportaron estar trabajando o buscando empleo, es de 19 636 habitantes, de los cuales 14 803 son hombres y 4 833 son mujeres. El 97.3% tiene trabajo y solamente el 2.7% indicó estar desocupado.

En la Tabla 2. se muestra el porcentaje por sector de actividad, en el cual: el 19.15% se dedicaba a la actividad primaria (agricultura, ganadería, caza), el 11.42% a las secundarias (minería, petróleo y gas e industria manufacturera), el 65.90% a las terciarias (electricidad, construcción, comercio, transporte y comunicaciones, servicios financieros, administración pública, servicios comunales y sociales, servicios profesionales técnicos, restaurantes y hoteles, servicios personales y mantenimiento) y el 3.53% a actividades no específicas.

ANO 2000	
Act. Primaria (agricultura, ganadería caza)	19.15%
Act. Secundaria (minería, petróleo, manufactura)	11.42%
Act. Terciaria (electricidad, construcción, comercio, transporte etc)	65.90%
No específica	3.53%

Tabla 2. Porcentaje por sector de actividad

FUENTE: Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI

Según el Censo de Población y Vivienda del 2000, en Milpa Alta se registra un total de 21 559 viviendas, las cuales son habitadas con un promedio de 4.49 ocupantes, por encima del correspondiente al Distrito Federal, cuyo promedio es de 4.01.

Dentro de las 21 559 viviendas censadas, el 91.94% son casa solas, el 3.43% son departamentos, casas en vecindad o cuarto de azotea, el 0.06% de refugio y el 4.57% no especificó el tipo de vivienda.

En la Tabla 3, se muestra el porcentaje del tipo de viviendas, en los años 1995 y 2000 en la delegación, donde en el último año el 82.87% declara contar con vivienda propia. El tipo de tenencia restante se integra por vivienda rentada el 9.86%, prestada 5.30% y no especificado 1.17%.

	ANO 1995	ANO 2000
Propia	80.56%	82.87%
Rentada	10.45%	9.86%
Prestada	5.10%	5.30%
No Especifica	2.5%	1.17%

Tabla 3. Porcentaje por tipo de vivienda

FUENTE: Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI

En la Tabla 4, se muestra el porcentaje del tipo de servicios con los que cuentan las viviendas particulares habitadas, en los años 1995 y 2000 observando que en éste último, el 87.8% ya cuenta con agua entubada, el 90.6% cuenta con drenaje, y el 99.3% cuenta con electricidad.

	ANO 1995	ANO 2000
Electricidad	97.1%	99.3%
Drenaje	88.4%	90.6%
Agua entubada	85.7%	87.8%

Tabla 4. Porcentaje de servicios

FUENTE: Resultados Definitivos, Censo General de Población y Vivienda 1995, INEGI
 FUENTE: Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI

Como se puede observar, estos datos muestran información concreta respecto a los recursos básicos con los que cuenta la comunidad de Milpa Alta como; tipos de vivienda, agua potable, drenaje, luz eléctrica, natalidad, ocupación, edad etc. Sin embargo dejan a un lado aquellos datos que tienen una relevancia dentro de la comunidad como factores de riesgo y protectores como lo son: los problemas

percibidos directamente por los individuos y las formas de consumo en la ingesta de alcohol, tabaco y drogas, mismos que llegan a incidir significativamente en la salud y estilos de vida de una comunidad.

Objetivo:

Identificar y describir factores protectores y de riesgo que se relacionen con índices de salud y enfermedad en los habitantes de los distintos poblados de la Delegación de Milpa Alta.

Método

Sujetos:

La Guía de Entrevista Sociodemográfica, fue aplicada a 115 sujetos, con un rango de edad entre 15 y 65 años, de estrato socioeconómico medio bajo, pertenecientes a los distintos poblados de la Delegación Milpa Alta.

Rangos de edades	Hombres N = 21 Frecuencia	Mujeres N = 94 Porcentaje
15-29 años	40	34.8 %
30-36 años	37	32.2 %
37-65 años	38	33 %
Total =	115	

Tabla 5. Distribución de la muestra por rangos de edades.

Estado Civil

	Porcentaje
Soltero	35 %
Casado	47 %
Unión libre	3 %
Divorciado	2 %
Separado	5 %
Viudo	8 %
Total =	100%

Tabla 6. Distribución de la muestra según el estado civil.

Ingresos mensuales	Porcentaje
Menos de un salario mínimo	40%
Un salario mínimo	31%
De uno a dos salarios mínimos	20%
De dos a tres salarios mínimos	6%
De tres a más salarios mínimos	3%
Total =	100 %

Tabla 7. Muestra el porcentaje de ingresos mensuales percibidos por la muestra.

Muestreo:

No Probabilístico - intencional, ya que no es posible estimar la probabilidad de que cada individuo o elemento estará incluido en la muestra, además de que se pronostica un evento por medio de encuestas.

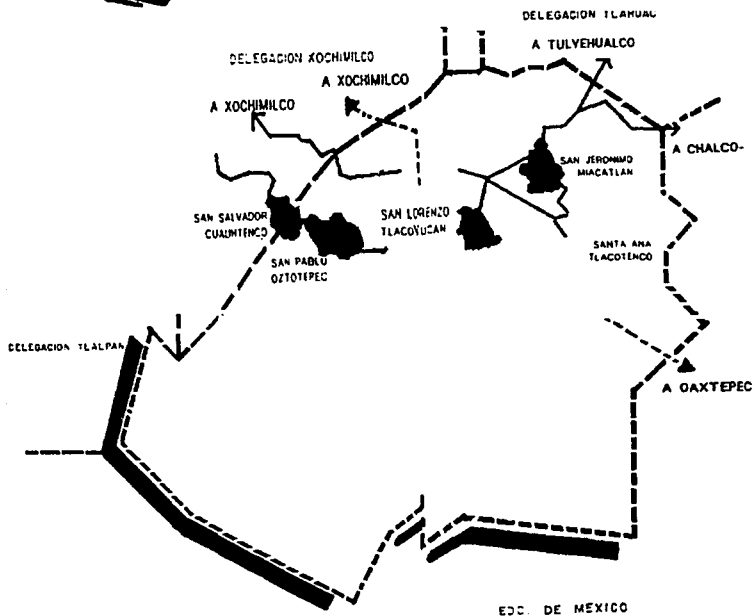
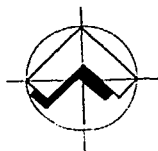
Estudio:

El tipo de estudio que se llevo a cabo fue el descriptivo, ya que es el procedimiento que sirve para organizar, resumir y agrupar datos de una investigación. Algunos ejemplos procedimientos mediante los cuales se organiza los datos son las distribuciones de frecuencia y las gráficas de éstas.

Escenario :

El trabajo comunitario, se llevo acabo en el poblado de San Pablo Oztotepec, San Lorenzo Tlacoyucan, San Salvador Cuauhtenco, Santa Ana Talcotenco y San Jerónimo Miacatlán, pertenecientes a la demarcación de Milpa Alta.

DELEGACIÓN MILPA ALTA



De la misma forma, la aplicación de la Guía de Entrevista Sociodemográfica se llevo a cabo en la sala de espera del Centro de Salud "Dr. Gastón Melo", T-III ubicado en Av. Gastón Melo S/N, la cual mide aproximadamente 8*3 m2 con un capacidad para 80 personas.

Instrumentos:

1. Cuestionario de Evaluación Diagnóstica, es un instrumento de lápiz y papel, que consta de 153 reactivos de opción múltiple donde se evalúan los siguientes rubros:

1.1 La guía de entrevista socioeconómica está constituida por cinco áreas:

- a) Ficha de Identificación conformada por reactivos en donde se obtienen datos personales del entrevistado como sexo, edad, estado civil, etc.
- b) El área de datos sociodemográficos-familia esta conformada por 4 reactivos: proporciona información del ingreso mensual promedio de la familia, el número de habitaciones de la casa y la situación legal del inmueble.
- c) El área de Servicios constituida por 32 reactivos: que indica los servicios con los que cuenta la vivienda.
- d) El área de Instituciones educativas de salud y recreativas con que cuenta la comunidad, la cual esta conformada por 16 reactivos: identifica los servicios de la comunidad que percibe el entrevistado.
- e) El área de Problemas de la comunidad con 30 reactivos: Identifica los problemas de la comunidad que percibe el entrevistado.

1.2 Escala de salud y Vida Cotidiana (Moss 1984, adaptado por Ayala, 1992)

Cuestionario de lápiz y papel formado por 82 reactivos con escalas tipo likert y de respuesta cerrada, permite un sondeo específico acerca de las

condiciones de salud y eventos de la vida cotidiana, ya sean negativos o positivos, además de reportar la manera de solucionar y afrontar dichos eventos que manifiesta la comunidad. El cuestionario tiene las siguientes subescalas y para su descripción se agrupan de la siguiente manera:

a) Indicadores relacionados con el funcionamiento de la salud física. Estos indicadores evalúan la autoconfianza del individuo y diferentes aspectos de los síntomas físicos y los relacionados con el estado de ánimo, así como la intensidad del uso y de los problemas ocasionados por el consumo de sustancias como el alcohol y cigarros.

1.- Condiciones médicas (13 reactivos)

2.- Síntomas físicos (13 reactivos)

3.- Humor depresivo (6 reactivos)

4.- Auto confianza (11 reactivos)

b) Indicadores de las respuestas de afrontamiento, describen que tipo de afrontamiento es usado por los sujetos.

1.- Afrontamiento cognitivo activo (11 reactivos)

2.- Afrontamiento conductual activo (12 reactivos)

3.- Afrontamiento de evitación (8 reactivos)

Donde también se incluyen:

1.- Ambiente Negativo en el hogar (6 reactivos)

2.- Apoyo social (2 reactivos)

1.3 Cuestionario de Estilos de Vida (Conadic, 1998).

Cuestionario de lápiz y papel conformado por 54 reactivos de opción múltiple y dicotómicos, el cual se divide en las siguientes escalas:

1. Formas de consumo (34 reactivos)
2. Hábitos alimenticios (8 reactivos)
3. Uso de tiempo libre (7 reactivos)
4. Expresividad (5 reactivos)

Procedimiento:

Se realizaron diversos recorridos por los distintos pueblos y calles de la demarcación durante un mes con la finalidad de dar a conocer el trabajo comunitario que se venía haciendo en la demarcación. Así mismo, se fue aplicando la encuesta sociodemográfica puerta a puerta con un tiempo de aplicación de 30 min. cada una. Cabe mencionar que de igual manera algunas de las encuestas se realizaron en la sala de espera del Centro de Salud "Dr. Gastón Melo ", este proceso de recopilación de información se llevo a cabo durante dos meses.

Una vez concluida la aplicación de la encuesta, se procedió a conocer los diferentes grupos focales de la comunidad y se empezó a invitar a los habitantes a participar en la formación de un nuevo grupo focal con el que se trabajaron diversas pláticas de promoción de la salud con la finalidad de sensibilizar a los integrantes sobre las problemáticas reportadas en las encuestas. El tiempo para llevar a cabo estas actividades fue de alrededor de tres meses.

Finalmente, se analizaron exhaustivamente los resultados de cada una de las escalas que conforman la Encuesta Sociodemográfica tales como: problemáticas de la comunidad, formas de consumo, diferencias entre grupos, predicción de factores de riesgo.

Resultados

A continuación se presenta el análisis descriptivo de los resultados obtenidos por medio de la aplicación de la Encuesta a los habitantes de los distintos poblados de Milpa Alta. Este apartado estará conformado por 4 grandes rubros; el primero son las problemáticas que percibe la comunidad en su entorno, el segundo son los resultados obtenidos de las escalas de salud con relación a las diferencias entre los grupos de trabajo, el tercero lo ocupan los resultados relacionados con la identificación de las predicciones entre las variables de salud física y por último se encuentran las formas de consumo.

Como se puede observar en la Figura 4, las problemáticas con mayor porcentaje son pandillerismo con un 33%, ingesta de alcohol con 30.40%, embarazo adolescente con 27%, ingesta de drogas con 25.20%, lo anterior se puede relacionar con el maltrato infantil que se manifiesta en la comunidad con un 25.20%.

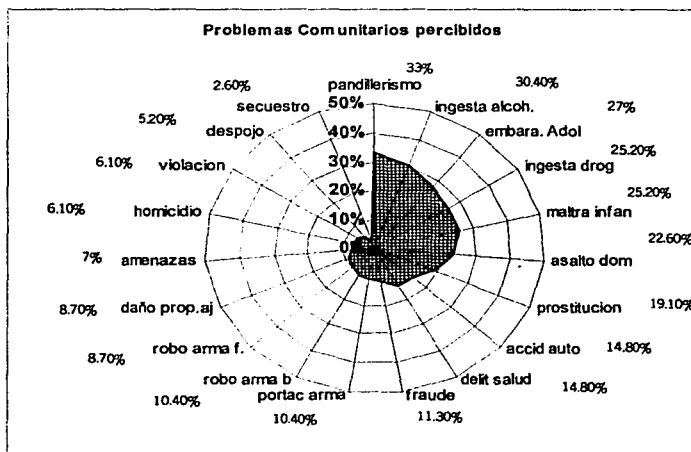


Figura 4. Muestra los porcentajes para cada uno de los problemas de la comunidad.

En la Figura 5, se puede observar que los entrevistados con un rango de edad de entre los 30-36 años de edad presentan la mayor puntuación en condiciones médicas, ambiente negativo y expresividad.

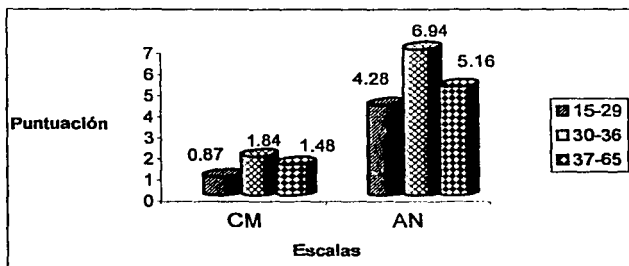


Figura 5. Muestra las medias de condiciones médicas, ambiente negativo y expresividad según la edad.

En la Figura 6, muestra que las personas que no tienen instrucción educativa y/o tienen el nivel básico reportan una mayor puntuación en condiciones médicas, síntomas físicos y ambiente negativo, esto parece señalar que entre menor sea la escolaridad mayor será la presencia de éstas variables.

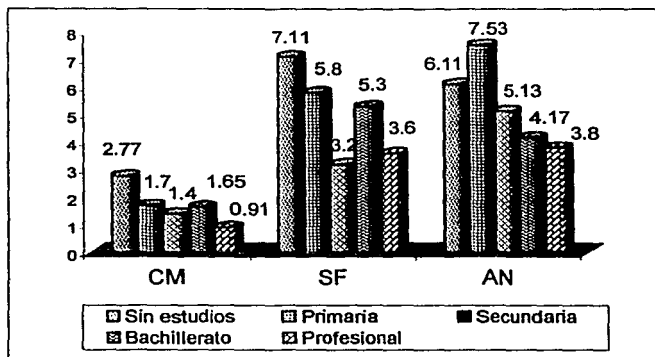


Figura 6. Muestra las puntuaciones de las variables según la escolaridad.

En la Figura 7, se puede observar que las personas que están separadas, son las que manifiestan una mayor puntuación en la escala de ambiente negativo, con respecto a los demás estados civiles.

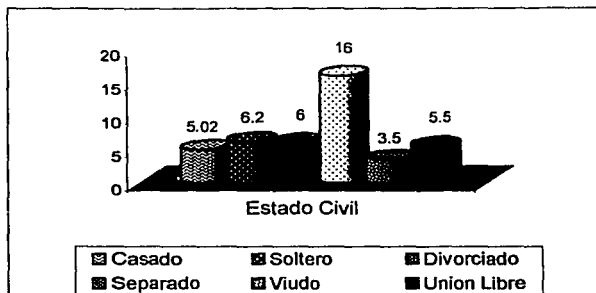


Figura 7. Muestra la puntuación de ambiente negativo según el estado civil.

Las siguientes tablas muestran las relaciones causales que se encontraron a partir de un análisis de regresión lineal en las siguientes variables.

En la Tabla 8, se puede observar que el humor depresivo predice las condiciones médicas de los usuarios con una $t = 2.050$ y un $\alpha = .043$. Es decir, a mayor humor depresivo mayores condiciones médicas, así mismo el ambiente negativo predice las condiciones médicas con una $t = 1.985$ y un $\alpha = .050$. Es decir, a mayor ambiente negativo en el hogar mayores condiciones médicas.

	Condiciones Médicas		
	<i>R</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
Humor Depresivo	.382	2.050	.043
Ambiente Negativo	.186	1.985	.050

Tabla 8. Muestra la regresión lineal y la significancia obtenida en dichas variables

En la Tabla 9. se puede observar que el humor depresivo predice los síntomas físicos de los usuarios con una $t = 3.361$ y un $\alpha = .001$. Es decir, a mayor humor depresivo mayores síntomas físicos.

	Síntomas Físicos		
	<i>R</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
Humor Depresivo	.471	3.361	.001

Tabla 9. Muestra la regresión lineal y la Significancia obtenida en dichas variables

En la Tabla 10. se puede observar que el Afrontamiento cognitivo predice el Afrontamiento conductual de los usuarios con una $t = 3.939$ y un $\alpha = .027$. Esto es, a mayor Afrontamiento cognitivo mayor Afrontamiento conductual.

	Afrontamiento Conductual		
	<i>R</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
Afrontamiento Cognitivo	.687	3.939	.027

Tabla 10. Muestra la regresión lineal y la significancia obtenida en dichas variables

En la Tabla 11. se puede observar que el Afrontamiento de evitación predice el humor depresivo de los usuarios con una $t = 3.828$ y un $\alpha = .000$. Esto parece señalar, que a mayor Afrontamiento de evitación mayor humor depresivo.

	Humor depresivo		
	<i>R</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
Afrontamiento de Evitación	.356	3.828	.000

Tabla 11. Muestra la regresión lineal y la significancia obtenida en dichas variables

En la Tabla 12. se puede observar que el Afrontamiento cognitivo predice la autoconfianza de los usuarios con una $t = 4.103$ y un $\alpha = .000$. Esto parece indicar, que a mayor Afrontamiento cognitivo mayor autoconfianza.

	Autoconfianza		
	<i>R</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
Afrontamiento cognitivo	.380	4.103	.000

Tabla 12. Muestra la regresión lineal y la significancia obtenida en dichas variables

En la Tabla 13. se puede observar que el Afrontamiento conductual predice la autoconfianza de los usuarios con una $t = 3.852$ y un $\alpha = .000$. Esto parece señalar, que a mayor Afrontamiento conductual mayor autoconfianza.

	Autoconfianza		
	<i>R</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
Afrontamiento conductual	.366	3.852	.000

Tabla 13. Muestra la regresión lineal y la significancia obtenida en dichas variables

Las formas de consumo es uno de los rubros que constituyen el apartado de resultados el cual muestra la forma de consumo de alcohol de los miembros de los distintos poblados de la Delegación de Milpa Alta.

En la Figura 8 se observa que el 28.70% de los entrevistados reporta que en los últimos 12 meses han bebido, así como 9.60% bebieron en los últimos 30 días y un 3.50% manifiesta que lo hicieron en la última semana.

Así mismo, en la gráfica se observa que un 38.30% manifiesta que sus parejas bebieron en los 12 meses, un 22.60% reporta que sucedió en los últimos 30 días y un 13% reporta que estás lo consumieron en la última semana.

Finalmente, se observa que el 14.40% manifiesta que otros familiares bebieron en los últimos 12 meses, un 11.30% reporta que éstos lo realizaron en los últimos 30 días y un 7.80% lo consumieron en la última semana.



Figura 8. Consumo de bebidas en los 12 meses, en los últimos 30 días y en la última semana.

En la Figura 9, se muestra el tipo de bebidas ingeridas por los miembros de la comunidad, pudiéndose observar que la bebida con mayor porcentaje de consumo es la cerveza con un 14.80% en los encuestados, un 20% en las parejas de los mismos y un 8.70% de otros familiares.

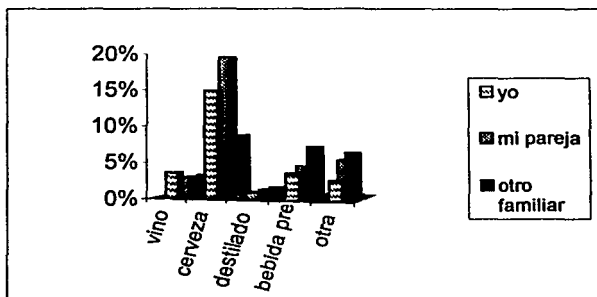


Figura 9. Tipo de bebidas ingeridas

En la Figura 10, se muestra la forma de consumo de los entrevistados. Se puede observar que el 41% de las personas reportan haber consumido menos de tres copas, mientras que el 45% bebe seis o más copas de alcohol.

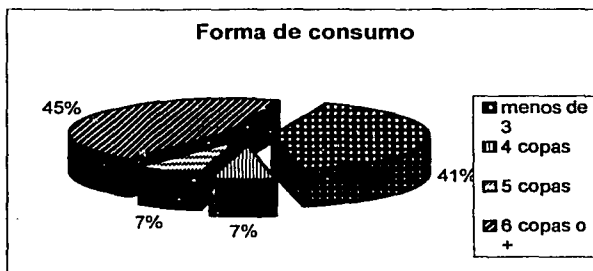


Figura 10. Forma de consumo de bebidas alcohólicas.

En la Figura 11, se muestra la edad de inicio en el consumo de alcohol, pudiéndose observar que el 37% se inició entre los 17 y 24 años. Sin embargo, es de sumo interés observar que el 50% de los entrevistados se inician entre los 12 y los 17 años de edad.

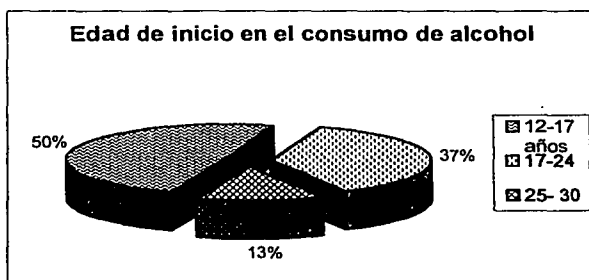


Figura 11. Edad de inicio en el consumo de alcohol

En la Figura 12, se puede observar las razones por las que los entrevistados reportados haber iniciado su consumo. Se muestra que el 39% de los entrevistados inició su consumo de alcohol sin razón, el 26% se inició en una fiesta y el 23% por curiosidad.



Figura 12. Muestra las razones para el inicio en el consumo de alcohol.

En la Figura 13, se muestra las razones por las cuales los entrevistados reportan haber seguido ingerido alcohol. Se puede observar que el 53% lo hace por gusto y el 6% por depresión.

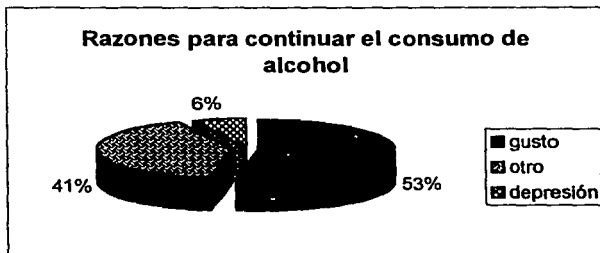


Figura 13. Muestra las razones para continuar el consumo de alcohol.

En la Figura 14, se muestran los problemas de salud como resultado del consumo excesivo de alcohol. Observándose que el 85% de los problemas de salud son agudos.



Figura 14. Problemas de salud como resultado del consumo de alcohol.

En la Figura 15, se muestran los problemas sociales como resultados del consumo de alcohol. Se observa que el 54% de los entrevistados reportan problemas familiares, el 27% legales, el 15% de pareja y el 4% laborales.

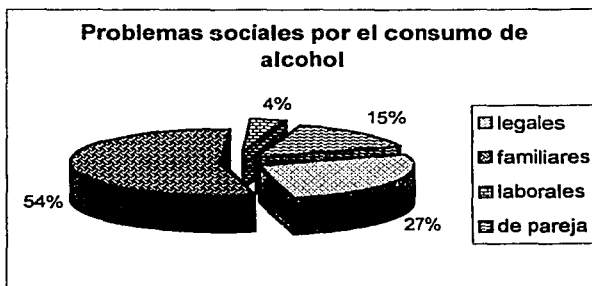


Figura 15. Problemas sociales por consumo de alcohol

Por otra parte, la Figura 16 muestra la forma de consumo de tabaco de los miembros de dicha comunidad, donde se observa que el 31.3 % de los entrevistados reporta haber fumado en los últimos 12 meses y un 22.6% manifiesta que lo hicieron en los últimos 30 días.

Así mismo, en esta figura se puede observa que un 37.4% afirma que su pareja han fumado los últimos 12 meses y un 33.9% reporta que lo hicieron en los últimos 30 días.

Finalmente, un 15.7% manifiesta otro miembro de la familia había consumido tabaco en los últimos 12 meses y un 11.3% manifiestan que un familiar había consumido.

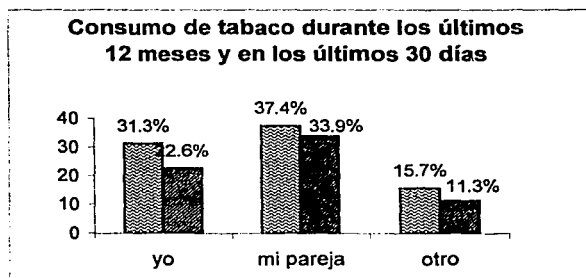


Figura 16. Consumo de tabaco en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días

En la Figura 17, se puede observar la frecuencia de consumo de tabaco manifestada por los miembros de la población. Se observa que el mayor porcentaje se encuentra en el consumo diario en caso de los entrevistados.

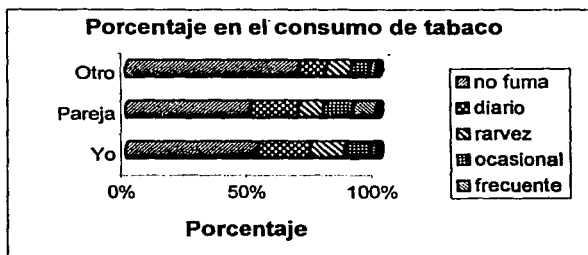


Figura 17. Porcentaje de consumo de tabaco.

En la Figura 18, se muestra las razones por las cuales los entrevistados inician su consumo de tabaco. Se observa que un 32% lo inicia por curiosidad, un 11% sin razón y el 43 % representa aquellas personas que nunca han fumado.

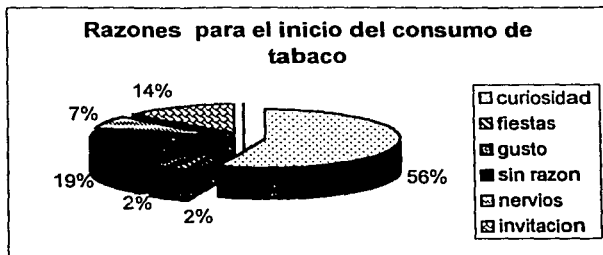


Figura 18. Razones para el inicio de consumo de tabaco

La Figura 19, muestra las razones por las cuales los entrevistados reportan haber seguido consumido tabaco. Se puede observar que el 50% de la población nunca ha consumido y el 19 % lo ha hecho por gusto.

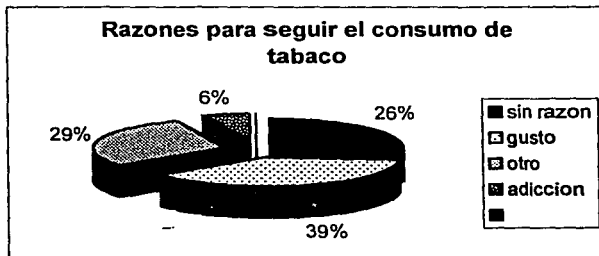


Figura 19. Razones para seguir el consumo de tabaco

En la Figura 20, se puede observar los problemas de salud como resultado del consumo de tabaco. El 78% no ha tenido ningún problema de salud, dada la relación con el alto porcentaje de personas que no consumen tabaco, sin embargo el 9% refiere problemas con la garganta.

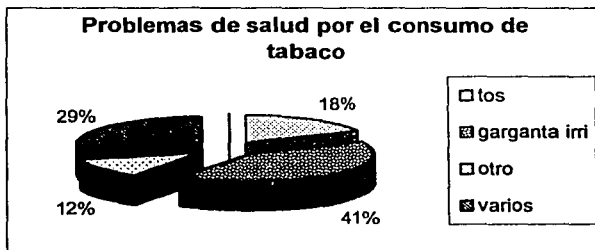


Figura 20. Problemas de salud por el consumo de tabaco.

Las siguientes gráficas muestran la forma de consumo de drogas de los miembros de la comunidad de Milpa Alta. Al respecto, en la Figura 21, se puede observar que 1.7% de los entrevistados reportados haber consumido drogas alguna vez en su vida, así como el 4.3% en su pareja y el 4.3% otro familiar.

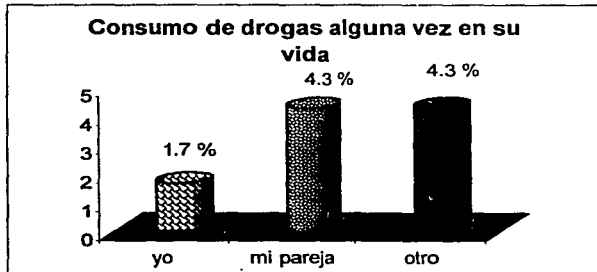


Figura 21. Porcentaje de consumo de droga alguna vez en su vida

En la Figura 22, se puede observar que el 8.7% de los entrevistados a consumido drogas durante los últimos treinta días, 0.9% de sus parejas y el 27 % en otros miembros de su familia.

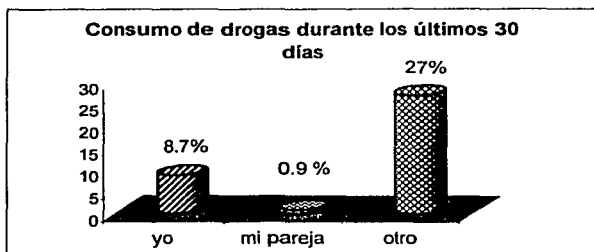


Figura 22. Consumo de drogas en los últimos 30 días.

En la Figura 23, se muestra el tipo de droga ingerida. Se puede observar que el consumo de marihuana es elevado teniendo un 1.7% en los tres casos y en el caso de la cocaína el 1.7% de los entrevistados la han consumido.

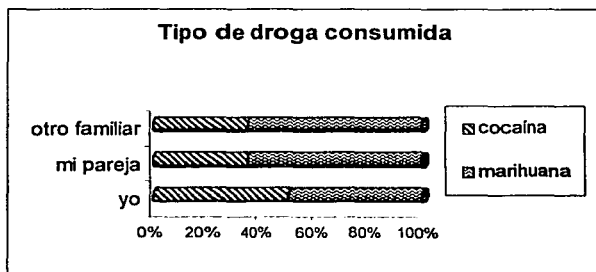


Figura 23. Tipo de droga consumida.

De la misma forma, en la Figura 24, se puede ver la edad de inicio en el consumo de drogas en los pobladores de dicha comunidad. Se muestra que el 35% empezaron entre los 18 y los 24 años de edad, un 9% entre los 25 y los 30 años. Sin embargo, es de suma importancia observar que el 56% de los consumidores iniciaron entre los 12 y los 17 años de edad.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

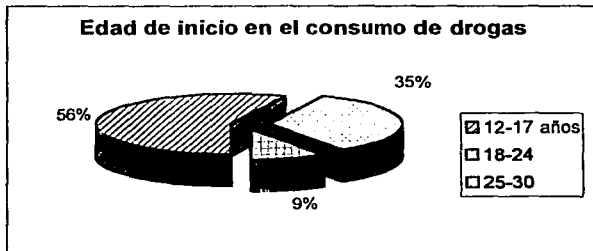


Figura 24. Edad de inicio en el consumo de drogas

Finalmente, en la Figura 25, se muestra las razones por las cuales los entrevistados iniciaron el consumo de sustancias. Se puede ver que el 45% lo hicieron por curiosidad, el 31% por gusto y un 24% empezaron su consumo en fiestas.

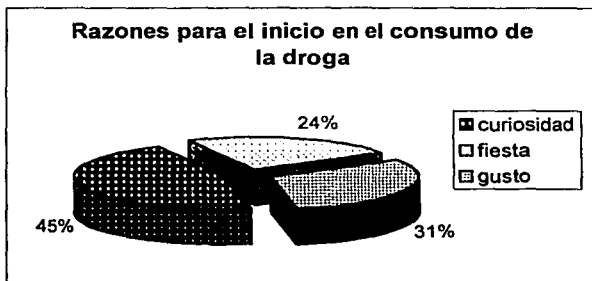


Figura 25. Razones para el inicio en el consumo de la droga

Discusión y Conclusiones

En los últimos 20 años en el mundo, ha surgido la preocupación por tratar de llevar los servicios de salud a toda la población. De aquí, el interés por realizar un diagnóstico comunitario en los diferentes poblados de la Delegación de Milpa Alta, con el objeto de conocer no sólo los bienes recursos y necesidades que los miembros de estas comunidades perciben en su entorno, sino que también nos lleve a un conocimiento de los factores de riesgo que estén afectando la salud de sus pobladores.

Como Valdez (1984) menciona el diagnóstico de la enfermedad requiere cambiar a un diagnóstico de los factores de riesgo de los individuos y de la comunidad.

Es por ello que para la realización del diagnóstico comunitario, en esta investigación se utilizó la encuesta sociodemográfica, la cual permitió identificar aquellas problemáticas percibidas por la comunidad y entre las cinco principales se encontraron: el pandillerismo, alcoholismo, embarazo adolescente, consumo de drogas y maltrato infantil, conductas que a corto y largo plazo pueden afectar notoriamente la salud de la comunidad.

Con relación a estas conductas se puede observar que el consumo de alcohol, tabaco y drogas en los individuos de la comunidad, tiene su comienzo entre los 12 y 17 años de edad, generalmente inducidos por la curiosidad, dichos comportamientos han desencadenado en su mayoría problemas agudos de salud, además de observarse una alta incidencia de problemas familiares relacionados con el consumo de alcohol que propician una inadecuada práctica de los estilos de crianza y al mismo tiempo favorecen la desobediencia infantil y el maltrato del mismo.

Por lo tanto, la importancia de conocer los diferentes estilos de crianza radica en que de ellos se deriva tanto el desarrollo integral del individuo, así como las patologías subsecuentes que se presenten (Hernández y Sánchez, 1991). Así mismo en esta

investigación se vislumbra la existencia de relaciones causales entre el humor depresivo (hd) de las personas y las condiciones médicas (cm) y síntomas físicos (sf), refiriéndose esto, a que cuando un individuo se encuentra en un estado depresivo puede presentar mayor número de condiciones y síntomas físicos que estén afectando notoriamente su salud. La relación entre ambiente negativo (an) en el hogar y humor depresivo (hd) se refiere a que cuando existen dificultades en el hogar es más probable que los individuos tiendan a caer en un estado depresivo ante la incapacidad para resolver sus conflictos.

Como resultado de esto, se observa la relación causal entre el afrontamiento cognitivo –conductual (acg) y el afrontamiento conductual –activo (acd), se refiere a que las personas que se encuentren sometidas a problemáticas de alta demanda, el tipo de afrontamiento al que recurren generalmente es el afrontamiento cognitivo, esto nos permite deducir que ante situaciones estresantes, los individuos hacen intentos para analizar la dificultad del evento sin que esto implique la realización de conductas que los lleven directamente a la solución del problema (Aduna, 1998).

Por otra parte, se puede observar que condiciones médicas (cm), síntomas físicos (sf) y ambiente negativo (an) en el hogar, se presentan con mayor frecuencia en personas entre los 30 y 36 años de edad, además de encontrar que a menor nivel de estudios mayor es la presencia de estas variables.

Dichos resultados permiten confirmar que ante la carencia de un amplio repertorio de conductas y habilidades para la solución de conflictos, es más probable que la incidencia de estas variables incremente, al grado de adoptarlas como parte de su estilo de vida, que sin duda los aleja de un estado completo de salud.

Lo anterior hace pertinente llevar a cabo acciones preventivas encaminadas a enseñar conductas adecuadas a personas sanas y promover la modificación de conductas y estilos de vida inadecuados que pudieran estar ocasionando problemas de

salud en el individuo y la comunidad (Buendía, 1998). Bajo estas perspectivas, hablar de prevención es hablar de la enseñanza de conductas adecuadas a personas que estén en un proceso de formación de hábitos y valores como son los niños, a través de sus padres (S.S.A, 1984).

Por tal motivo y con base en los resultados encontrados, se decidió implementar el programa de entrenamiento a padres como estrategia preventiva para modificar y mejorar conductas inadecuadas tanto en adultos como en niños, a través de la adquisición y desarrollo de habilidades para la diseminación de éstas en la comunidad.

ESTUDIO 2

Diseminación del Programa de Entrenamiento a Padres

Objetivo:

Que los líderes comunitarios adquieran conocimientos y desarrollen habilidades para la diseminación de un programa de entrenamiento a padres que les permita mejorar las conductas de desobediencia en los niños.

Sujetos:

La diseminación del programa de entrenamiento a padres se llevó a cabo con 22 líderes comunitarios de ambos sexos, de entre 23 y 60 años de edad, de estrato socioeconómico medio y bajo, los cuales laboran en las coordinaciones territoriales de San Pablo Oztotepec, San Lorenzo Tlacoyucan, San Salvador Cuauhtenco, Santa Ana Tlacotenco y San Jerónimo Miacatlán en la Delegación de Milpa Alta.

Escenario:

La intervención se llevó a cabo en la coordinación territorial de cada uno de los siguientes poblados:

En San Pablo Oztotepec en un cubículo de 3 x 3 mts²; con capacidad para 10 personas, 7 sillas, un pizarrón y un escritorio.

En San Lorenzo Tlacoyucan en un cubículo de 4 x 5 mts²; con capacidad para 20 personas, 10 sillas, un rota folio, 10 mesas individuales de 50 x 50 cms², y un pizarrón.

En San Salvador Cuauhtenco en un cubículo de 2 x 3 mts²; con capacidad para 4 personas, 10 sillas, un escritorio y un pizarrón.

En Santa Ana Tlacotenco en un cubículo de 3 x 5 mts²; con capacidad para 15 personas, 4 sillas, una mesa de 1.20 x 2 mts², y un pizarrón.

Por último, en San Jerónimo Miacatlán en un espacio de 3 x 3 mts²; con capacidad para 10 personas, 6 sillas, un pizarrón y una mesa redonda.

Variables:

Variable dependiente: El desarrollo de habilidades como; dominio del tema, contacto visual con el público, atender a los demás, tono de voz adecuado, oraciones en primera persona, frases cortas y concretas, eliminar estímulos distractores, peticiones verbales, acercamiento con el público, ser directo, ser concreto, mostrar empatía y expresión corporal por parte de los líderes comunitarios.

Definición Operacional:

Dominio del tema: Claridad con la que explica y maneja los conceptos.

Contacto visual con el público: Mirar a los ojos o a la cara del público.

Atender a los demás: Responder a las expresiones verbales del público.

Tono de voz adecuado: Nivel o modulación de la voz, en base a los puntos a exponer.

Oraciones en primera persona: Hablar anteponiendo el yo en una oración o enunciado.

Frases cortas y concretas: Oraciones que no contengan demasiadas palabras y expresen la idea principal.

Eliminar estímulos distractores: Retirar del contexto físico aquellas cosas que podrías desviar la atención del público.

Peticiones verbales: Son peticiones del ponente que generen la interacción con los demás.

Acercamiento con el público: Que el ponente se dirija hacia el público desplazándose por las partes del escenario.

Ser directo: Garantizar que los mensajes sean claros y directos para evitar confusiones

Ser congruente: Que muestre una relación entre lo que se aprendió y lo que se expone

Mostrar empatía: Entender o comprender lo que nos trata de decir otra persona.

Expresión corporal: Movimientos de manos, expresión facial y posición corporal en concordancia al contenido de la conversación.

Variable independiente: Programa de Intervención para la adquisición de habilidades de diseminación sobre el "Programa de entrenamiento a padres " : Componentes básicos de la conducta, consecuencias positivas y negativas, recompensas: procedimiento para incrementar la conducta, actividades planeadas, consecuencias prácticas y naturales, interacción positiva padre – hijo y solución de conflictos.

Materiales:

Para la implementación del Programa de entrenamiento a padres, el material que se utilizó en todos los poblados fue:

- Un rota folio que contenga los puntos principales e ilustraciones del tema a tratar.
- Material didáctico (trípticos de los diferentes temas)
- Plumones
- Hojas blancas de papel y lápices

Instrumentos:

Los instrumentos que se aplicaron a la muestra fueron:

-
- a) Examen de conocimientos (Torres y Vital, Morales, Barragán, Ayala, 1999). Cuestionario de lápiz-papel basado en el publicado del Manual de Entrenamiento a Padres. Consta de 31 reactivos, 20 de opción múltiple y 11 con respuesta de opción dicotómica de verdadero y falso, su propósito es medir los conocimientos de los padres antes de llevar a cabo la intervención (Ver anexo 1).
 - b) Registro ACC (antecedente, conducta, consecuencia; Ayala, Morales y Barragán, 1998). Registro semiestructurado, que evalúa la relación funcional entre los antecedentes, la conducta y las consecuencias así como las personas y lugares, elementos que le permiten al padre identificar mejor cada uno de los componentes de la conducta a tratar (Ver anexo 2).
 - c) Cuestionario de Validación Social (Torres y Vital, 2001) de lápiz- papel, el cual consta de 12 reactivos con 5 respuestas de opciones de escala tipo likert, que van de “completamente de acuerdo” a “completamente en desacuerdo” y cuyo objetivo es evaluar el grado de satisfacción en metas, procedimiento, resultados y terapeutas por parte de los participantes (Ver anexo 3).
 - d) Lista Checable de categorías conductuales de los diferentes rubros a tratar (Torres y Vital, 2001). Consta de 13 categorías conductuales en las que se registran si se presentan o no aquellas conductas determinantes para la diseminación del programa (Ver anexo 4).

Diseño:

Se utilizó un diseño Pre experimental, pre-post.

Considerando que pre, es la evaluación que se efectúa a los participantes antes de que tomen el taller. Por el contrario, post es la evaluación que se realiza al grupo después de que hayan tomado el taller. Estas evaluaciones permiten establecer una

comparación entre una medida que no está sujeta a la influencia del tratamiento con otra que si lo está.

Procedimiento:

El trabajo comunitario que se realizó en algunos poblados de la delegación de Milpa Alta estuvo constituido por las 5 fases siguientes:

Fase 1: Reconocimiento de líderes

Se inició por reconocer aquellos grupos de líderes naturales que existieran en la demarcación, enseguida se prosiguió a concertar una reunión con los líderes para sensibilizar y promover la participación de éstos en la diseminación del programa. Una vez conformado el grupo de líderes que mostraron interés por participar se continuó a determinar las fechas en las que se haría una primer visita a sus coordinaciones para sensibilizar al grupo respecto a la importancia de participar en el taller, así como para establecer acuerdos acerca de los horarios, metas, objetivos y estrategias que se llevarían a cabo para la diseminación del programa.

Fase 2: Adaptación del manual y material didáctico

Una vez que se conoció a la comunidad a la que iría dirigida la intervención, se procedió a adaptar el manual del Programa de Entrenamiento a Padres, tanto en su lenguaje como en sus ejemplos para hacerlo más comprensible. El material didáctico también se adaptó tanto en las ilustraciones como en su conformación, ya que a través de la entrevista sociodemográfica se detectaron características muy particulares de la población como el analfabetismo y el bajo nivel de escolaridad, lo cual requirió el empleo de material sencillo, concreto e ilustrado que permitiera reconocer mejor los conceptos desarrollados.

Fase 3: Evaluación

Una vez conformado el grupo se hizo la presentación de los terapeutas y los participantes y se llevó a cabo la evaluación que consistió en la aplicación del pre-test de conocimientos a cada uno de los líderes participantes a los cuales se les pidió que contestaran de acuerdo a sus vivencias y experiencias particulares sin detenerse demasiado tiempo en cada pregunta. El tiempo de aplicación del pre-test fue de 30 min. Una vez realizada la evaluación inicial se prosiguió con la fase 4.

Fase 4: Programa

Esta fase se refiere a la impartición de las cuatro sesiones que conforman el Programa de Entrenamiento a Padres.

Sesión 1

La sesión inició, mencionando el objetivo general del programa, el cual consistió en que los líderes comunitarios aprendieran a identificar las conductas inapropiadas de sus hijos, así como los antecedentes y consecuencias que las acompañan. Enseguida se continuó con el desarrollo de los siguientes temas: antecedente, conducta, consecuencias, consecuencias positivas, consecuencias negativas, sorprenda al niño siendo bueno y características de un cambio conductual exitoso. Al término de cada explicación, a cada uno de los participantes se les fue proporcionando trípticos que contenían ilustraciones que ejemplificaban los puntos clave de la sesión (Ver anexo 5).

En cada uno de estos temas se animó a los participantes para que escribieran en hojas blancas o ejemplificaran mediante ensayos conductuales la forma habitual de dar consecuencias positivas y negativas a sus hijos en una conducta de desobediencia y al término de cada ensayo los terapeutas proporcionaban retroalimentación al participante

con la finalidad de que él mismo fuera identificando si la consecuencia que había dado a la conducta de desobediencia era negativa o positiva.

Una vez que a los participantes les quedaron claros los conceptos, se les dió una copia del registro ACC, con la finalidad de que cada uno de éstos practicara lo visto en la sesión y sobre todo aprendieran a registrar los elementos que componen una conducta.

Sesión 2

La sesión se inició con la revisión del llenado del ACC que realizaron los líderes, proporcionando retroalimentación sobre el mismo a cada uno de ellos.

Enseguida se explicó el objetivo de la sesión, el cual consistió en que los líderes reconocieran los procedimientos que incrementan o decrementan la probabilidad de ocurrencia de una conducta, así como las técnicas y reglas empleadas para el mejoramiento de ésta.

Así mismo, se continuó con el desarrollo de los temas de: recompensa, castigo, recompensas comestibles, actividades como recompensas, elogios o recompensas sociales, reglas para el uso de recompensas y reglas para el uso de castigos. Las siguientes preguntas pueden ayudar a los terapeutas a generar un ambiente participativo: ¿Qué es una recompensa?, ¿Qué se debe hacer para incrementar una conducta?, ¿Qué es un castigo y en qué momento se debe castigar?.

Al término de cada explicación, a cada uno de los participantes se les proporcionaron los trípticos correspondientes a esta sesión (Ver anexo 6) y se fueron aclarando las dudas que pudieran haber surgido. Posteriormente, se animó a los participantes a realizar ensayos conductuales respecto a la forma habitual de dar una recompensa y al término de cada ensayo los terapeutas le proporcionaban

retroalimentación al participante con la finalidad de que él mismo comprendiera si la recompensa estaba incrementando una conducta inadecuada o adecuada.

Sesión 3

La sesión se inició explicando el objetivo de la sesión, el cual consistió en que los líderes adquirieran conocimientos sobre la planeación de actividades que involucren al niño considerando la organización y el manejo del tiempo, así como el cumplimiento de reglas, principalmente en situaciones de riesgo.

Se prosiguió con una lluvia de ideas, en la que se les pidió a los participantes ejemplos de los escenarios en donde han tenido problemas con el manejo de conductas inadecuadas, así como lo que han hecho para tratar de disminuirlas y el grado de efectividad de estas estrategias. Posteriormente, se continuó con la explicación sobre la serie de alternativas y factores que ayudan a mejorar el cambio en la conducta problema tales como: la realización de actividades planeadas, la identificación de situaciones de riesgo y el establecimiento de reglas.

Al término de cada explicación, a cada uno de los participantes se les proporcionaron los trípticos correspondientes a esta sesión (Ver anexo 7) y se fueron aclarando las dudas que pudieran haber surgido. Enseguida, los terapeutas llevaron a cabo un modelamiento inadecuado y uno adecuado de cómo establecer reglas en el hogar para ejemplificar mejor lo visto anteriormente. Por otra parte, se animó a los participantes a realizar ensayos conductuales que les permitiera ejemplificar sus conductas en este rubro y ante las cuales recibieron retroalimentación por parte de los terapeutas como de los demás integrantes.

Sesión 4

La sesión se inició explicando el objetivo, el cual consistió en que los líderes conocieran y adquirieran estrategias de enseñanza incidental, interacción positiva padre – hijo y solución de conflictos.

Enseguida se continuó con la explicación de los temas de: consecuencias prácticas y naturales, enseñanza incidental, interacción positiva padre – hijo y solución de conflictos. Al término de cada explicación, a cada uno de los participantes se les proporcionaron los trípticos correspondientes a esta sesión (Ver anexo 8) y se fueron aclarando las dudas que pudieran haber surgido.

Los últimos dos temas se ejemplificaron mediante el modelamiento por parte de los terapeutas, para lograr que los líderes identificaran mejor las categorías conductuales que los conforman. Terminada dicha actividad se animó a los participantes a realizar ensayos conductuales con el objeto de observar la forma en la que aplicaban los conocimientos y habilidades adquiridas.

Finalmente, se aplicó el post-test de conocimientos a todos los participantes y se identificaron aquellos líderes que mostraron disposición e interés por adquirir las habilidades para la diseminación del programa. A estos últimos se les proporcionó una copia del Manual de Entrenamiento a Padres adaptado, el cual se pidió que estudiaran para la siguiente sesión.

Fase 5: Evaluación y capacitación de habilidades para la diseminación del Programa de Entrenamiento a Padres.

Esta fase estuvo compuesta por dos sesiones, en ambas, se tuvo como finalidad observar, registrar y capacitar a aquellos líderes o participantes que mostraron disposición e interés por desarrollar habilidades para la diseminación del taller en otros ámbitos dentro y fuera de su comunidad.

Primera sesión

En esta sesión se les pidió a los líderes que escogieran un tema de los vistos anteriormente y lo expusieran ante los terapeutas utilizando el material didáctico de

éstos. Durante este proceso, se registraron en listas cotejables aquellas conductas que el exponente presentaba de forma natural al desarrollar el tema. Cabe mencionar que esta evaluación se aplicó a todos los participantes que prosiguieron a la capacitación.

Al término de la exposición por parte del líder, los terapeutas dieron retroalimentación al mismo, respecto a aquellas conductas y habilidades que debía modificar o mejorar para que lo que tratara de desarrollar fuera más claro y preciso en la siguiente sesión.

Segunda sesión:

En esta sesión, los exponentes nuevamente desarrollaron el tema que habían seleccionado y se registraron una vez más en la misma lista cotejable aquellas conductas que se presentaron al momento de exponer. Terminada dicha actividad, se dió retroalimentación por parte de los terapeutas a los integrantes respecto a los alcances logrados en la diseminación de la información y se animó a los interesados a generar su material didáctico con el que posteriormente llevaran a cabo la diseminación del taller.

A continuación, se aplicó el cuestionario de validación social pidiendo que fueran lo más sinceros posibles al momento de responder y por último se les dió las gracias a los líderes por haberse interesado, cooperado y asistido a dicho taller, además de darles una constancia por su esfuerzo y participación.

RESULTADOS

En el siguiente apartado se muestran los resultados en tres grandes rubros; el primero de ellos son los puntajes que obtuvieron los líderes comunitarios en el cuestionario de conocimientos para el manejo de conductas inadecuadas en los niños, el segundo son los porcentajes arrojados por la lista checable de categorías conductuales y por último, se encuentran los puntajes obtenidos por el cuestionario de validación social.

Cuestionario de conocimientos.

En la Tabla 5. y la Figura 26, se puede observar que la media en la tasa de respuesta en el pre-test fue de 18.77, el cual corresponde a un 60.54% del total de respuestas, en contraste la media del post-test fue de 24.5 lo que muestra que hubo un incremento de 5.73 lo que corresponde al 79.03% del total de respuestas.

SUJETO	No. de aciertos en el PRE - TEST	No. de aciertos en el POST - TEST
1	23	27
2	18	29
3	16	22
4	23	28
5	20	25
6	15	26
7	6	20
8	16	26
9	15	25
10	18	24
11	20	23
12	15	20
13	22	23
14	20	24
15	21	25
16	29	30
17	16	21
18	21	26
19	24	23
20	19	27
21	18	22
22	18	23

TOTAL	413	539
MEDIA	18.77	24.5
PORCENTAJE	60.54 %	79.03 %

Tabla 9. Muestra los puntajes obtenidos por los líderes en el pre-test y post-test de conocimientos.

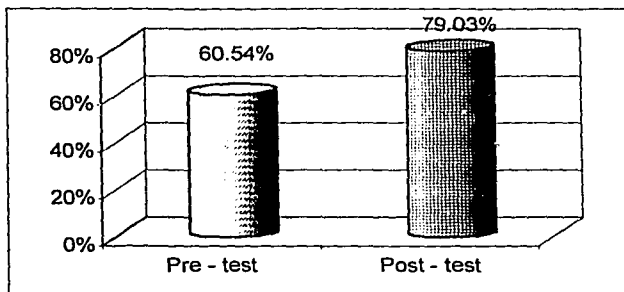


Fig. 26 Muestra los porcentajes obtenidos por la muestra en el pre-test y pos-test de conocimientos.

Habilidades para la diseminación.

El próximo rubro muestra las habilidades desarrolladas por parte de los líderes para la diseminación del Programa de Entrenamiento a Padres. En la Tabla 10 y Figura 27, se muestra que en el primer registro los líderes contaban con un 56.29% de las categorías conductuales requeridas, por lo contrario en el segundo registro presentaron un incremento en el porcentaje siendo este de 85.30% en dichas habilidades.

SUJETOS	1er. REGISTRO	2do. REGISTRO
1	7	11
2	6	10
3	5	11
4	7	11
5	7	11
6	7	11
7	7	7
8	7	11
9	8	11
10	8	10
11	8	12
12	12	13
13	5	10
14	8	12
15	6	11
16	9	13
17	8	11
18	7	10
19	8	12
20	7	11
21	6	12
22	8	13
TOTAL	161	244
MEDIA	7.31	11.09
PORCENTAJE	56.29 %	85.30 %

Tabla 10. Muestra los puntajes obtenidos por el grupo en los dos registros de las habilidades para la diseminación.

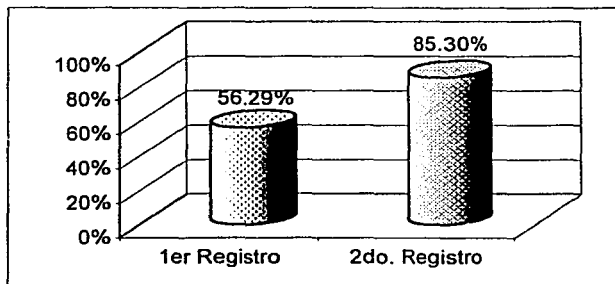


Fig. 27 Muestra los porcentajes del grupo en los registros de habilidades.

Validación Social.

Por último se muestran los resultados arrojados por el cuestionario de Validación Social. Como se puede observar en la Figura 28, en metas se obtuvo un 88.6 %, en procedimientos un 92.72 %, en resultados un 91.13 % y un 94.09% en el desarrollo de los terapeutas.

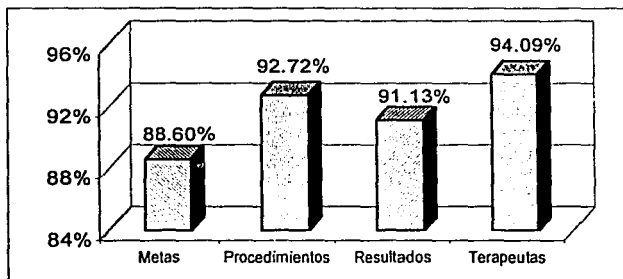


Fig. 28. Muestra los porcentajes obtenidos en los diferentes elementos del Cuestionario de Validación Social.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Discusión

Al hablar de salud nos referimos al estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente a la ausencia de la afección o enfermedad (OMS, 1978), implicando un desarrollo integral del individuo sin más límites que el impuesto por su marco genético.

Este estado busca entonces no sólo un balance entre los elementos internos del individuo, sino también entre los externos y una relación armónica entre ambos elementos. Es decir, la salud como proceso no depende únicamente de factores medioambientales sino de un conjunto de interrelaciones tales como las biológicas, económicas, sociales y las psicológicas, las cuales se manifiestan en los diferentes ámbitos que rodean a un individuo.

Es dentro de este contexto que se puede ubicar el papel de la Psicología de la Salud como una de las disciplinas que puede llevar no sólo a un entendimiento, sino a una solución de las problemáticas sanitarias, a través de la prevención que se puede definir como aquellas acciones de promoción, protección y diagnóstico temprano de los factores de riesgo a los que son expuesto un grupo de personas, una comunidad o en un caso particular un individuo.

Lo que interesa de manera especial cuando se trabaja con la prevención dentro de una comunidad es la auto responsabilidad de los individuos, así como también prepararlos para actuar adecuadamente ante la ocurrencia de factores de riesgo.

De aquí, que para alcanzar tales propósitos es necesario identificar, organizar y capacitar las redes y sistemas de apoyo naturales en una comunidad para el cuidado y ajuste de la Salud de la misma.

Por tal motivo, en esta intervención los líderes se consideran una red natural para la diseminación del programa, ya que nadie mejor que ellos tienen un panorama general de las necesidades de la comunidad, lo cual a su vez puede

garantizar que las acciones preventivas, alcancen las metas para las que fueron creadas.

Sin embargo, la determinación de las acciones preventivas deberán estar sustentadas no sólo en la concepción de los líderes sino de un diagnóstico comunitario que logre identificar las necesidades sentidas por la población.

Lo anterior, se logró en esta investigación a través de la aplicación de la Encuesta Socioeconómica en donde se detectaron cinco de las problemáticas más relevantes en la comunidad de Milpa alta tales como, el pandillerismo, el alcoholismo la drogadicción maltrato infantil y embarazo en adolescentes.

Ante tal necesidad se llevó a cabo la diseminación del taller de Entrenamiento a Padres, cuyo objetivo es que los líderes comunitarios adquieran y desarrollen habilidades que permiten mejorar el manejo de conductas de desobediencia en los niños visto desde un enfoque preventivo.

Con lo anterior se demuestra que los programas de salud, además de llegar a una comunidad determinada implican la construcción colectiva de condiciones que posibiliten un mejor estado de salud a partir de la movilización de los recursos y habilidades de ésta, para que a su vez se vayan adoptando repertorios conductuales compatibles con la salud. La importancia de los repertorio conductuales en los programas de salud se debe a que estos han sido ampliamente vinculados al proceso salud-enfermedad y se sostiene que algunos estilos de vida considerados como factores de riesgo conductual aumentan la probabilidad de que se desarrollen enfermedades específicas, por lo que su modificación conduce a corto plazo a mejorar la salud individual y colectiva, y para alcanzar esto, es necesario optimizar las destrezas, habilidades y recursos personales de la gente de la comunidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Aduna, A. (1998). Tesis de Maestría: Afrontamiento, apoyo social y solución de problemas en estudiantes universitarios. Estudio Experimental. Facultad de psicología; UNAM.
2. Arruabarrena, M. I. (1994). Maltrato a los niños en la familia. Madrid. Ed. Pirámide.
3. Ayala, V. H. (1998). Manual de entrenamiento a padres. México: Ed. Porrúa.
4. Ayala, V. H. Barragán, T. L., Cruz, G. B., y Fulgencio, J. M. (1998). Manual de autocontrol del estrés. México. Ed. Miguel Angel Porrúa.
5. Ayala, V. H. (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.
6. Baumrind, D. (1973). The development of instrumental competence trough socialization. In A. D. Pick (ed.), Minnesota Simposium Child Psychology. Minneapolis: University of Minnesota Press.
7. Buendía, J. (1998). Estrés Laboral y Salud. Ed. Biblioteca Nueva.
8. Clemencia, C. M. (1993). La Psicología, los procesos comunitarios y la interdisciplinaridad. México. Ed Universidad de Guadalajara.
9. Costa, M. López, E. (1986). Salud Comunitaria. México. Ed. Martínez Roca.
10. Cowen, E. (1980). The wooing of primary prevention. American Journal of Community Psychology.
11. Davidoff, L. (1979). Introducción a la Psicología. New York: Edit. Mc Graw – Hill.
12. De la Fuente, R., Medina-Mora, M.E. y Caraveo, J. (1997). Salud Mental en México. México. Instituto Mexicano de Psiquiatría y Fondo De Cultura Económica.
13. Dohrenwend, B. S. y Dohrenwend, B. P. (1978). Some Issues In Research On Stressful Life Events. J. Nerv. Ment. Dis. Vol. 166, 7-15.
14. Fawcett, S. B., Paine-Andrews, A., Francisco, V. T., Schultz, J. A., Richter, K. P., Williams, L.E.L., Harris, K. J., Berkley, J.Y., Fisher, J.L., y López, C. M. (1995). Using Empowerment Theory in Collaborative Partnerships for

-
- Community Health and Development. American Journal of Community Psychology. 23 (5). 677-697.
15. Fernández, L. (1994). Manual de Psicología Preventiva. México. Ed. Siglo Veintiuno.
 16. Graciano, A. M. y Diament, D. M. (1992). Parent Behavioral Training. An examination of the paradigm. In Behavior Modification. 16 (1) 3-38. New York: Sage Publications, Inc.
 17. Gutiérrez, L. L. (1999) El estrés experiencia de nuestro tiempo. El nuevo diario. Pp. 12.
 18. INEGI. (1995). Resultados definitivos del XI Censo de Población y Vivienda. México.
 19. Lara, M. A. y Figueroa, M. L. (1990). Familias con hijos en bandas juveniles. Revista Mexicana de Psicología. 7, (1) 37-41.
 20. Latorre, M. (1994). Psicología de la Salud. México, D.F. Ed. Lume
 21. Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). Estrés y Procesos Cognitivos. México. Ed. Roca.
 22. Martínez, J. M. y Morales, V. M. (1995). Fuentes de Estrés, Reacciones Psicofisiológicas y Estilos de Afrontamiento en Técnicos de Urgencias Médicas de la Cruz Roja. Tesis de Licenciatura. UNAM. México.
 23. Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral Health And Behavioral Medicine: Frontiers For A New Health Psychology. American Psychologist. Vol. 35, 807-817.
 24. Momoxco. (1999). Monografía de Milpa Alta. Delegación Milpa Alta, D.F.
 25. Morales, C. (1999). Introducción al estudio de la Psicología de la Salud. México: Ed. Paidós.
 26. Navarro, G. J., Fuentes, A. y Domínguez, M. (1999). Psicología Orientada a la población teoría y práctica. Prevención e Intervención en Salud Mental. (pp.19-47). Salamanca. Ed. Amaru.
 27. Organización Mundial de la Salud. (1978). Atención Primaria de la Salud. O.M.S. Ginebra: Sep 6-12.
 28. Osorio, S. (1996). Tesis de licenciatura: Estilos de crianza en México: Estudio epidemiológico. Facultad de Psicología, UNAM.
 29. Palmonari, A. (1990). Psicología social de comunidad. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.

-
30. Reyes, H. A. (1995). Milpa Alta, monografía. México, Cocoder- D. D. F.
 31. Rodríguez, G. (1998). La Psicología de la Salud en América Latina. México. Ed. Miguel Ángel Porrúa.
 32. S.S.A. (1984). Antecedentes y estructura del Sistema Nacional de Salud. Cuadernos técnicos de planeación. Vol. 1.num.6. México.
 33. San Martín. H y Pastor, V. (1988) Salud Comunitaria Teoría y Práctica. México. Ed. Díaz Santos.
 34. Stora, J. B. (1991). El Estrés. México. Ed. Lito Arte.
 35. Valdéz y De Flores. (1990). Salud Comunitaria. México. Ed.
 36. Valdéz, O; C, Pechard, M; E, Hamund, E. S. (1984). Hacia un modelo de servicios de salud. Cuadernos técnicos de planeación. México. Vol.1. (8).
 37. Velázquez, J. (2000). Buenos días AZTLAN. Milpa Alta mosaico de tres culturas. México. Agosto 2000.
 38. Wolfe, D. (1991). Programa de conducción de niños maltratados. México. Ed. Trillas
 39. Zax, M. (1979) Introducción da la Psicología de la Comunidad. México: Ed. Manual Moderno.

ANEXOS

PRE-TEST DE ENTRENAMIENTO A PADRES

Nombre del Padre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada oración y marque con una "X" la respuesta que usted considere es la correcta. Si tiene alguna duda con respecto al llenado pregunte al exponente.

1.-Un antecedente es lo que ocurre antes de la conducta

- a) Cierto b) Falso

2.-En el siguiente ejemplo, cual sería el **antecedente** que hace que Juanito no obedezca a su mamá:

Juanito, se levanta para ir a la escuela, se sienta a desayunar, su mamá le dice que se apure y que tome su mochila, el niño sale de su casa sin tomar sus cosas y su mamá lo regaña.

- a) Que Juanito se levante para ir a la escuela d) Que la mamá le diga que se apure y que tome su mochila
b) Que la mamá presione al niño e) Que su mamá lo regaña
c) Que Juanito se sienta a desayunar

3.-El registro **ACC** nos ayuda a conocer los **antecedentes** y **consecuencias** de una conducta:

- a) Cierto b) Falso

4.-¿Qué nombre reciben las cosas o aspectos que hacen que se mantenga o disminuya la conducta?

- a) Castigos d) Privilegios
b) Consecuencias positivas y negativas e) Reprimendas
c) Recompensas

5.-Las consecuencias positivas ayudan a incrementar la conducta del niño:

- a) Cierto b) Falso

6.-Algunos ejemplos de consecuencias positivas son:

- a) Gritos y regaños. d) Hacer la tarea y lavar su ropa
b) Sonrisas, elogios y actividades e) Golpes y castigos
c) Nalgadas, cinturonzazos y manazos

7.-Cuando un padre le da a su hijo lo que quiere, después de hacer un berrinche se llama:

- a) Consecuencia negativa d) Privilegios
b) Castigo e) Consecuencia positiva
c) Reprimendas

8.-Las consecuencias negativas son eventos que causan una disminución en la conducta inadecuada del niño:

- a) Cierto b) Falso

9.-Un ejemplo de consecuencia negativa es:

- a) Dar un abrazo
- b) Dar una nalgada
- c) Dar un beso
- d) Dar una recompensa
- e) Dar una caricia

10.- Las reglas les ayudan a los padres a establecer límites :

- a) Cierto
 - b) Falso
- 11.-La atención que los padres le pongan a los niños, debe estar dirigida principalmente a:

- a) No hacerles caso
- b) A los berrinches
- c) A las malas conductas
- d) Poner castigos
- e) Enseñar conductas nuevas y adecuadas

12.-Las recompensas son actividades o cosas que le gustan a la gente:

- a) Cierto
- b) Falso

13.-Una recompensa social puede ser:

- a) Juguete
- b) Un dulce
- c) Abrazo
- d) Unas papitas
- e) Regaño

14.-La comida puede ser un tipo de recompensa:

- a) Cierto
- b) Falso

15.-Cuando el niño no cumple una regla previamente acordada con el padre, lo primero que debe ocurrir es:

- a) Modificar el ambiente
- b) Regañar al niño por no obedecer
- c) Detener el comportamiento y decirle las consecuencias
- d) No hacer caso a la conducta del niño
- e) Darle una recompensa

16.-Las reglas para recompensar una conducta son:

- a) Ser comprensivo y cariñoso
- b) Ser fuerte y seguro
- c) Ser constante y recompensar de inmediato
- d) Ser fuerte y comprensivo
- e) Ser amable y cariñoso

17.-Son las recompensas que se caracterizan por no costar nada, no agotar lo y además se dan inmediatamente:

- a) Comestibles
- b) Elogios
- c) Actividades
- d) Premios
- e) Castigos

18.- Entregarle siempre una recompensa al niño, después de comportarse adecuadamente se llama:

- a) Ser seguro
- b) Ser consistente
- c) Dar oportunidad al niño para que se porte bien
- d) Ser exitoso en el programa
- e) Ser efectivo

19.-Cuando el niño recibe una recompensa diferente, después de una conducta adecuada a esto se le llama:

- a) Variación de las recompensas
- b) Organización y manejo de tiempo
- c) Actividades planeadas
- d) Identificación de situaciones de riesgo
- e) Ser inmediato

20.-Las recompensas que se le den a un niño serán efectivas sólo si:

- a) Se le da cualquier cosa al niño
- b) Es algo que necesita el niño
- c) Es algo que realmente le gusta al niño
- d) Es algo que le gusta al padre
- e) Se le compra todo lo que pide

21.- Dos de las características para la aplicación de un castigo, es que éste sea corto y efectivo.

- a) Cierto
- b) Falso

22.-Que se le retire algún privilegio al niño, cada vez que muestre una conducta inadecuada, recibe el nombre de :

- a) Premiar
- b) Elogiar
- c) Consecuencia negativa
- d) Recompensar
- e) Consecuencia positiva

23.-Cuando una mamá lleva papel y colores a algún lugar, para que el niño no se aburra mientras esperan, recibe el nombre de:

- a) Enseñanza incidental
- b) Recompensas
- c) Identificación de situaciones de riesgos
- d) Otorgamiento de premios
- e) Actividades Planeadas

24.-Planear actividades ayuda a los padres a que reduzcan conductas inadecuadas en sus hijos:

- a) Cierto
- b) Falso

25.-Una situación de alto riesgo es aquella en la que:

- a) El niño esté contento
- b) Es probable que el niño se aburra
- c) El niño se está divirtiendo
- d) Es probable que el niño coma
- e) El niño, este jugando

26.-Entre más involucrado esté el niño, en una actividad, es más probable que se porte bien:

- a) Cierto
- b) Falso

27.- ¿Cuál es la finalidad de dar una advertencia al niño?

- a) Iniciar una conducta adecuada
- b) Recompensar al niño
- c) Regañar al niño
- d) Dejar que el niño termine de hacer la conducta
- e) Castigar al niño

28.-Que el niño pierda un privilegio ayuda a:

- a) Dar una reprimenda
- b) Dar un castigo
- c) Obtener una recompensa
- d) Conocer lo que le gusta al niño
- e) Disminuir una conducta inadecuada

29.-La enseñanza incidental, ayuda a los padres a enseñarle al niño distintas habilidades:

- a) Cierto b) Falso

30.-Cuidar aspectos como, el tiempo disponible, la influencia de otras personas, el cambio del ambiente físico ayudará a:

- a) Que no haya problemas en la familia d) Saber que recompensas va a dar el papá
b) Que los padres castiguen a sus hijos e) Que el papá no se enoje con el niño
c) Que el programa tenga éxito

31.-Cuando un padre da luego, luego la recompensa que le prometió a su hijo, por hacer toda su tarea, a ésta conducta del padre se le llama:

- a) Ser inconsistente d) Consentir al niño
b) Ser inmediato e) Establecimiento de reglas
c) Ser cumplidor

REGISTRO ACC

Nombre del niño: _____

Conducta a registrar: _____

Definición de la conducta: _____

Fecha y hora	Antecedente (lo que ocurre antes de la conducta)	Conducta (descripción de lo que hace)	Consecuencia (que paso después de la conducta, premió, castigó o ignoró)	Lugar	Personas presentes

TALLER DE ENTRENAMIENTO A PADRES

Cuestionario de Satisfacción

Poblado _____

Fecha _____

Instrucciones: Conteste por favor las siguientes preguntas sobre el entrenamiento que recibió. Indique y marque con una " X " el número, del grado de acuerdo que presenta con cada una de las siguientes oraciones.

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

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

2.- Los exponentes explicaron de forma clara y entendible cada uno de los conceptos.

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

3.- En base, a los conocimientos adquiridos en el taller puedo llevar a cabo la reproducción de éste.

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

4.- A partir de que tome el taller, soy capaz de identificar conductas inapropiadas en los niños.

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

5.- Me siento capaz de aplicar algunas de las habilidades que aprendí en el taller para solucionar otros problemas.

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

6.- Considero que lo revisado en las sesiones se apega a una de las necesidades de esta comunidad.

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

7.-Considero que con los diferentes procedimientos vistos en el taller se puede modificar la conducta de un niño

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

8.-Considero que el hecho de conocer todos los temas expuestos hará que tenga éxito en el taller.

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

9.-A partir de aprender los conocimientos y habilidades considero que puedo aplicar el taller en las diferentes lugares.

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

10.-El aplicar las técnicas aprendidas durante el taller permitirá prevenir conductas inapropiadas en los niños.

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

11.-Siento que soy capaz de realizar material didáctico para reproducir los conceptos y habilidades aprendidas en el taller.

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

12. El apoyo que se tenga por parte de los exponentes influirá en la aplicación del taller en los diferentes escenarios.

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

Comentarios _____

**LISTA COTEJABLE DE CATEGORÍAS CONDUCTUALES EN EL
TALLER DE ENTRENAMIENTO A PADRES
PARA LÍDERES COMUNITARIOS.**

Nombre: _____ Fecha: _____

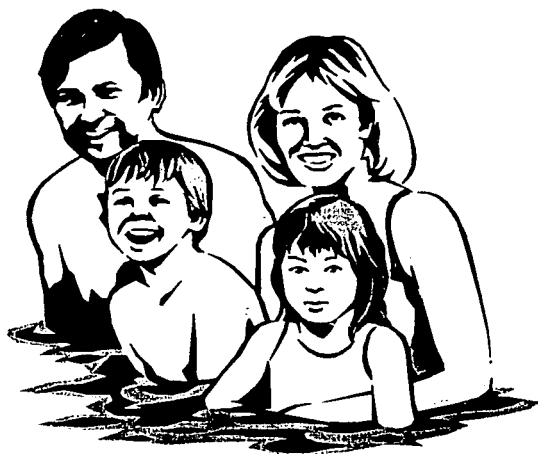
Instrucciones: Marque con una "X", solamente aquella categoría conductual que presente el expositor en cada una de las sesiones.

Cuando el líder comunitario expone lleva a cabo:

CONDUCTAS		
	1era exposición	2da exposición
<i>Dominio del tema:</i> Claridad con la que explica y maneja los conceptos		
<i>Contacto visual con el público:</i> Mirar a los ojos o a la cara del público		
<i>Atender a los demás:</i> Responder a las expresiones verbales del público		
<i>Tono de voz adecuado:</i> Nivel o modulación de la voz, en base a los puntos a exponer.		
<i>Oraciones en primera persona:</i> Hablar anteponiendo el yo en una oración o enunciado.		
<i>Frases cortas y concretas:</i> Oraciones que no contengan demasiadas palabras y expresen la idea principal.		
<i>Eliminar estímulos distractores:</i> Retirar del contexto físico aquellas cosas que podrías desviar la atención del público.		
<i>Peticiones verbales:</i> Son peticiones del ponente que generen la interacción con los demás.		
<i>Acercamiento con el público:</i> Que el ponente se dirija hacia el público desplazándose por las partes del escenario		
<i>Ser directo:</i> Garantizar que los mensajes sean claros y directos para evitar confusiones		
<i>Ser congruente:</i> Que muestre una relación entre lo que se aprendió y lo que se expone		
<i>Mostrar empatía:</i> Entender o comprender lo que nos trata de decir otra persona.		
<i>Expresión corporal:</i> Movimientos de manos, expresión facial y posición corporal en concordancia al contenido de la conversación		

Observaciones: _____

TALLER DE ENTRENAMIENTO A PADRES



SESIÓN 1

Antecedentes

Anexo 5

- ❖ Los **antecedentes**, son lo que pasa antes de la conducta y nos indican el tipo de **consecuencias** que se obtendrán al comportarnos de cierta manera.



Luz



Frenar



Evitar Accidente

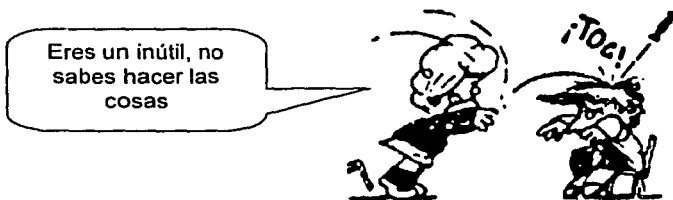
Consecuencias Positivas

- ❖ Son situaciones o cosas que ocurren inmediatamente después de una conducta, y ayudan a que ésta ocurra un **mayor número de veces**, ejemplo: atención, sonrisas, elogios, juguetes y comida.



Consecuencias Negativas

- ❖ Son eventos o situaciones, que **disminuyen la conducta inadecuada** de los niños, éstos pueden ser el ceño fruncido, gritar, regañar, pegar, o quitar regalos.



Sorprenda al niño siendo bueno

- ❖ Es muy importante que como padres hagamos un esfuerzo por **enseñar** a nuestros hijos **conductas nuevas y adecuadas**, en lugar de darle nuestra **atención** sólo cuando hace **berinches** o **se porta mal**.



Para lograr un programa de Cambio Conductual Exitoso

- ❖ **Cambios** en el ambiente físico, (servir la cena temprano)
- ❖ Involucrar a **todos los miembros de la familia** (papá, hermanos, abuelitos, tíos etc.)
- ❖ **Calidad** en el tiempo dedicado al niño (poner atención a la actividad o plática del niño)



Hermanos, primos , abuelos y amigos

SESION 2

Anexo 6

Recompensas: Procedimiento para incrementar la conducta

- ❖ **Recompensas** : Son actividades o cosas que le gustan a la gente, no a todos les gusta lo mismo, por lo tanto es importante conocer lo que le gusta a su hijo.
- ❖ **Recompensas Comestibles:** Es aquella comida o líquidos que le gustan a los niños y que pueden ser utilizados como recompensas por los padres. Por ejemplo: pasitas, papas fritas, cereales, hot dog, dulces, jugos etc.



Te voy a hacer las palomitas que tanto te gustan por haber sacado 10 en tu examen..

Y le pones salsa y limón como a mi me gustan mami ¿si?



Elogios o recompensas sociales

- ❖ Este tipo de recompensas, no cuestan nada, nunca se agotan y pueden darse inmediatamente después de que el niño se porta bien y en cualquier lugar.



Reglas para el uso de recompensas

- ❖ Existen cuatro principios o reglas que deben utilizarse con las recompensas para aumentar la conducta adecuada en los niños.

Ser constante

Ser inmediato

Variar las recompensas o premios

Asociar recompensas comestibles con recompensas sociales

Ser Constante

- ❖ Es actuar de la misma forma cuando el niño lleva a cabo una conducta, con esto el niño sabrá que portarse de cierta manera traerá cosas buenas y placenteras



Cada vez que Mafalda realice bien su tarea le voy a dar un dulce pequeño.

Ser Inmediato

- ❖ Una recompensa o premio hace que una conducta se presente un mayor número de veces, por tal motivo es importante recompensar al niño, tan pronto o luego luego, como ocurra la conducta adecuada y **NO** un tiempo después.



Tengo que salir a jugar al llanero solitario con Felipe, inmediatamente después de que acabe su tarea, Yo se lo prometí

Variar las recompensas

- ❖ Si se usa siempre la misma cosa para recompensar al niño, esto provocará que al niño deje de gustarle.



Ya esta, para que Mafalda no se aburra de la recompensa que le doy, me fijaré que otras cosas le gustan y también se las voy a dar en cantidades pequeñas

Asociar recompensas comestibles con recompensas sociales

- ❖ Se refiere a que cuando recompensem a nuestros hijos con alguna comida favorita, también les demos una recompensa social o elogios al mismo tiempo



Cada vez que Mafalda se acabe la comida que le preparé por sacar 10 en su examen, también le voy a decir que me siento orgullosa de que se esté apurando tanto.

Reglas para el uso de los castigos

- ❖ **Ser constante:** siempre retirar un privilegio o evento que le guste al niño.
- ❖ **Hacerlo inmediatamente:** NO esperar mucho tiempo para aplicar el castigo.
- ❖ **El castigo debe ser corto y efectivo:** Se debe quitar un privilegio al niño por la conducta inadecuada, pero esto no debe aplicarse a todas las conductas que haga en el día.
- ❖ **Dar la oportunidad al niño para que presente conducta adecuada** después de que haya cumplido su castigo.



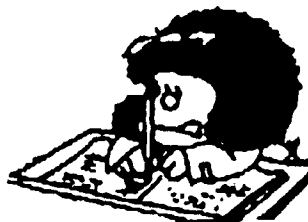
SESION 3

Actividades Planeadas

Anexo 7

- ❖ La planeación de actividades tiene como meta lograr que los padres aprendan a organizar actividades de interés para el niño en lugares que no son para ellos, lo que provoca que los niños tengan conductas inadecuadas.

Hoy vamos a salir con Mafalda, tenemos que elegir una actividad con la que hayamos visto que no se aburre.



Identificación de Situaciones de Riesgo

- ❖ Una situación de riesgo es aquella en donde el niño no tiene una actividad que sea divertida, interesante o entretenida y donde es muy común que se aburra y presente conductas inadecuadas.

Hoy vamos a ir con Mafalda al doctor, pero como hay que esperar mucho tiempo, le voy a preguntar que le gustaría llevar para que no se aburra mientras esperamos.



Involucrar al niño en actividades

- ❖ Tiene como objetivo mantener al niño ocupado en actividades, en lugares en los que no existe algo para ellos, entre más interesado esté el niño menor será la posibilidad de que se porte mal.



Importancia de establecer reglas en el hogar

- ❖ Una REGLA es un acuerdo que se establece entre los miembros de una familia, con el fin de colaborar en las diferentes actividades del hogar. Cuando los PADRES, pongan una regla deben explicar de forma CLARA el problema que tienen y sus CONSECUENCIAS, así mismo deben ser constantes y recordar que la regla impuesta debe ser cumplida por todos los miembros de la familia.



Empleo de advertencias

- ❖ Una advertencia es una instrucción que tiene como fin detener una conducta inadecuada e iniciar una conducta adecuada. La advertencia se dice de forma CLARA, ENTENDIBLE, y se busca la ATENCIÓN del niño, llamándolo por su nombre.
- ❖ El padre le dice la conducta inadecuada y las consecuencias que tendrá si la sigue llevando a cabo.



SESION 4

Enseñanza Incidental

Anexo 8

- ❖ Es aquella enseñanza que se da de manera natural, en donde se involucra al niño y a cualquier adulto



Pérdida de privilegios

- ❖ Se refiere a que se le retira algún privilegio al niño, cuando no cumple con una regla previamente acordada con él.

Hija, no podrás salir a jugar porque no me obedeciste en tener cuidado con las escaleras y ve lo que te paso.

Por hoy ya no podrás brincar, pero si mañana tienes cuidado y me obedeces alzando tu plato, podrás jugar

Y si ya no juego más en las escaleras, puedo seguir brincando en mi cama.



Diseño: Patricia Torres

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN