



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“DISMINUCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE
CONDUCTA EN EL AULA ESCOLAR POR MEDIO
DE UNA INTERVENCIÓN CONDUCTUAL
PARA MAESTROS”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A N :

**BECERRA REBELO CARLOS
RESÉNDIZ RODRÍGUEZ ARELI**

DIRECTOR DE TESIS :

LIC. NOEMÍ BARRAGÁN TORRES

REVISOR :

LIC. ISAAC SELIGSON NISSENBAUM





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.

PAGINACION DISCONTINUA

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México y su Facultad de Psicología por ser nuestra casa de estudios y darnos las herramientas para servir a nuestro país.

A nuestros sinodales, la Lic. Noemí Barragán, Lic. Isaac Seligson, Dr. Héctor Ayala, Mtro. Leonardo Reynosa y a la Lic. Leticia Echeverría, por aportarnos su conocimiento y guiarnos para conseguir éste objetivo tan importante en nuestras vidas.

A la Mtra. Silvia Morales por el tiempo y esfuerzo dedicado a nuestro trabajo.

DEDICATORIAS

A mis padres y hermano por el apoyo incondicional que durante toda mi vida me han brindado. A mi papá por ser nuestro ejemplo a seguir y el que nos impulsa a superarnos día a día. A mi mamá por ser el pilar de mi vida y la fuente de inspiración más grande que yo he podido encontrar. A mi hermano por ser el genio de la casa y el que nunca se da por vencido, sé que llegará muy lejos. Todos ustedes fueron mi mayor aliciente para concluir este trabajo.

De igual forma les agradezco a mis amigos, los cuales llenaron la travesía de alegrías y buenos momentos, en especial a Tania, Cynthia, Ana Fer, Mariana, Andrea, Ari, Paquito y José Luis.

Carlos, este trabajo no habría sido lo mismo sin ti, tu apoyo constante permitió la realización de mi carrera profesional y contribuyó a mi formación personal. Espero que este trabajo signifique un estímulo para continuar por el camino de tus ideales.

Una dedicatoria especial a Dios por haberme permitido llegar hasta aquí y por poner en mi camino a personas que le han dado rumbo y un significado especial a mi vida. Durante y en la terminación de éste trabajo, siempre estuviste presente.

Finalmente el trabajo de todo ser humano queda plasmado para que alguien más lo admire, critique, aprecie o juzgue. Por lo que dedico este trabajo a todo aquel que por alguna razón lo tenga en sus manos, esperando que el esfuerzo que hoy se ve realizado, le sirva a alguien en un futuro.

ARELI RESENDIZ RODRIGUEZ

DEDICATORIAS

A mi familia, a mis padres y hermano, por su apoyo constante, su paciencia y confianza para con mi trabajo.

A ti Are, por aportar tu conocimiento; así como tu comprensión y respeto a mis ideas sin los cuales éste trabajo nunca hubiera existido.

A mis amigos, Grace, Ne, Naye, Poncho, Arturo, Fabián, Juan y Misael que a través de éste tiempo hicieron buenos los malos momentos.

Especialmente, a Esther, Germán, Daniela y Rosa Luisa, por enriquecer mi vida y darme el valor y la fuerza que me motivaron a salir adelante.

CARLOS BECERRA REBELO

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	
Salud	3
CAPITULO II	
Factores que afectan la calidad de Vida	16
CAPITULO III	
Problemáticas sociales y su relación en la conducta	26
CAPITULO IV	
Problemas de conducta en la infancia	37
ESTUDIO UNO	
Diagnóstico comunitario	48
Estudio descriptivo de la comunidad.....	50
Método	57
Resultados	61
Discusión	81
ESTUDIO DOS	
Método	87
Resultados	96
Discusión	110
BIBLIOGRAFÍA	115
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

Los problemas sociales que actualmente afectan a las comunidades mexicanas se encuentran constituidos por factores psico-sociales, socioeconómicos y de salud pública originados por la carencia de cantidad y calidad de recursos materiales y humanos encargados de promover y mantener la salud dentro de la población; lesionando las bases de la estructura comunitaria, creando un medio ambiente nocivo en el que los individuos se desarrollan y del cual adquieren las pautas para su comportamiento.

Las autoridades y disciplinas encargadas de actuar ante dichos problemas sociales deben situarse en el contexto cultural, tener conocimiento de los recursos, así como de los inmunógenos y patógenos con los que cuenta el grupo social; ya que de esto dependerá que las acciones encaminadas al cambio resulten efectivas y ubicadas dentro de la realidad que se vive en ese lugar.

Dentro del enfoque comunitario y orientado hacia la salud preventiva la presente investigación lleva a cabo un estudio descriptivo de una comunidad ubicada en la Ciudad de México con el fin de identificar una vía de acceso para el establecimiento de un programa de intervención comunitaria que aporte resultados que traigan consigo un cambio en los Estilos de Vida y funja como un factor preventivo de posibles consecuencias negativas a largo plazo.

Antes de involucrarse en un programa que contenga éstos tipos de objetivos, debe tenerse establecido el concepto de Salud y los elementos que la constituyen para poder entender la dificultad no solo de su adquisición sino de su constante cultivo ante las situaciones adversas que se presentan.

Dado el avance en las disciplinas encargadas de promover la Salud y la erradicación de las enfermedades provocadas por microorganismos, los niveles de bienestar físico y psicológico de las comunidades recaen en los Estilos de Vida que sostienen las personas.

Dichos patrones de comportamiento son los que ponen en riesgo o salvaguardan la salud del sujeto en el momento de enfrentarse a los problemas sociales que se le presenten a través de su desarrollo, no solo individualmente sino también como miembro de un conjunto social. De tal forma que se encuentra en la modificación conductual una herramienta que va más allá de los límites del ámbito clínico al aplicarse en ámbitos trascendentales para el desarrollo humano como lo son la familia y la escuela.

Los resultados arrojados por el Diagnóstico Comunitario muestran una población en vías de crecimiento en cuanto a expectativas a futuro para las nuevas generaciones, con recursos y sistemas de salubridad que han crecido pero que aún necesitan ampliarse y mejorar para fomentar una calidad de vida adecuada dentro de la comunidad.

Por medio de éste estudio se identificó una Institución Educativa en la cual se desarrolló un Taller de adquisición de habilidades para el control de conductas inadecuadas en el salón de clases, como un plan de trabajo que correspondió a las expectativas y necesidades de los miembros que integran el entorno de la institución educativa.

Este programa se encuentra dentro de un marco de investigación en el cual se ha demostrado la influencia que los Estilos de Crianza mantienen con respecto a los Estilos de Vida; ya que la aplicación de estrategias conductuales que controlen las conductas disruptivas funcionan como factor preventivo al evitar el desarrollo conductual inadecuado que fomente patrones de comportamiento patológicos a largo plazo.

Se implantó el Taller en los grupos de primer grado y se llevaron a cabo evaluaciones antes, durante y después de éste, por medio de cuatro registros observacionales diseñados para cuantificar los resultados y el efecto del programa en alumnos y maestros; obteniendo resultados que sugieren un decremento en las conductas inadecuadas dentro del salón de clases en ambos grupos por medio del incremento en las habilidades de control conductual en los maestros.

CAPITULO I

CAPITULO I

SALUD

El objetivo principal de la OMS (Organización Mundial de la Salud 2000) es que todos los habitantes de todos los países gocen de un grado de salud que les permita por lo menos, trabajar productivamente y formar parte activa de la vida social de la comunidad en la que viven, mismo que es dirigido hacia todo el mundo. Sin embargo, para que tal objetivo pueda alcanzarse, es necesario que todas las personas tengan acceso a la atención primaria en salud, así como a sus conceptos básicos.

El hombre es más su biografía que su biología, aludiendo la capital importancia del medio en el crecimiento interno y externo de cualquier individuo, ya que de éste y de las personas con las que convive (y ha convivido) depende para la adquisición y mantenimiento de la salud (Videla, 1991).

Se necesita tener en cuenta que la salud de una persona tiene relación con los que la rodean (familia, colegas, amigos, vecinos, etc.), su contexto físico externo (geografía, país, región, clima, etc.), su situación económica, la posición social que ocupa, el contexto sociocultural (normas, valores, religión, creencias, etc.) y por supuesto con su historia personal (OMS, 1983). Por esto, es propio aceptar que el concepto de salud posee diferentes significados si se le considera en el ámbito de los hechos de cada cultura.

Definir el termino salud resulta complicado, considerando que un individuo etiquetado como "sano" dependerá de su tiempo y lugar, así como de las circunstancias propias en las que se encuentren presentes un sinnúmero de variables internas y externas.

El estudio de la salud y su contraparte la enfermedad deben observarse desde un enfoque dinámico y no aislado, ya que el hombre como eminente ser social contribuye a fluctuar en sus estados físico, biológico y psicológico.

La biología, en su contribución a la salud, ha establecido que no existe un punto al que podamos determinar como normal para un conjunto universal de sujetos, de hecho, se encuentra lejos de haber un promedio poblacional general de salud, debido a las variaciones más o menos finas derivadas de cada ambiente específico que rodea a una comunidad, por lo tanto, la variación biológica anatómico fisiológica no admite un modelo fijo dentro de los que fluctúan variables como peso, estatura, presión arterial, agudeza perceptual, etc., que en cierto punto pueden convertirse en factores protectores o de riesgo para un nivel aceptable de salud, la cual estará determinada en la medida en la que las necesidades fisiológicas del organismo se adapten a su ecología.

Desde el punto de vista sociológico la salud aparece como un concepto aún más relativo, ya que las conductas en salud corresponderán al panorama social dentro de una estructura determinada; la enfermedad será entonces, un comportamiento anormal que obedece a necesidades diferentes fuera de ese contexto.

La noción de salud implica procesos de variación y adaptación continuas, es la resultante del éxito o del fracaso (enfermedad) del organismo para adecuarse física, psicológica y socialmente a su ambiente; encontrando niveles de fluctuación entre ambas dimensiones a través de las diferencias entre los individuos y sus condiciones de vida.

San Martín (1992) plantea una definición basado en los fuertes lazos que sostienen a la salud como concepto amplio y fundamental para cualquier ser humano, expresando así que la salud será reconocida como un estado de adaptación física, psicológica y social a las condiciones del ambiente, de manera que puede contribuir con su trabajo productivo al bienestar individual y colectivo.

Con esto, se entiende entonces que la salud es un estado muy variable que debe ser constantemente fomentado, siendo el factor más importante para lograrlo la calidad de vida con la que vivimos, el manejo de los riesgos en el medio ambiente y el comportamiento en referencia a la salud.

El manejo de un área tan extensa como lo es la salud resultaría aún más complejo si en las últimas décadas la Psicología no hubiese aplicado su metodología experimental en el manejo de variables y su influencia en el estado de salud de los individuos (si fuma, si hace ejercicio, si tiene una dieta adecuada, etc.), así como en el estudio de la promoción y el mantenimiento de la salud, área a la que se le ha nombrado Psicología de la Salud (Taylor, 1986).

La Psicología de la Salud puede definirse como la suma de las aportaciones docentes, profesionales y científicas de la Psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad (Matarazzo, 1980).

Reig, Rodríguez y Mirá (1987) señalan que la Psicología de la Salud se basa en que determinados comportamientos incrementan el riesgo de ciertas enfermedades, que la modificación de las conductas puede reducir la probabilidad de afrontar la enfermedad, y que las intervenciones psicológicas pueden ser sometidas favorablemente a un análisis de costo - utilidad / eficacia.

La Psicología de la Salud surge como una necesidad terapéutica de complementar el trabajo clínico, así como de ampliación del campo de trabajo del Psicólogo más allá del diagnóstico asociado a las llamadas enfermedades mentales. Trastornos de la reproducción, del sistema cardiovascular, de la piel, aparatos musculoesquelético, gastrointestinal o renal, o con cáncer, entre otros, son algunas prácticas que se registran hoy en día dentro de ésta área.

Aunque ésta práctica ya no se limita al diagnóstico de problemas psicológicos, el enfoque continúa puesto en el momento de la enfermedad, en la atención

secundaria y en muchas ocasiones en el paciente individual. Para tal efecto, modelos profesionales como la Atención Primaria en Salud y la Psicología Comunitaria se han desarrollado en las últimas décadas para atender las necesidades tempranas de diversas poblaciones en muchos países del mundo (Morales 1995).

La Atención Primaria en salud requiere que los profesionales que se integren a este campo, contemplen todas sus dimensiones (clínicas y biopsicosociales), de manera que no se dejen escapar las circunstancias que envuelven cada época y cada lugar en el que se dispongan a trabajar. Esto debe quedar advertido ya que los objetivos solo podrán ser alcanzados si se comprende que el desarrollo social y económico irán siempre ligados con los proyectos en salud; a esto, se debe agregar la mala organización existente en los sistemas de salud de muchas poblaciones y la centralización de dichos servicios; de los cuales cabe decir, no solo se pretende crear más, sino mejorar los que existan.

La Atención Primaria propone una educación popular tendiente a renovar metodologías y estrategias para facilitar la participación de los individuos con el objetivo revalorar las condiciones de salud propias de cada población, requiere que los individuos adopten comportamientos adecuados que no solo hagan frente a la enfermedad, sino a su prevención.

La prevención es una estrategia metodológica que porta de herramientas a recursos que se convierten en agentes de cuidado y promoción en salud (Sorin, 1993).

Con éstos elementos, se deben encaminar las metas en salud hacia niveles con bases y estructuras firmes respaldadas por la investigación, que no promuevan el remedio a la enfermedad sino la prevención para la salud; resultando un producto más factible para diseminar. Los programas preventivos requieren menor inversión aunque sus beneficios se den (en la mayoría de los casos) a mediano o a largo plazo.

Reig, Rodríguez y Mirá (1987) proponen un cambio en el enfoque de la investigación en salud, su idea es que lo importante no es lo que la gente tiene sino lo que hace, proponen que la investigación epidemiológica sea entonces básicamente psicosocial. Como complemento de la investigación biomédica, éstos autores, proponen la aplicación del análisis funcional de la conducta y de la terapia de comportamiento a un gran número de problemas de salud.

Matarazzo (1984) señala que los principales factores de riesgo para la salud y causas de muerte se engloban dentro del factor denominado estilos de vida (Tabla 1.1). Surge entonces, la necesidad de modificar los modos de comportamiento, es decir, reestructurar de los estilos de vida de manera que los individuos se adapten lo mejor posible a su contexto físico, social y psicológico.

FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD

Enfermedad	Estilo de Vida	Factores Ambientales	Factores Biológicos	Cuidados de Salud
Crónicas	54	09	25	12
Tumores malignos	37	24	29	10
Apoplejía	50	22	21	07
Accidentes*	51	31	04	14
Accidentes	51	18	01	12
Diabetes	34		60	06
MEDIA TOTAL	51	19	20	10

Tabla 1.1. Influencia estimada en porcentajes de cuatro grupos de factores al comienzo y durante el transcurso de algunos problemas de salud (Tomado de Latorre 1991).

*Excepto en automóvil.

Para Buceta (1990), se debe favorecer la adquisición de conductas saludables y modificar las que no lo son, esto, constituye la principal tarea de la prevención primaria. Estos factores de riesgo pueden agruparse en conductas habituales (fumar, beber alcohol, mala alimentación, etc.), alteraciones de la salud (hipertensión, diabetes, etc.), carcinógenos ambientales (conductas habituales relacionadas con otras conductas) y elevados niveles de estrés.

El impacto de la relación entre los hábitos conductuales y su repercusión en la salud queda plasmado en la morbilidad de los países en vías de desarrollo y los llamados de primer mundo; las enfermedades infecciosas y parasitarias (provocadas por contaminación del suelo, de alimentos y del agua) son motivo importante de afección a la salud e incluso llegar a la muerte en países en pleno desarrollo. La otra parte, es decir los países que cuentan con sistemas de salubridad de mejor calidad, no se deslindan sin embargo de padecer ante las consecuencias de patógenos conductuales, mismos que se reflejan en la creciente población con problemas cardiovasculares en un cincuenta por ciento (estrés, obesidad, etc.), una quinta parte por el cáncer (estilos de vida no saludables, tabaco, etc.) y una décima parte por los accidentes. Además, en los últimos años se ha registrado un aumento en las patologías psicosociales como el abuso de alcohol y/o drogas (OMS 2000).

Las conductas en salud no solo son importantes por la obviedad de sus beneficios, sino también porque pueden convertirse en hábitos, es decir, una conducta que está firmemente arraigada en el repertorio conductual del sujeto, con el paso del tiempo llega a ser automática y en ocasiones aprendida por otros. Un hábito puede formarse gracias a un reforzamiento positivo oportuno y posteriormente asociados a factores ambientales; los hábitos en salud siguen como tales, las leyes del aprendizaje, se adquieren y se mantienen con un programa experimental adecuado (Hunt 1979).

A pesar de esto, las conductas de salud mantienen autonomía e independencia, es decir, su complejidad radica en su naturaleza multifactorial, Belloch (1989) se refiere a esto como inestabilidad a esta particularidad de tales conductas, al exponer que una conducta en salud puede variar en su control dependiendo de la situación por la que atraviese el sujeto, por diferencias individuales, por la evolución de la propia conducta y por el crecimiento del individuo.

La postura de Belloch permite un panorama básico de la dificultad para controlar un contexto en el que se puedan desenvolver hábitos conductuales inmunógenos; por lo tanto, a pesar de tener un respaldo tan confiable y capaz de ser

sometido a prueba científica como lo es el conductual, no se debe quitar el dedo del renglón e impulsar aún más la investigación del tema y la experimentación acerca de los determinantes de las conductas de salud.

Bajo el enfoque del aprendizaje social, Ayala (1998) propone un sistema de interacción de factores que afectan en la adquisición y mantenimiento de conductas patógenas; considera que ciertos factores son determinantes distantes (actitudes familiares, edad, habilidades sociales, habilidades generales de afrontamiento, factores disposicionales genéticos, historia de abuso familiar, influencia social de los compañeros, etc.) que predisponen de forma importante a un patrón poco saludable de conducta. Existen también, ciertos factores que se denominan como determinantes próximos (expectativas de las conductas nocivas, señales internas y externas, factores situacionales, habilidades específicas de afrontamiento, modelamiento, experiencias anteriores, etc.); ambos funcionan como reguladores del comportamiento a favor o en contra de la salud.

La investigación encaminada al conocimiento de los factores distantes es trascendente en la identificación de los factores de riesgo, sin embargo, éstos son difícilmente modificables a mediano plazo, y cuando se consigue controlar su causalidad, son mediados por los factores próximos en los efectos sobre los comportamientos en salud y enfermedad.

El estudio de las conductas de salud tomaría un rumbo equivocado de considerar a un individuo como tal, ya que si se sabe que su comportamiento es el reflejo de las contingencias de su contexto, que mejor punto de referencia que estudiar los lazos sociopsicológicos más fuertes, su familia; un sistema de interacción en el que existe un intercambio dinámico de información de todo tipo que fortalece y extingue conductas constantemente. Gaberi y Compañ, (1990) plantean varios aspectos en los que se debe orientar el análisis de un sistema familiar; la interacción familiar, la capacidad de adaptación al cambio, las fuentes de apoyo o de tensión y el apego a las normas generales e individuales.

Debe establecerse que, como todo sistema, la modificación de uno de los miembros de una familia afectará (positiva o negativamente) al resto de los integrantes; sus normas, sus creencias, su estado de salud y los factores de riesgo que los rodean completarán un sistema que a la vez forma parte de un sistema aún mayor, la comunidad.

La permeabilidad es la característica familiar que le dará la oportunidad a sus miembros de relacionarse con los demás miembros de su comunidad (Latorre y Benet, 1992), lograr nexos sociales moderados que les permitan alcanzar el apoyo sociocultural y económico enriquecedor de una comunidad, además de compartir metas, objetivos, intereses e ideas que les proporcionen mayor fuerza como grupo humano encaminado hacia la mejora y con el propósito de alcanzar una estabilidad integral a través de la concepción de la salud; la pertenencia a la red social es una forma de protección sanitaria.

La actitud de una persona hacia las medidas preventivas en salud está determinada en gran parte por los valores de su comunidad, y la educación en salud pretende un intercambio de conocimiento y crecimiento individual y social; persigue reforzar o cambiar actitudes y conductas de la comunidad, su metodología se basa en la participación organizada para mejorar las condiciones y la calidad de vida.

La participación de la población en un programa de salud dependerá de cuánto se involucren sus integrantes, además, de que tal proyecto vaya acorde con las expectativas y necesidades de la comunidad completa por medio de la delegación de responsabilidad a líderes comunitarios, grupos representativos de la población que tomen decisiones y colaboren con las mismas autoridades en salud, etc. Tales resultados estarán mejor respaldados por una investigación previa para obtener un perfil epidemiológico comunitario, lo cual permitirá concordar la intervención con las necesidades reales de la población.

El trabajo comunitario en salud consiste en trabajar en el reconocimiento del problema y el impacto en ésta comunidad, de la cual pueden surgir los recursos que deben organizarse para convertir el problema en un problema de todos.

La compenetración de un conjunto de personas que comparten una zona geográfica, metas y necesidades es el objeto de estudio de la Psicología Comunitaria (Costa y López, 1986); misma que analiza las relaciones entre el sector salud y la población, así como su interacción; además, establece que la transmisión de conocimiento no es suficiente, sino que se debe actuar con una intención práctica y científica, tomando en cuenta los componentes del nivel de vida de la comunidad y desarrollar la manera de influir directamente en éste para facilitar los cambios en actitudes y asimilación de hábitos que fomenten estilos de vida saludables.

Una comunidad sometida a periodos de inestabilidad (delincuencia, insalubridad, nivel económico bajo, etc.) reflejará tal tensión en índices mayores de estados de salud negativos, por esto, el cuadro crítico se debe observar también desde el punto psicosocial dentro del cual se presentan problemas de pareja, crisis nerviosas, embarazos no deseados, desajustes familiares, etc. (Sorin, 1993).

Ejemplo de intervenciones comunitarias son las realizadas por la Fundación Hogg para la Salud Mental, dicha fundación forma parte integral de la Universidad de Texas y en años recientes la mayor parte de los fondos se ha otorgado a agencias comunitarias o estatales, del sector público y privado, que se enfocan en la Salud Comunitaria. Los encargados del proyecto son en su mayoría Psicólogos y Sociólogos que imparten clases avanzadas y seminarios en la Universidad.

Sus contribuciones más importantes a la comunidad son un Programa Educativo para Padres en el cual se emplean voluntarios preparados como instructores para los padres de familia. El objetivo fue modificar la actitud de los padres acerca de la crianza de los niños conforme tomaban el papel de maestro del niño. El involucrar a los padres en el desarrollo del niño fue la clave del éxito de éste

programa como en la mayor parte de otros programas exitosos de intervención temprana.

Un modelo de intervención aún más ambicioso es el propuesto por Fawcett (1995), el cual plantea la colaboración de niveles de trabajo, el individual, grupal y comunitario; se puede definir como un proceso de cambio en el que participan poblaciones que comparten vecindarios, lugares de trabajo, experiencias e intereses. Este modelo consta de tres dimensiones que son los individuos, el medio y la capacidad de influir en las condiciones de la comunidad.

El modelo consta de planeación colectiva, acción, cambio y capacitación comunitarios, así como la adaptación, rehabilitación e institucionalización del programa. Una de sus aplicaciones se realizó en tres comunidades de la ciudad de Wichita en Kansas, enfocándose la prevención del abuso de sustancias en muestras adolescentes; el grupo de trabajo estuvo compuesto de individuos con preparación académica, expertos en ciencias del comportamiento, salud pública y desarrollo comunitario.

Se elaboró un comité organizador junto con los líderes comunitarios, con el objetivo de estudiar un panorama de la comunidad (morbilidad, recursos, propuestas, etc.), y se documentaron acerca de los factores de riesgo y protectores en el abuso de sustancias en la adolescencia. Estas reuniones arrojaban ideas y bases para establecer el plan de acción y los cambios potenciales en la comunidad. El grupo de trabajo instruyó con una metodología y guía constante a los sectores dominantes de la población, comerciantes, escuelas y miembros comunitarios. Las estrategias en salud preventiva y comunitaria fueron requeridas para modificar las barreras del medio y mejorar la participación de la sociedad en los programas de prevención del consumo de sustancias.

La intervención mostró la fuerza de un programa respaldado por un grupo profesional de la salud y un grupo comunitario bien organizado; además, comprobó

que la capacitación en sectores líderes de una población son una medida preventiva importante para logros a corto y largo plazo.

El ejercicio de la Psicología en el sector Salud es uno de los más importantes campos de aplicación por su repercusión directa e indirecta en la dinámica socio-cultural del país, y las dificultades planteadas hasta el momento deben tomarse como desafíos a superar por los integrantes de estos grupos de trabajo

Lo importante para la Psicología en el campo de la Salud es enfocarla como multicausal, por factores biofisiológicos, económicos, sociales y comportamentales; concebirla como un continuo y cuya manifestación en los individuos debe ser estudiada en todos sus momentos.

La Psicología de la Salud es la rama aplicada de la Psicología que se dedica al estudio del componente conductual en el proceso de salud –enfermedad, así, el objeto de estudio debe mantenerse en aquellos comportamientos que participan en el estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la enfermedad y en la recuperación de un individuo y de la comunidad de la que forma parte.

Ante esto, la Atención Primaria debe estar dirigida a los problemas de salud más relevantes de la comunidad, comprometerse con objetivos definidos y acciones congruentes en términos de resultados que puedan ser evaluados.

En éste aspecto, la Psicología Comunitaria puede ofrecer aportaciones para el trabajo en el sector salud, pero tampoco debe ser injertada mecánicamente en un modelo de intervención en Psicología de la Salud sin los estudios previos correspondientes.

La Salud, y como consecuencia la Salud Pública y la Atención Primaria; viven una crisis en la teoría y en la práctica determinada por la diversidad de enfoques en el pensamiento social y por la progresiva tendencia hacia la privatización de los servicios, la escasez de los recursos materiales para emprender programas de

amplio impacto, y por la insuficiencia de recursos para identificar, estudiar y modificar situaciones que afectan la salud de grupos humanos en los cuales el riesgo de enfermar no está asociado con la acción directa de agentes patógenos físicos y biológicos, sino vinculada al comportamiento y las circunstancias en las que éste se produce.

La crisis económica, política y social que continúa en México presenta retos constantes para la Psicología, formas de contribuir de manera más significativa a la sociedad y cumplir con el compromiso de alcanzar objetivos públicos; la necesidad de renovación es imperiosa si se pretende mejorar la calidad de vida y la salud psicológica de las comunidades, para lo que será primordial construir una voluntad de trabajo en el ambiente comunitario y encontrar a través de éste, el camino hacia un futuro mejor.

CAPITULO II

CAPITULO II

FACTORES QUE AFECTAN LA CALIDAD DE VIDA

En estos tiempos en que la raza humana realiza rápidos progresos tecnológicos en el ámbito de la medicina, se ha puesto mayor énfasis en el comportamiento como el gran responsable de la salud y la enfermedad, de la vida y de la muerte, y de que la salud y el futuro de la especie humana puedan estar en peligro en las décadas venideras.

Costa y López (1983) encuentran que las infecciones agudas y crónicas causadas por microorganismos, que fueron responsables hasta épocas recientes de la mayoritaria morbilidad y mortalidad de la especie, están dejando paso en los países desarrollados a otros procesos estrechamente asociados al comportamiento. Esta situación está dando lugar en los últimos años a una amplia bibliografía en la que se destaca el papel de la Ciencia del Comportamiento en el estudio de los fenómenos de salud – enfermedad.

Es por ello que el repertorio de comportamientos, principalmente aquellos que son indicadores de problemas derivados del estilo de vida, han suplantado en importancia a los microorganismos, sin que estos últimos la hayan perdido del todo (San Martín, 1982).

Fumar, beber y comer en exceso, drogarse, ingerir dietas abundantes en ácidos grasos saturados, evitar el ejercicio físico, conducir a exceso de velocidad, mantener relaciones sexuales inseguras; son antes que nada comportamientos. Diversos autores (Báyes, 1979; Matarazzo, Lazarus, Melamed y Schuartz, 1984) reiteran que las diez principales causas de muerte en los países desarrollados se encuentran determinadas en gran parte por el estilo de vida de las personas, es decir por comportamientos como los mencionados anteriormente.

Como consecuencia de lo anterior, podría reducirse la mortalidad y prevenirse si las personas mejoraran tan solo cinco comportamientos: dieta adecuada, evitar el tabaco, moderar el abuso del alcohol, no auto-ingerir drogas y realizar actividad física (Costa y López, 1986).

Después de advertir la importancia de los estilos de vida, un nivel de análisis y de intervención prioritario, sobre todo desde la perspectiva preventiva, radica precisamente en el mismo comportamiento. Si hasta el momento prevenir en Salud Pública equivalía a inmunizar a la población susceptible contra las enfermedades transmisibles y adoptar medidas de saneamiento ambiental, ahora de igual manera supondrá también cambiar los comportamientos, los escenarios y los contextos. La misma OMS incita a la realización de investigaciones que promuevan comportamientos favorables para la salud y al establecimiento de metodologías adecuadas para tal fin (OMS, 1982).

Al tener en claro la importancia del cambio en los estilos de vida de las personas, se observa un nuevo problema: la falta de conocimiento. Esta es una de las principales barreras para que la gente adopte comportamientos saludables, sin embargo, la información puede ser una condición necesaria pero en modo alguno insuficiente para que las personas cesen de actuar de un modo peligroso para ellos y para su comunidad o se impliquen en acciones saludables. Por lo tanto será necesario recurrir a estrategias y procedimientos específicos de adquisición y cambio de conducta.

La tarea no es fácil, está llena de grandes obstáculos, implica el dominio de una tecnología conductual eficiente para la adquisición y el cambio de conductas, la coordinación de los recursos teóricos y empíricos de otras disciplinas como economía, medicina, trabajo social, sociología; y sobre todo, implica también la adopción de cambios sociales y políticos.

El trabajar conjuntamente acarreará a largo plazo la integración de las disciplinas y eso se verá reflejado en el resultado esperado por cada una de ellas: la propia

comunidad organizada será la que asumirá el control de su salud, modificando su conducta particular y responsabilizándose por las acciones comunitarias.

Por otra parte se ha demostrado que la presencia o ausencia de ciertos patrones conductuales que están estrechamente ligados a la morbilidad y mortalidad física, también lo están a eventos estresantes (Costa y López, 1986).

ESTRÉS

En general hablar de eventos estresantes es referirse a un estado de ánimo interno caracterizado por sentimientos de tensión e incomodidad. Esta breve definición dista en algunas cosas del concepto de estrés de la psicología actual, debido a que, a través de la historia, múltiples disciplinas y en particular investigadores han tratado de definir dicho concepto.

Antes del siglo XX la palabra estrés solo se utilizaba en el idioma inglés. A partir del siglo XVII se usó para expresar en resumen una vida difícil expresada en una sola palabra. En el siglo XVIII se pasa de lo emocional a la causa de su origen. Durante el siglo XIX hasta la Segunda Guerra mundial, toda relación entre lo vivido (las situaciones y las emociones) y la aparición de enfermedades, era rechazada. La segunda guerra mundial y la guerra de Corea representaron un avance en la investigación sobre el tema, dada su significación en el rendimiento en el combate (Stora, 1992).

De 1950 a nuestros días, cientos de investigaciones abrieron el camino al estudio de dicho concepto tratando de englobar todas las dimensiones del entorno de la enfermedad y evitar el tomar al paciente solo.

Como consecuencia de esta idea se tuvieron tres diferentes concepciones de lo que es el estrés: como un conjunto de estímulos; como una respuesta centrándose en las reacciones de las personas a los estresores y como la interacción entre la persona y el medio, propuesta por Lazarus y Folkman en 1984.

Por lo tanto, la definición de estrés que en la actualidad preside, teniendo en cuenta las tres aproximaciones anteriores es: “el resultado de una relación entre el sujeto y el entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (Latorre, 1994, p.59).

Aunque ciertas presiones y demandas ambientales producen estrés en un número considerable de personas, las diferencias individuales y de grupo, en cuanto al grado y clase de respuesta, son siempre visibles. Las personas y los grupos difieren en su sensibilidad y vulnerabilidad a ciertos tipos de acontecimientos así como en sus interpretaciones y reacción ante los mismos. Por ejemplo, ante situaciones similares encontramos respuestas de cólera, depresión, ansiedad o culpabilidad, incluso algunos individuos ante la misma situación pueden sentirse provocados en lugar de amenazados. Del mismo modo, ante un proceso terminal, el individuo suele negarse a afrontar el hecho de una muerte inminente, sin embargo puede también desarrollar ansiedad al considerar el problema una y otra vez o bien deprimirse por tal situación (Stora, 1992).

Para poder entender las diferencias observadas en la respuesta ante situaciones similares, se deben tener en cuenta los procesos cognitivos que intervienen entre el encuentro con el estímulo y la reacción, así como los factores (compromisos y creencias) que afectan a la naturaleza de tal mediación, de lo contrario nunca se podrá entender el porque de tales diferencias. De igual forma, es necesario que exista el proceso de evaluación cognitiva ya que para poder sobrevivir, el hombre necesita distinguir entre situaciones favorables y situaciones peligrosas. Tal distinción suele ser sutil, compleja y abstracta y depende de un sistema cognitivo eficiente posiblemente obtenido por la evolución del cerebro capaz de realizar actividad simbólica y que se enriquece con la experiencia diaria (Stora, 1992).

Esta evaluación cognitiva es un proceso mental en que se evalúan dos factores: la medida en que un estresor amenaza al sujeto y los recursos de éste que están

disponibles para enfrentarse al suceso. Estos factores dan lugar a la distinción entre evaluación primaria -¿perjudica o beneficia?, ¿en este momento o en el futuro?, ¿de qué forma?-, y evaluación secundaria -¿puede hacerse algo?- (Lazarus y Folkman, 1984).

Se pueden distinguir entre tres clases de evaluación primaria: irrelevante, benigno-positiva y estresantes. Las estresantes a su vez se dividen en tres e incluyen aquellas que significan: daño o pérdida, amenaza y desafío.

Cuando se está ante una situación de peligro, es importante actuar sobre la situación, evaluándola en términos de lo que se puede hacer; esto es a lo que se le llama evaluación secundaria, la cual no se limita al reconocimiento de los recursos aplicables a determinada situación, sino que es un proceso evaluativo que confronta las diferentes opciones, por el que se obtiene la seguridad de escoger la que cumplirá con lo que se espera.

En cualquier caso, la evaluación secundaria incluye la apreciación de la capacidad de afrontamiento que presentan las personas ante las situaciones estresantes.

AFRONTAMIENTO

En la vida del ser humano, al estar en continua interacción con el medio ambiente, se ve inmerso en diversos eventos significativos; todo esto da como resultado la necesidad de plantear cambios y ajustes para que se dé un desarrollo en sentido positivo. Este cambio lo determinará la manera como sean afrontados los eventos y los recursos con los que se cuente.

Se define el afrontamiento como "los esfuerzos cognitivos y conductuales para dirigir (controlar, tolerar, disminuir o menospreciar) las demandas ambientales e

internas y los conflictos que exceden los recursos disponibles del individuo" (Latorre, 1994, p.63).

Según Moos (1985), existen tres tipos de afrontamiento como proceso que llevan a cabo las personas: Afrontamiento cognoscitivo-activo, Afrontamiento conductual-activo y la evitación del afrontamiento.

Debido a que el afrontamiento viene determinado por la evaluación cognitiva, principalmente la secundaria, es necesario precisar que la forma en que la persona afronte realmente la situación dependerá principalmente de los recursos con los que cuente.

El decir que una persona tiene muchos recursos no sólo significa que dispone de un gran número de ellos, sino que también tiene habilidad para aplicarlos ante las distintas demandas del entorno. Dado que sería imposible intentar catalogar todos los recursos que llevan a cabo las personas para afrontar las demandas de la vida, Lazarus en 1991 las engloba en dos principales categorías: individuales y ambientales.

En las individuales se encuentran los recursos físicos (salud, energía), psicológicos (creencias positivas) y las aptitudes (técnicas sociales); mientras que las propias del ambiente son los recursos materiales (dinero, bienes, servicios) y recursos sociales (redes sociales).

De todos los recursos probables a realizar por las personas ante las situaciones estresantes, la que ha despertado mayor interés en el área de investigación, es el apoyo social. El hecho de poder contar con alguien para recibir apoyo emocional, informativo y/o tangible como recurso de afrontamiento ha incitado la curiosidad de diversos investigadores como problema de experimentación tanto en medicina conductual como en las diversas disciplinas sociales.

REDES SOCIALES

El entorno social no es solamente una fuente importante de estrés, sino que también proporciona los recursos vitales con los que el individuo puede y debe conseguir sobrevivir para de esta manera lograr evolucionar. Desde hace mucho tiempo se ha sabido, de forma intuitiva, que las personas obtienen sustento y apoyo a partir de sus relaciones sociales lo que, en cierto modo, es algo obvio.

Existe una estrecha relación entre las redes sociales y la salud de los individuos, sin embargo es importante distinguir entre el entramado social y el apoyo social tal y como es experimentado por el individuo. El primero se refiere al conjunto específico de vínculos existentes entre un grupo definido de personas, es decir, el número de tipos de relaciones que tiene un individuo; mientras que el segundo concepto se refiere al valor que el individuo les da a las interacciones sociales (Aduna, 1998).

En general, el tamaño de la red de un individuo no determina cuál es la frecuencia de interacciones de apoyo del individuo, sin embargo parece razonable la predicción de que la frecuencia de interacciones de apoyo social se relacionará positivamente con el número de personas que integren la red.

Schaefer, Coyne y Lazarus (1982) distinguieron tres tipos de funciones del apoyo social: Apoyo emocional (da la posibilidad de contar con y confiar en alguien), Apoyo tangible (incluidos la ayuda personal directa y/o material), y finalmente el Apoyo cognoscitivo (proporcionar información).

El manejo óptimo de las demandas sociales, así como el uso óptimo de los recursos sociales, dependen también de las acciones recíprocas (coacciones) que lleve a cabo cada grupo social.

Las situaciones estresantes siempre van a estar merodeando al individuo; en cuanto al recurso de apoyo social la principal fuente de estrés es el llevar a cabo un cambio social, el cual produce estrés creando nuevas demandas para el individuo,

provocando la pérdida de lo que se considera predecible o familiar, creando una sensación de aislamiento o formulando nuevas amenazas. Sin embargo el cambio social no tiene por qué ser perjudicial, ya que puede favorecer la evolución y dar lugar a una forma de vida más satisfactoria.

Que el cambio no genere estrés y que produzca consecuencias positivas o negativas, dependerá de cómo se evalúe y se afronte (Stora, 1992).

Resultaría útil considerar al apoyo social como un recurso que el individuo debe cultivar y utilizar. La suposición es que las personas conseguirán mejores resultados adaptativos si recibieran o creyeran que iban a recibir apoyo social cada vez que lo necesiten.

El comportamiento que los seres humanos lleven a cabo se convertirá con el paso del tiempo en su estilo de vida, por lo tanto es necesario que sus conductas sean lo más saludablemente posibles ya que así se prolongará la calidad y tiempo de vida de la persona.

Dado que el individuo se encuentra inmerso en diversos grupos sociales, es esencial observar como los diferentes miembros están afectando continuamente a otros (para bien o para mal), y estos a su vez son afectados por ellos.

Cada miembro tiene sus momentos de estrés, algunos de los cuales se esfuman rápidamente, mientras que otros dejan su marca en diversos miembros. Mediante diversos factores se puede ayudar a sobrellevarlo diariamente; el tipo de afrontamiento y las redes sociales son recursos por medio de los cuales ayudarán al individuo a mantener su calidad de vida lo mejor posible. Sin embargo cómo hacer que el propio ser humano entienda que sus comportamientos, es decir su estilo de vida, están afectando a su organismo.

El principal problema al que se enfrenta cualquier persona que necesita explicar el comportamiento de un ser humano, es el entorno en el que se encuentra inmerso el individuo. Sería extraordinario poder observar el comportamiento de cada individuo, sin embargo es imposible aislarlo de todos los efectos que el medio produce en él y de cómo él es un factor de cambio del propio medio.

Dado que ningún grupo social (familia, amigos, escuela, etc.) carece de problemas, y es dicho grupo el que determina o influye directamente sobre los individuos, es necesario conocer qué tipo de problemas enfrentan los individuos como grupo, es decir, como una sociedad.

CAPITULO III

CAPITULO III

PROBLEMAS SOCIALES Y SU RELACION EN LA CONDUCTA

El cambio social resultante del desarrollo, la industrialización y la urbanización ha afectado de manera importante la estructura de las comunidades, el funcionamiento de las familias y el bienestar psicológico de los individuos. En muchas ciudades se han desestructurado los sistemas de apoyo psicosocial, y como consecuencia se ha reducido la posibilidad de que los individuos, las familias y las comunidades luchen contra los problemas sociales que les afectan (Holtzman, 1988).

Un problema social obedece su clasificación al medio en el que se desarrolla, un conflicto puede significarlo en una comunidad cuando en otra no lo es. Un problema social afecta las relaciones, salud y estabilidad humanas, sin embargo, precipitarnos para asegurar que su origen redunde con su efecto resulta muy radical; es decir, las circunstancias que provocan el crimen, la violencia, la desintegración familiar, etc. obedecen al contexto, época, medio ambiente y/o fenómenos naturales en el que se pretendan identificar. Por lo tanto, la identificación de un problema social no solo dependerá de su origen, sino de sus consecuencias y el grado en el que interfieran en la estructura social, sus instituciones y sus valores (Fritz's, 1977, cap. dos).

Trabajar con los problemas sociales en sus consecuencias es una medida poco eficaz considerando que el cambio debe ser estructural en las condiciones de vida en la población en general. La organización social es importante porque solo con esta unidad se pueden tomar acciones que benefician a todos; de no haberla se presenta una organización que impide actuar en contra del problema, o bien existen grupos opositores que se obstaculizan una acción integral.

La desorganización social puede ser derivada de las diferentes percepciones dentro de un grupo, una valoración diferente de lo que es o no un problema o la gravedad de éste. Por lo regular, estas diferencias provocan que los problemas existentes se mantengan o aumenten por la consideración de su irrelevancia y la manera en la que se afrontan (Argyle, 1964).

La acción encaminada a atacar un problema social depende de la percepción social que se relacione al problema en particular, si los puede afectar, las causas aparentes, las consecuencias y la factibilidad del cambio. La imagen pública del problema puede promover conceptos erróneos que no favorezcan a la solución, pueden presenciar lo que consideran fenómenos ajenos a ellos y lejanos de poder remediarse experimentando una inoperancia producto de la pasividad de los sectores que integran un grupo social (Fernández, 1995).

Se requiere entonces de un proceso social que acerque a las personas con su realidad y los beneficios de emprender acciones referentes a la adquisición de conductas que mejoren su bienestar; la percepción social de los problemas es afectada por la relación interna existente entre las personas, mientras que los problemas sociales son frecuentemente la manera en la que una comunidad comunica su mal funcionamiento y falta de capacidad para afrontar los episodios de crisis (Coleman, 1971, cap. trece).

Los problemas sociales que aquejan a las comunidades no solo deben obedecer al objetivo de encontrar una técnica que los reduzca dramáticamente, su estudio debe manejar adecuadamente las variables socioculturales que los influyen y planificar para erradicar en la medida de lo posible los niveles de uso de sustancias tóxicas, violencia, delincuencia, etc. Proyectos que involucren a los miembros afectados por dichos problemas, de manera que se promueva un cambio realista y eficaz (Gurin, Veroff y Feld, 1960).

El estudio de los problemas sociales debe ser considerado más allá de la dimensión psicológica y adoptar enfoques comunitarios y familiares que permitan un

reconocimiento integral de los factores involucrados (Chávez 1977 y Champion 1988); ya sean familiares (desintegración, desorganización, etc.), sociales (influencias de amigos, pobreza, ocio, deserción escolar, etc.) y personales (angustia, depresión, frustración, agresión, etc.) (Nehman, 1990). Las variables de tipo social y familiar han resultado con un valor predictivo más fuerte que las variables psicopatológicas o de personalidad, agudizándose aún más en niños marginados que han abandonado su hogar alcanzando niveles elevados de consumo de drogas y actos delictivos (Castro y Chávez 1986).

El desmesurado crecimiento poblacional es una variable importante que suele acrecentar los problemas sociales, la escasez de empleo y recursos para la población se convierten en conflictos poco factibles de ser solucionados en corto plazo; lo cual crea una atmósfera de tensión social que da lugar a la adopción de conductas nocivas (abuso de alcohol y sustancias tóxicas, delincuencia, etc.) que no parecen ser más que salidas radicales a situaciones que presenta el medio. Aunado a ésta problemática se encuentra el mal uso o desinformación acerca de las prácticas anticonceptivas, que son también parte de una deficiente educación social y falta de organización comunitaria, interferida en ocasiones por las creencias y costumbres provenientes desde el contexto familiar (Berelson, 1969).

La familia es la unidad de toda sociedad y por lo tanto su desintegración suele ser perjudicial para sus miembros. Las causas de la desintegración familiar varían de una sociedad a otra debido a los factores socioemocionales involucrados y a las diferencias individuales; sin embargo, esto no exenta a la acción social de estudiar el fenómeno y encontrar factores de riesgo y estrategias de ayuda que traigan consigo una dinámica familiar positiva que funcione como factor de protección a individuos con problemas de conducta derivados por otras variables (lugar donde vive, escuela, amigos, etc.) (Gode, 1971).

En grupos en los que la carencia de habilidades de comunicación, afrontamiento y manejo del estrés es mucha, los problemas sociales derivados de estilos de crianza deficientes y soluciones que no favorecen a la salud están

presentes; de manera que el abandono familiar, el divorcio, la violencia intrafamiliar, el uso de drogas u alcohol, etc., continúan siendo comunes dentro de muchas comunidades.

Las diversas formas de organización social responden a los patrones de conducta originados por los diferentes métodos de crianza, tales variaciones pueden tener consecuencias muy importantes en el desarrollo de una sociedad que además se vuelve compleja por la dinámica constante y muchas veces nociva de sus miembros (West y Farrington, 1973).

Los patrones y hábitos de conducta adquiridos en la crianza forman parte del repertorio de todo individuo, la dinámica familiar forja el comportamiento de sus integrantes; sin embargo, los aspectos positivos y negativos de tales conductas no dejan de ser influenciados por un grupo social con el cual se interactúa. El estudio de éste fenómeno y su relación con la presencia de conductas disruptivas en la etapa de adultez ha sido encaminado a tratar con factores de riesgo funcionando dentro de modelos multicausales que conjuntan variables psicológicas y socioculturales (Castro y Chavez, 1986; Newcomb, 1987; Kovach y Glickman, 1986).

Las conductas contempladas dentro de éstos modelos son aquellas que se presentan dentro de la sociedad provocando severos daños emocionales y físicos, perjudiciales para la estabilidad y funcionamiento de individuos, familias y comunidades; por lo que consideran la violencia, delincuencia, vandalismo, uso de sustancias tóxicas, etc., como problemas con dimensiones sociales, culturales, clínicas y psicológicas; que pueden ser tratadas bajo el enfoque de la Psicología Preventiva y Comunitaria.

Como problema social, la agresión suele estar presente en varias formas y es constante una vez que se presenta por primera vez por lo reforzante que resulta el hecho de ser facilitadora de beneficios a corto plazo para el que la presenta. La conducta agresiva hace referencia al acto que se propone dañar a otras personas o

a la propiedad, física o verbal, comúnmente provocada por la frustración de otra conducta (Wiley, 1961).

Para un entendimiento más completo de éstas conductas es preciso adoptar un modelo de causalidad múltiple en el que se engloben factores individuales (patologías cerebrales y psicológicas), estímulos (influencia de los medios de comunicación, contexto social violento, etc.), factores sociales (normas, costumbres, etc.), factores estructurales (creencias, valores, estructura familiar, etc.), factores económicos (desempleo, condiciones de vida, etc.), factores políticos (confianza en los dirigentes de masas, ideología política, etc.), factores históricos (fomento de rivalidad entre razas, historia bélica del país, etc.) factores ideológicos (conducta violenta aceptada socialmente, religión, etc.) (Zimbardo, 1997).

En estudios realizados en niños de corta edad se comprueba que la excesiva tolerancia hacia la violencia o el castigo incorrecto y/o exagerado tienden a aumentar la adquisición de conductas agresivas; esto debido a la inexistencia de restricciones o al aprendizaje de conductas violentas como método de afrontamiento (Buss, 1961). En este aspecto, los estilos de crianza, técnicas apropiadas de interacción y modelos disciplinarios que no solo castiguen la conducta agresiva sino que promuevan la que no lo es; forman la base preventiva de muchos de los problemas relacionados con conductas de violencia derivados frecuentemente en actos delictivos (Ayala, 1998).

La conducta delictiva o criminal envuelve un sinnúmero de actos que repercuten en la estabilidad de una población, Farrington y West (1977) reportaron que los jóvenes que cumplieran alguna condena contenían en su historial daños a la propiedad, consumo de drogas, robo de autos, robo a transeúnte y promiscuidad sexual.

Debido a esto, su estudio debe encaminarse a las variables y factores que desencadenan éste fenómeno tan complejo y grave para las cada vez más afectadas comunidades de varios países; aunque es prudente aclarar que reconocer

la relación de éstas variables con la delincuencia no es motivo de justificarla sino de proporcionar conocimientos empíricos que abandonen ideas unicasuales del problema y se encaminen a estudios más completos que discriminen las situaciones de riesgo y la estrategia de modificarlas.

En la investigación psicosocial de éste problema se han encontrado perfiles conductuales que lejos de perseguir la tipificación del acto de delinquir, pretenden facilitar su estudio. Los manuales estadísticos y diagnósticos de los trastornos mentales editados por la Asociación Americana de Psiquiatría (1980, 1987, 1994) incluyen una serie de criterios incluidos en el Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP), rasgos que se encuentran en la gran mayoría de las personas que presentan tempranos y largos historiales de conductas delictivas (Aluja y Torrubia 1996)

El sujeto que comete actos delictivos presenta un perfil de aislamiento hacia las personas, además de tener un grupo de afiliación y compañeros de crimen con los que comparte ciertas normas; se ha comprobado que provienen comúnmente de familias de clase trabajadora y que han padecido de relaciones familiares muy deterioradas (Hewitt y Jenkins 1946).

Las personas que muestran conductas antisociales muestran cambios temperamentales bruscos, impulsividad, búsqueda de estimulación, baja ansiedad, no inhibición de respuesta ante una señal de castigo, conductas dirigidas a la recompensa inmediata, aplanamiento afectivo y carentes en habilidades sociales, pueden representar un problema social que afecta a la población pero que requiere de métodos preventivos clínicos; cabe señalar que son probables las causas fisiológicas (daños en el Sistema Nervioso Central), comúnmente agravadas por maltratos físicos frecuentes en el núcleo familiar o el abandono y crianza en orfanatorios (Wilkins, 1960). En otros casos, pueden ser sujetos que presentan patrones de conflictos familiares de desatención sin aparente motivo económico; pueden pertenecer a cualquier clase social y presentar conductas agresivas, impulsivas y aplanamiento afectivo como producto de un deficiente desarrollo en el seno familiar (Argyle, 1964).

Considerar causas será tomar en cuenta cualquier variable empírica que produzca una variación en los índices de delincuencia, patrones de conducta aprendidos en la infancia, medio ambiente, experiencias en la adolescencia o estresores en la vida adulta, etc.

Glueck (1950), realiza un estudio de antecedentes entre adolescentes delincuentes y los que no presentan antecedentes criminales encontrando que el rechazo de los padres es uno de los mayores indicadores de conductas criminales así como el tipo de disciplina excesivamente severa o débil e inconsistente. La ausencia de uno de los dos progenitores es otro factor de riesgo, aunque mostró ser de mayor riesgo el conflicto marital que repercute en los hijos (Lander 1954). Finalmente, la convivencia con padres con antecedentes penales o problemas psicológicos demostró ser otro factor de riesgo para la presencia de conductas delictivas; esto debido al probable aprendizaje de hábitos criminales o bien al descuido en el hogar y falta de apoyo económico y emocional por parte del padre (Shaw y Mackay, 1960; Samano 1987).

Clarke (1977) propuso una teoría que pretendía explicar la ocurrencia de actos delictivos. Su argumento consistía en que los sujetos quebrantaban la ley por una disposición de circunstancias más halla de una tendencia generalizada; el ambiente y la educación en los primeros años de vida (rompimiento en el hogar, inconsistencia disciplinaria, padre con antecedentes de conductas criminales), nivel socioeconómico y demográfico, circunstancias actuales de vida (pasatiempos, vagancia, amigos), crisis y acontecimientos (pérdida de empleo, problemas maritales, violencia intrafamiliar, etc.) percepción personal de los problemas, la situación físico medioambiental (índice de criminalidad, patrullaje, etc.); son los factores que plantea como bases en el estudio de la conducta delictiva, la interacción entre la persona y el contexto en el que vive.

Mednick (1987) confirma estos resultados diferenciando el tipo de estructura familiar; el número de arrestos por delincuencia es mayor en jóvenes que provienen de familias con mal funcionamiento en comparación con los que provienen de

familias nucleares estables. Lemert (1972) refiere al contexto temprano en el que se desarrolla el sujeto con su teoría de etiquetar, en la que propone cómo la postura social producía un efecto ascendente en la conducta de un adolescente al que se le prejuizaba como delincuente.

La mayoría de las teorías que trataron de explicar esta conducta coincidieron en que el factor primordial que contribuía a la presencia de la conducta criminal era el estilo de crianza y métodos disciplinarios de los padres y tutores escolares (Gale y Chapman 1990).

Después de la familia, la escuela es la institución social que más influye en la conducta delictiva; Farrington (1979) encontró como variables de riesgo la sobrepoblación del alumnado, el castigo excesivo e inadecuado y la falta de elogios por parte de los profesores. Al respecto, otros estudios comprobaron la relación del comportamiento de los alumnos con condiciones escolares tales como las reglas establecidas en el salón de clase (Reynolds y Murgatroyd, 1977) y la interacción entre el personal de la escuela y el alumnado (Rutter, Maughan, Mortimore, Ouston y Smith 1979).

De esta forma, las deficiencias en las instituciones escolares se convierten en variables de riesgo que promueven el bajo rendimiento escolar y pobres expectativas académicas a futuro, deserción escolar, carentes habilidades de interacción social y desarrollo integral de los niños (Lugo, Villatoro, Medina y Juárez 1996).

Al respecto, han encontrado que la posición económica de la familia, la educación o escolaridad de los padres y ocupación de los padres son factores de riesgo para la presencia de un bajo rendimiento académico (Haddad 1991, Kwong 1983, Muñoz-Izquierdo 1976, Simmons y Leigh 1980, Looker y Pineo 1983). De igual forma, se ha encontrado que los alumnos que presentan tasas de faltas injustificadas generalmente pertenecen a familias de clase social baja con limitaciones económicas y de apoyo socioemocional, así como carentes de interacción familiar positiva (Galloway 1982, Reid 1984).

Carroll (1977) realiza un estudio en el que se relaciona la presencia de actos delictivos con un historial de problemas de conducta escolar. La evidencia de éste estudio marca la presencia de conductas disruptivas tempranas como una variable predictiva para el desarrollo de la delincuencia en la adolescencia y en la edad adulta (Tyreman, 1958; Hersov, 1960, May, 1975).

En otros estudios se ha encontrado relacionado el ausentismo constante e injustificado con la conducta disruptiva en la escuela y pueden considerarse como un factor de riesgo para la presencia de conductas delictivas a largo plazo dada la ausencia de factores protectores y presencia de factores de riesgo, ya sean ambos de tipo social, familiar e individual (Burt, 1925; Senna, Rathus y Siegel, 1974; Carroll, 1977; Tygart 1988).

Tales son las variables de interacción social asociadas con la delincuencia que parecen predominar como causa de la misma. Sin embargo, no podemos descartar la influencia de los factores ambientales, los niveles de delincuencia pueden variar de una ciudad y momento diferentes; la variable más firmemente relacionada con los índices de delincuencia son las áreas de pobreza y baja clase social (Lander, 1954), lo cual se deduce de la falta de recursos para el estudio y oportunidades de desarrollo personal, además de no contar con una base familiar firme que ostente de herramientas para forjarse como una persona productiva cuando la flexibilidad, la escasa supervisión y la inconsistencia disciplinaria son comunes. Esto no significa que la delincuencia sea solo un problema de una clase social; en las clases sociales media y alta se dan otro tipo de crímenes como el fraude y extorsión que también repercuten al sector poblacional pero que la incidencia va más allá de la organización comunitaria y la prevención.

Dentro de los grupos marginados por la diferencia social existe una presión familiar de origen económica y emocional que orilla a que el menor abandone el hogar y/o la escuela por periodos de tiempo prolongados o incluso definitivamente, situación que lo coloca en la compañía de grupos de jóvenes que comparten su

situación y conductas criminales, en los que encuentra una identidad y respaldo que no le fue brindado en el hogar (De la Garza 1977; Leal 1977; Díaz y Valera 1988).

La homeostasis de un grupo social entonces, se encuentra determinada por un conjunto de factores que interactúan y reaccionan a lo que sucede dentro y fuera cada comunidad. Los Problemas Sociales son la consecuencia de un deficiente crecimiento poblacional que repercute directa e indirectamente en todos los individuos, haciendo necesaria la participación de los mismos y de profesionales en salud para mejorar el estilo de vida; protectores conductuales que impulsen el crecimiento individual y masivo de los habitantes de cada ciudad.

Por lo tanto, la familia y la escuela como principales centros de influencia y aprendizaje integral juegan un papel fundamental y dispuesto no solo para el estudio de los factores propiciatorios de los Problemas Sociales, sino para la acción que forje la adquisición de patrones o hábitos positivos que desde la infancia promuevan conductas que favorezcan la adaptación a un medio ambiente positivo o la superación de un contexto negativo, brindándole así, a la prevención la importancia obligada.

Hoy, debe ser prioridad la investigación que vaya más allá de las consecuencias y la búsqueda de soluciones centradas en el individuo; debe encaminarse al complejo social y su desarrollo a través del tiempo y contexto, ya que solo de ésta manera será posible alcanzar la optimización de recursos y la confianza en la efectividad de las estrategias comunitarias en pro del afrontamiento de los Problemas Sociales que afecten a una comunidad.

CAPITULO IV

CAPITULO IV

PROBLEMAS DE CONDUCTA EN LA INFANCIA

El concepto de problemas de conducta es impreciso, pero lo son aún más las taxonomías aplicadas a la conducta del niño. En el transcurso de la historia han existido diversos sistemas de clasificación en el campo de la psicopatología de la niñez, no obstante ninguno de ellos resulta enteramente satisfactorio para todos. Sin embargo, existe una referencia en común con un aire arcaico que evoca la calificación de "buena o mala", según la conducta que los niños obtenían (u obtienen) en su rendimiento escolar (Rutter, 1977; Matus 1989). Esta forma de observación escolar no está muy alejada de los juicios de valor que padres, maestros y sociedad en general realizan acerca de la conducta de los niños.

Sin embargo una clasificación general aprobada por la mayoría de los estudiosos de la niñez es la referida en el DSM-IV, la cual menciona que por conveniencia existe una división entre trastornos infantiles y adultos, debido a que algunos sujetos con trastornos infantiles, no los diagnostican con tal hasta la etapa adulta; o bien algunos trastornos de la infancia son referidos en otros apartados de este manual. Algunos trastornos incluidos en el apartado de inicio de infancia, niñez o adolescencia son: retraso mental, trastornos de aprendizaje, trastornos de habilidades motoras, trastornos de la comunicación, trastornos generalizados del desarrollo, trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, trastornos de ingestión y de la conducta alimentaria, tics, trastornos de la eliminación, otros.

Generalmente las conductas que los padres y maestros reportan de los niños son las de desobediencia y agresividad, por lo cual son las más importantes en cuestión de investigación. En la etapa escolar se observa con más frecuencia alguna de estas situaciones dado que afectan a otros, principalmente las personas que tienen un contacto frecuente con el niño (Achenbach, 1974).

Dado que la conducta de Desobediencia es la que más se reporta, tiene un papel primordial, sin embargo no es sorprendente que los niños mezclen la conducta de agresividad con la de desobediencia. Según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) la Desobediencia o Desorden de conducta desafiante (ODD), se define principalmente por el fracaso a iniciar las conductas requeridas por el adulto, el fracaso para sostener la obediencia a una instrucción hasta que los requisitos de esa instrucción sean cumplidos y el fracaso para seguir enseñanzas previamente en una situación; es decir que él niño no acata las reglas.

Para poder diferenciar la agresión de la desobediencia es necesario explicar que la primera es una acción completamente destructiva y descubierta, mientras que la segunda es una acción no destructiva a pesar de ser igualmente descubierta. En general la única diferencia radica en la destructibilidad.

Es importante intervenir lo más tempranamente posible, para poder prevenir o aminorar las conductas problema y así crear una ventaja importante para padres, maestros e investigadores; por lo cual sería esencial conocer los factores que causan dichas conductas, sin embargo la literatura no reporta factores causales de las conductas de agresión y/o desobediencia; lo que sí ha sido reportado por diversas investigaciones son los factores asociados.

Algunos factores de riesgo asociados al desarrollo de conductas inadecuadas que presentan los niños según Robins (1972), West y Farrington (1973), Herbert (1976), Wilson (1978), Clarke y Mayhew (1980), Conaway y Hansen (1989) y Barragán, Cruz, Fulgencio, Barragán y Ayala (1998), son: la desintegración o el aislamiento de la familia, niveles violentos en los medios de comunicación, densidad de la población infantil, tipo y lugar de vivienda, rechazo de valores morales y religión, desempleo, problemas económicos, tamaño y naturaleza de las escuelas, actitudes perturbadoras por maestros y pares, estrés, maltrato infantil, etc.

Todos estos estudios ilustran la importancia de encontrar el mejor tratamiento para poder evitar o prevenir este tipo de conductas antisociales. Debido a las dificultades que tiene el tratamiento en los adolescentes antisociales –irónicamente es en esta etapa cuando un trastorno de conducta es igual a un acto delictivo–, es crucial trabajar en edades más tempranas como medida de prevención, y así reducir las probabilidades de que se presenten éste tipo de conductas.

Durante mucho tiempo han existido diversos tratamientos para los problemas de conducta, en éste caso infantiles. Debido a la ambigüedad presentada por la mayoría de corrientes del estudio de comportamiento infantil y la falta de datos que comprueben una mejoría, conviene optar por aquella que maneje resultados tangibles (Herbert, 1981). Existen diversas teorías que tienen como médula espinal técnicas conductuales.

El Análisis Experimental de la Conducta y el Análisis Conductual Aplicado (ACA), ofrecen un marco de referencia teórico y práctico para el tratamiento de una vasta gama de desórdenes infantiles. Comprenden una variedad de técnicas cuyo objetivo general consiste en lograr la mejoría sistemática del medio del niño para alentar o desalentar formas particulares de conducta (Herbert, 1983). En el caso del ACA, se afirma que el repertorio de conducta "normal" de una persona es adquirido, mantenido y regulado por sus efectos sobre el ambiente natural, y la retroalimentación que recibe con respecto a estas consecuencias (Gale y Chapman, 1990).

De igual forma se ha puntualizado la importancia de establecer repertorios de habilidades instruccionales en los padres, como una estrategia fundamental para incidir en la reducción o eliminación del comportamiento agresivo y antisocial en los niños (Forehand, Wells y Griest, 1980). Por lo tanto, los padres resultan ser un factor fundamental en el mantenimiento de estos repertorios por medio de la existencia o no de habilidades de supervisión y disciplina (Ayala, Téllez y Gutiérrez, 1994).

Sin un tratamiento adecuado los niños se verán inmersos en una serie de conductas inadecuadas, las cuales van a ser causa de constantes discusiones entre la familia, padres, comunidad y sociedad en general.

Algunas de las consecuencias pueden presentarse inmediatamente, mientras que otras pueden aparecer a largo plazo; sin embargo todas conllevan una carga en el individuo difícil de erradicar.

Mayer y Sulzer-Azaroff (1991) encontraron que el castigar sin fundamento a los alumnos que presentan problemas de conducta, esta asociado con el incremento de la agresión, vandalismo, robo, faltas y llegadas tarde a la escuela. Estos problemas realizados consecutivamente y durante mucho tiempo provocan el rechazo de la sociedad hacia el individuo.

De igual forma Kazdin (1987) encontró que los niños que muestran problemas de ajuste en el salón de clase, tanto a nivel social como académico, son niños socialmente agresivos y en la mayoría de los casos son rechazados por sus mismos compañeros de clase. Según el estudio de Santoyo, Espinosa y Maciel (1996), demuestra que el predictor más eficaz de problemáticas futuras socialmente inadecuadas (agresividad excesiva, aislamiento social, etc.), es la ocurrencia de interacciones agresivas en el pasado.

En este sentido Lutzker, Wesch y Rice (1984) confirman que el desempleo, estrés, nivel socioeconómico, problemas maritales, etc., son factores de riesgo para que el maltrato infantil se presente, este a su vez traerá como consecuencia de largo plazo que el niño ante las situaciones de interacción agresiva presente en el futuro el mismo patrón conductual (Eron, 1987).

Patterson, Reid y Jones (1989), señalan que la desobediencia en los niños tiene como consecuencia que al pasar de los años se vuelvan delincuentes. Esto fue confirmado por el estudio realizado por Cairns y Cairns (1990). Ante esta situación los

principales encargados de resolverla son primordialmente los padres; sin embargo los pares y maestros constituyen una fuente de apoyo crucial en la prevención de esta conducta delictiva.

Es en el campo de la disciplina donde muchos padres experimentan verdaderas dificultades, constituyendo un motivo de ansiedad, contradicción y confusión de ideas en el conjunto de la sociedad. Otro campo que causa ansiedad en lo referente a disciplina es la escuela, ya que es el segundo lugar más importante para la formación y adquisición de conductas y habilidades necesarias de interacción con los demás (Dowling y Osborne, 1996).

La escuela continúa, integra y amplía la obra educativa de los padres. Después de la familia, la escuela es la que ejerce la mayor influencia en la transmisión de los valores, de la cultura y de las tradiciones sociales (Di Georgi, 1988).

Los maestros, a lo largo de la historia han aplicado principios conductuales en las escuelas, de modo formal e informal. Los niños reciben recompensas en forma de elogios o de una estrellita por parte de sus profesores cuando han hecho "bien" alguna tarea o se han portado "bien"; sin embargo, no todos los maestros llevan a cabo este tipo de principios, viéndose reflejado en las conductas inadecuadas de sus alumnos (Campion, 1987).

El crear el ambiente propicio para que los mismos profesores expresen sus ideas e inquietudes, es crucial para el buen desempeño de sus labores. En esta época de cambios constantes en la educación y las crecientes demandas para que los profesores se adapten a este cambio, se crea la necesidad de establecer foros de discusión en la misma escuela, los cuales proporcionan oportunidades para comparar la manera de tratar muchos de los problemas que surgen en el aula, que los miembros aprendan unos de otros y para que agudicen su capacidad de observación y erradiquen los estereotipos de los niños (Dowling y Osborne, 1996).

De igual forma el recibir ayuda por parte de supervisores capacitados que faciliten las labores del docente y atiendan particularmente las necesidades de éste, generara mejores resultados. Lo anterior puede verse ejemplificado con la investigación realizada por Polanco-Bueno (1994) quien llevo a cabo dos estudios en los cuales se observa la necesidad de apoyar a los maestros en cuanto a su desempeño dentro del aula escolar mediante observaciones y retroalimentación por parte de supervisores o facilitadores capacitados, viéndose reflejado en las opiniones que los alumnos describen del desempeño del profesor, así como de sus calificaciones obtenidas durante el ciclo escolar.

En cuanto a los alumnos, el ingreso en la escuela marca una nueva fase en su desarrollo. La edad aproximada en la que los niños entran a la escuela es a los seis años (entendiéndola como centro de enseñanza primaria), y es en esta edad cuando el niño tiende a obedecer las normas sencillamente, ya que las perciben como absolutas e incuestionables; sin embargo, esto va desapareciendo conforme va creciendo (Herbert, 1983).

El trabajar con niños en edad escolar (principalmente nivel primaria), es crucial para la prevención de problemáticas futuras de índole social, judicial, familiar, etc., como lo demuestran diversas investigaciones.

Han surgido muchas controversias y críticas respecto a las formas, principios y objetivos de evaluación de los problemas de conducta en escenarios educativos. Se ha encontrado que las preocupaciones principales se refieren al personal que evalúa, a las habilidades que muestran para clasificarlas y a las técnicas utilizadas durante el tratamiento (Wallace y Larsen, 1978).

En cuanto al personal, en este caso los maestros y sus estilos de enseñanza Bennett (1976), Fransson (1977) y Wade (1981) mencionan que un ambiente de poca tensión y el que los profesores empleen órdenes firmes pero tranquilas favorece el desempeño de los estudiantes, principalmente a nivel primaria.

Una de las conductas mayormente estudiadas en el ámbito escolar es la agresividad de los alumnos. Ruhl (1985) obtuvo las 14 principales estrategias que 178 profesores de educación especial utilizaron como método preventivo. Las estrategias más comunes fueron en orden de mayor a menor: tiempo fuera, castigos, ejercicio físico, expulsión, contratos y establecimiento de reglas.

Un estudio similar realizado por Zabel (1986), indica que el uso del tiempo fuera es la mejor estrategia para controlar problemas de conducta en la escuela, principalmente agresión. Su utilización se acrecenta con maestros jóvenes y cuando se tiene una población escolar infantil.

Sin embargo Rutter (1977) encontró que las estrategias efectivas utilizadas en las escuelas por el personal docente son: la retroalimentación y el elogio; mientras que el castigo mostraba muy poca efectividad.

De igual forma, al pasar de los años Yell (1990) señala que el uso de castigos, tiempo fuera, expulsiones y suspensiones como métodos de control de problemas de conducta en escuelas de Estados Unidos, se han visto significativamente reducidos debido a la carga legal que conlleva su práctica.

El encontrar la mejor estrategia para reducir y/o eliminar los problemas de conducta ha sido exhaustiva, sin embargo en la actualidad algunos profesores han recurrido a la interacción más directa con sus alumnos como lo demuestra la investigación de Lewis, Sugai y Colvin (1998); ellos mencionan la importancia de que los alumnos entiendan las instrucciones mediante una intervención directa, mostrando en los resultados un decremento en el nivel de problemas de conducta.

No obstante las preguntas que surgen en este momento son: ¿Cómo decidieron los investigadores qué conductas habrá que decrementar por ser problemáticas? y

¿Cómo no caer en el error de etiquetar a los alumnos por lo que los maestros y/o alumnos dicen de él?

Para evitar cualquier tipo de juicio de valor, etiquetas o evaluaciones por parte de profesores y alumnos, es necesario realizar observaciones y descripciones de las conductas presentes en el salón de clases; esto queda demostrado por el estudio realizado por Niño (1990), el cual describe el tipo de problemas que presentan con mayor frecuencia los niños de educación primaria por medio del adiestramiento a los maestros para que discriminaran problemas de los que no los son, dicho adiestramiento fue mediante observación e incluyó la obtención y adecuación de instrumentos que detectaran y evaluaran los problemas. En los resultados se observó que la mayoría de problemas reportados para los niños de 1º, 3º y 6º fueron conductuales (mal comportamiento, desobediencia, agresividad), académicos (lecto-escritura), lenguaje (tartamudeo) y emocionales; Para los tres últimos problemas no hubo ningún problema para encontrar algún instrumento que los evaluara, sin embargo, para valorar el aspecto conductual, que fue uno de los problemas que se presentó con mayor frecuencia, hizo falta la utilización de algún instrumento que ofreciera información objetiva y sistemática al respecto.

En este sentido Chaparro (1996) demuestra la importancia de la observación como método objetivo para realizar instrumentos e intervenciones con niños y problemas de conducta. En su investigación determinó la sensibilidad de cuatro diferentes sistemas de observación con el fin de detectar las diferencias en los estilos de interacción madre-hijo en díadas con antecedentes de problemas de conducta y sin ellos. Los resultados muestran que los cuatro sistemas de observación cuentan con un índice de confiabilidad aceptable, sin embargo al descomponerse la confiabilidad en ocurrencia y no ocurrencia disminuye drásticamente en la primera, esto se debió a la existencia de algunas fallas en el proceso de observación. De igual forma esta investigación es importante por las recomendaciones de la autora para mejorar la certeza de los resultados en futuros estudios: tomar en cuenta únicamente las observaciones que obtengan una confiabilidad de 80%, realizar un exhaustivo

entrenamiento con los observadores, tamaño de la muestra grande y definiciones operacionales claras de las categorías de observación.

Es importante tomar en cuenta las recomendaciones que anteriores investigadores han reportado, ya que eso ayudará y guiará a que dichos estudios sean más efectivos. Como se ha visto la mayoría de los estudios realizados en escuelas están encaminados en términos de los resultados que el alumno obtenga, sin embargo un actor importante en las instituciones de educación es el maestro, ¿por qué no basarse en algún instrumento que mida los resultados que él obtenga durante la intervención?

Hasta aquí se ha visto que el niño va a estar inmerso en dos grandes sistemas: el hogar y la escuela, por lo que un punto importante en cuanto a la intervención en el área escolar es que el niño al pasar gran parte de su día en la escuela, será crucial que los maestros aprendan a controlar a los alumnos, con el fin de elevar su nivel académico y como consecuencia evitar dificultades con los padres de familia.

Diversas investigaciones han puntualizado la importancia de encontrar la mejor forma de lograrlo, sin embargo la falta de interés por este tipo de estudios, la poca disponibilidad de los propios maestros y el delegar responsabilidades que no le corresponden a los investigadores (en este caso al psicólogo), hacen de esto una tarea épica.

De acuerdo con lo anterior, se desprenden los siguientes objetivos: reconocer y describir las características de la comunidad y los problemas mayormente percibidos por los pobladores de ésta; identificar los factores de riesgo en sus estilos de vida (hábitos alimenticios, utilización del tiempo libre y expresividad) y en las formas de consumo de sustancias (alcohol, tabaco y drogas) como base para planear una intervención adecuada, la cual consistió en la reducción de las conductas inadecuadas en el aula escolar por medio de la adquisición de habilidades en el manejo de problemas de conducta por parte de los maestros.

ESTUDIO UNO

ESTUDIO I

DIAGNÓSTICO COMUNITARIO

Una intervención comunitaria en el área de salud requiere del reconocimiento de las necesidades que la comunidad percibe sobre la situación en la que se encuentra, cómo y qué riesgos a la salud identifican y la cultura de salud con la que cuentan; de esta forma los programas y proyectos que se implementen aprovecharán los recursos existentes, de tal forma que el plan de trabajo tenga un mayor impacto propiciando que la población se encuentre con una mayor disposición a colaborar con el investigador.

La herramienta que permite alcanzar tal objetivo con una mayor confiabilidad es el Diagnóstico Comunitario en Salud Comunitaria, el cual se constituye de pruebas que permiten el estudio integral de las carencias orientadas hacia la Salud Pública que se perciben dentro de un grupo social.

El Diagnóstico en Salud Comunitaria es una estrategia de investigación con una metodología que permite enfocar la realidad de un grupo de personas que comparten cultura, geografía y recursos institucionales; características que los sitúan en la posibilidad de estudiar la interacción con su contexto en beneficio de su condición de vida.

El Diagnóstico Comunitario consta de cuatro etapas para su estudio, momento descriptivo, el explicativo o analítico, el momento de pronóstico y el momento evaluativo (Hernández e Immer, 1997).

A nivel descriptivo se determina la ocurrencia o distribución de enfermedades u otros indicadores de salud; a nivel analítico es posible analizar y medir asociaciones entre distintas variables para que sea posible identificar asociaciones de tipo causa

efecto, factores de riesgo, grupos o individuos que son víctimas potenciales y por último identificar síndromes comunitarios (Abramson, 1990).

El Diagnóstico Comunitario esta estructurado por un conjunto de evaluaciones que permiten analizar y combinar los datos de la comunidad estudiada, mismas que van a depender del objetivo de la investigación.

Para lograr ésta meta existen instituciones que pueden ser fuentes de información muy útiles, tal es el caso del INEGI o los bancos de datos de la propia Delegación (bibliotecas, hemerotecas, etc.) en la que se trabaja, donde se pueden encontrar los antecedentes de la comunidad y la historia del origen de ésta; además de datos sobre la demográfica y estadísticas vitales de la población, densidad, nacimientos, defunciones, sexo y edad, resultados obtenidos en Censos de población, etc. Los Centros de salud o de servicios sanitarios pueden aportar documentación sobre pacientes tratados en dispensarios, hospitales y sanatorios; resultados de investigaciones especiales sobre la salud de la población, incidencia y prevalencia de diversas enfermedades en zonas o grupos de población seleccionados. El conocimiento y acercamiento del investigador hacia la comunidad y la gente que la conforma le brindarán una mayor capacidad de juicio en el momento de definir el tipo de intervención y los puntos clave de la estructura que la mantiene (San Martín y Pastor, 1988).

De la consulta en las fuentes de información antes mencionadas, se obtuvieron los resultados que se muestran a continuación: con la ayuda de la Delegación de Coyoacán se recabaron los antecedentes de la comunidad (estudio descriptivo); posteriormente se observan las gráficas sociodemográficas y de recursos con los que cuentan las colonias Huayamilpas y Adolfo Ruiz Cortínez investigadas en el SCINCEC actualizadas hasta el año 1995, y finalmente se muestran los datos obtenidos por medio del Cuestionario de Evaluación Diagnóstica aplicado por investigadores inscritos en el programa de Internado de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Estudio descriptivo sobre la situación social de los Pedregales en Coyoacán.

Las comunidades de los Pedregales de Coyoacán conviven en un territorio urbano dentro del cual comparten bienes y servicios (recursos comerciales, sanitarios, recreativos y de vivienda) para su desarrollo social, mismos que se distribuyen de acuerdo a la homogeneidad de la zona.

La zona que hoy se conoce como los Pedregales de Coyoacán, estuvo poblada por los Tepanecas (tributarios de los aztecas), desde antes de la llegada de los españoles. Durante la colonia esta zona estaba constituida por cuatro pueblos: Los Reyes, La Candelaria, San Pablo Tepetlapa y Santa Ursula Coapa. A pesar de la influencia religiosa de la conquista mantuvieron sus costumbres en la actividad agrícola y en la explotación de recursos naturales.

En la época del México Independiente se expropiaron las tierras a la Iglesia formando la Hacienda de Coapa, pasando a manos de particulares quienes al no ocuparlas permitieron que sus pobladores las ocuparan para vivir.

Con el paso del tiempo esta zona comenzó a ser reclamada por inversionistas quienes se encargaron de la compra de tierras y construcción de edificaciones, situación que resultó problemática para los pobladores de bajo salario que las habitaban, ya que les fue prácticamente imposible pagar por una vivienda.

Estas personas se convirtieron en lo que se conoce como paracaidistas, concentrándose en las zonas céntricas de las tierras, orillados por la expropiación de los linderos del Pedregal; por esto es notable la diferencia entre zonas residenciales e industriales, y las comunidades de bajos recursos.

Dentro de este espacio geográfico se edificaron colonias pequeñas como El Rosario, San Pablo Tepetlapa, El Reloj y Santa Ursula; mientras que en las zonas más alejadas de las vías de comunicación y servicios urbanos se vivió un largo proceso de

invasión de nuevos pobladores de donde surge la colonia Ruíz Cortines y la Nueva Díaz Ordaz.

Años más tarde, los colonos lograron la regularización de los terrenos por medio de pagos por servicios e impuestos. En base a éste panorama se puede observar que la gente que integra estas comunidades cuenta con un espíritu de lucha el cual les ha ayudado a adaptarse a través de las diferentes situaciones a lo largo de su historia, son comunidades con carencias en sus recursos dispuestas a trabajar para lograr sus objetivos siendo capaces de consolidar nuevas colonias con bienes y servicios básicos.

De acuerdo a una investigación documental realizada en el INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática) por medio del SCINCEC (Sistema para la Consulta de Información Censal por Colonias) se encontraron datos actualizados hasta el año de 1995 que permiten estudiar referencias demográficas de las Colonias Huayamilpas y Adolfo Ruíz Cortínez. A continuación se presentan los datos más relevantes al respecto de dicha investigación; información sociodemográfica, porcentajes de alfabetización y servicios sanitarios, con el objetivo de tener un perfil más acertado del contexto dentro del cual se realizó la intervención.

Colonia Huayamilpas

La colonia Huayamilpas cuenta con una población total de 6109 habitantes, cuya distribución por género se puede observar en la Figura 1.1, con un 51% de mujeres y un 49% de hombres.

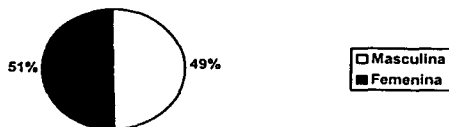


Figura 1.1 Distribución por género

En la Figura 1.2 se observa la distribución por rango de edades, donde se puede ver que el rango de 30 años o más abarca el 37% de la muestra, mientras que el rango de 0 a 4 años presenta un porcentaje del 10%.

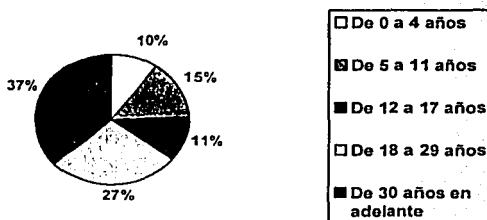


Figura 1.2 Edad por rangos

En la figura 1.3 se observa la distribución de la población que sabe leer y escribir, distribuidas por edad y género. Hombres y mujeres de 15 años o más ocupan el mayor porcentaje de la muestra con un 39% y 42% respectivamente.

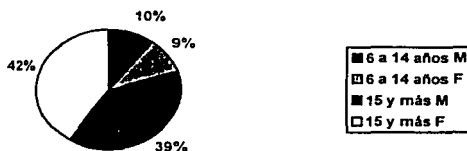


Figura 1.3 Distribución de la población alfabeta

En el ámbito de vivienda se reporta un total de 1355 viviendas habitadas, con un promedio de 4.5 habitantes por cada una, las cuales cuentan con los servicios de aguas residuales (Figura 1.4) y servicio de agua potable (Figura 1.5).

En la Figura 1.4 se muestra la distribución de los servicios de drenaje donde se observa que aún existe un 22% de la población que no cuenta con las instalaciones para deshacerse del agua residual.

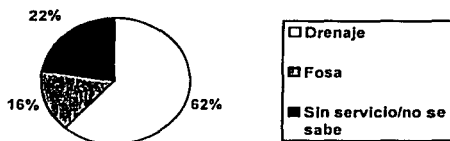


Figura 1.4 Distribución del manejo de Aguas Residuales

En la Figura 1.5 se observa la existencia de un alto porcentaje de viviendas que cuentan con su propia toma de agua (66%), mientras que un porcentaje importante de hogares (34%) comparten la misma toma de agua.

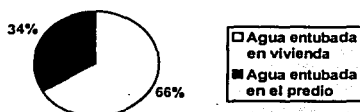


Figura 1.5 Distribución del Servicio de agua potable

Colonia Adolfo Ruíz Cortínez

Según indican los registros de 1995, cuenta con una población total de 15324 habitantes. En la Figura 1.6 se observa la proporción por género con un porcentaje de hombres (49%) y mujeres (51%) que componen la comunidad.

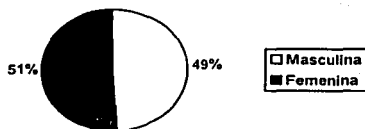


Figura 1.6 Distribución por género

En la Figura 1.7 se muestra la distribución por edad encontrando que un 41% de la muestra cae dentro del rango de los 30 años en adelante.

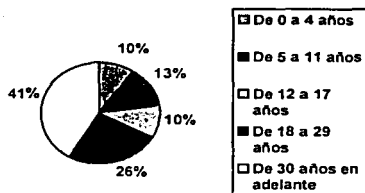


Figura 1.7 Distribución por edades

La Figura 1.8 muestra los porcentajes en género y edad de las personas que saben leer y escribir, correspondiendo el mayor porcentaje a hombres (40%) y mujeres (43%) mayores de 15 años.

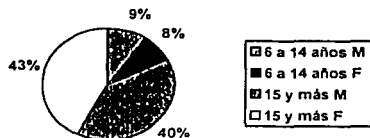


Figura 1.8 Distribución de la población alfabeta

La Colonia cuenta con un total de 3631 viviendas, con un promedio de 4.2 ocupantes, las cuales cuentan con un servicio de sistema de manejo de las aguas residuales y servicio de agua potable. En la Figura 1.9 se observa el porcentaje de viviendas que cuentan con sistema de drenaje (85%) y de las que cuentan con fosa séptica (15%).

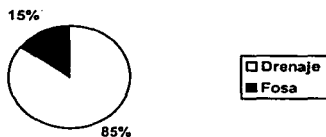


Figura 1.9 Distribución de manejo de aguas residuales

En la Figura 1.10 se muestra la distribución de los servicios de agua potable con los que cuenta la población, el 66% de las viviendas cuentan con su propia toma de agua

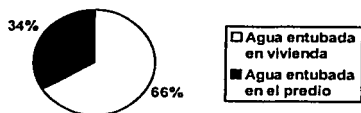


Figura 1.10 Distribución del servicio de agua potable

Aplicación Cuestionario de Evaluación Diagnóstica

MÉTODO

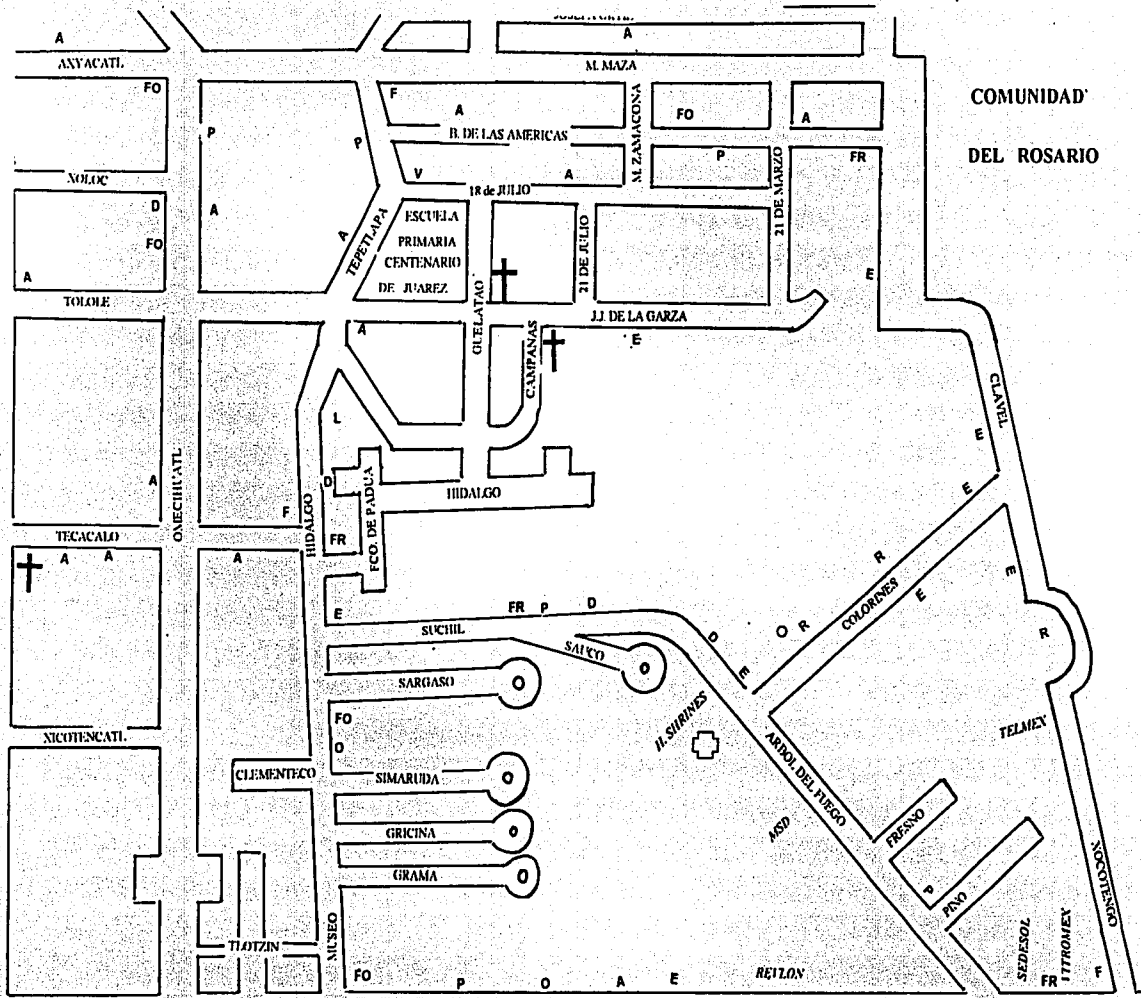
Sujetos

Participaron 52 miembros pertenecientes a la comunidad, 36 del sexo femenino y 16 del sexo masculino, distribuidos en maestros, padres de familia y estudiantes cuyas edades oscilan entre los 17 y 49 años de edad. Fue una muestra no probabilística por selección.

Escenario

La aplicación del cuestionario se llevó a cabo en la comunidad de El Rosario ubicada en la Delegación Coyoacán, mediante dos estrategias: casa por casa y en la escuela primaria "Centenario de Juárez" dentro del aula de usos múltiples de $8 \times 10 \text{ m}^2$., acondicionada con 20 pupitres, 1 escritorio, 1 pizarrón, 1 armario, luz eléctrica y ventilación.

En la figura 1.11 se observa el mapa del lugar de aplicación del Cuestionario, identificándose los principales bienes y servicios con los que cuentan la comunidad. *Simbología (Ver Anexo 1).



DIV. DEL NORTE

COMUNIDAD
DEL ROSARIO

Figura 1.11 Mapa de la Comunidad

Materiales

- Lápices
- Gomas

Instrumentos

El instrumento que se empleo fue el Cuestionario de Evaluación Diagnóstica, diseñado a partir de una serie de investigaciones realizadas en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (Ver anexo 2).

Es un cuestionario de lápiz y papel, consta de 153 reactivos que miden 7 áreas principales:

Nivel Socioeconómico el cual cuenta con 16 reactivos que van del 1 al 16 los cuales extraen los datos personales, bienes y servicios con los que cuenta la persona de la comunidad; Área de Salud y Vida cotidiana "HDL" (Moos, 1984) la cual esta dividida de la siguiente manera: (CM) Condiciones Médicas, (SF) Síntomas Físicos y (HD) Humor Depresivo, los cuales cuentan con 32 reactivos que van del 17 al 48 y miden principalmente el grado de salud que presenta la persona de la comunidad, (AC) Autoconfianza la cual cuenta con 11 reactivos que van del 49 al 59, (ACG) Afrontamiento Cognitivo, (ACD) Afrontamiento Conductual Activo, y (AE) Afrontamiento de Evitación los cuales cuentan con 32 reactivos que van del 60 al 91 y miden principalmente el tipo de enfrentamiento a los problemas que lleva a cabo el individuo miembro de la comunidad, (RS) Redes Sociales cuenta con 2 reactivos que son el 92 y 93, los cuales miden el nivel de apoyo social percibido por la persona de la comunidad, (AN) Ambiente Negativo en el hogar cuenta con 6 reactivos que van del 94 al 99, miden el grado de negatividad percibida en el hogar por parte del individuo miembro de la comunidad; la siguiente área mide las Formas de Consumo (Ayala, H. y Morales, S. 1999) la cual cuenta con 34 reactivos que van del 100 al 133 los cuales miden el grado

de consumo del alcohol, tabaco y drogas en el individuo de la comunidad así como en su pareja y algún familiar; el área de Hábitos Alimenticios (Castro y Millé, 1998) cuenta con 8 reactivos que van del 134 al 141; el área que mide el Uso del Tiempo Libre (Castro y Millé, 1998) cuenta con 7 reactivos que van del 142 al 148; finalmente el área de Expresividad (Castro y Millé, 1998) cuenta con 4 reactivos que van del 149 al 153 y mide el nivel de comunicación con los demás.

Procedimiento

El instrumento tuvo dos formas de aplicación, individual y grupal.

Para la aplicación individual se elegía una casa ubicada dentro de las colonias antes mencionadas, se tocaba a la puerta y se les pedía de favor si podían contestar el cuestionario. Cuando algún miembro de la familia accedía a contestarlo se le proporcionó un cuestionario y un lápiz, se le pidió esperar a que se le leyeran las instrucciones antes de comenzar a responderlo. Posteriormente el aplicador leía las instrucciones en voz alta y finalizaba diciéndole al miembro de la comunidad que cualquier duda que le surgiera en el momento el aplicador la resolvería.

En las aplicaciones grupales, los participantes se encontraban reunidos en el aula de usos múltiples por lo que se les proporcionó a cada uno un cuestionario y un lápiz; al mismo tiempo otro aplicador les daba una breve introducción y presentación a los participantes. Posteriormente se les pidió que no empezaran hasta haber terminado de leerles en voz alta las instrucciones, finalmente se les mencionó que cualquier duda que tuvieran se les resolvería personalmente.

Al terminar de contestar el cuestionario (individual y grupal), se les recogió y se les agradeció el haber colaborado en esta investigación.

Análisis estadístico

Para cada una de las escalas que contiene el Cuestionario de Evaluación Diagnóstica se realizó un análisis estadístico.

En el caso del nivel socio económico se utilizaron análisis de frecuencias: medias, medianas, modas. En las escalas de Salud y Vida cotidiana, Redes Sociales, Formas de Consumo, Hábitos Alimenticios, Tiempo Libre y Expresividad se utilizaron análisis de frecuencias y medias. Para obtener diferencias entre distintas categorías fue necesario correr pruebas t de Student. Adicionalmente se obtuvieron correlaciones de Spearman y en los casos donde fue necesario se corrieron regresiones lineales simples en busca de predictibilidad entre variables.

RESULTADOS

A continuación se presentan las gráficas de los resultados obtenidos en cada una de las áreas contenidas en el Cuestionario de Evaluación Diagnóstica. En primer lugar se muestran los resultados de los datos sociodemográficos y socioeconómicos incluyendo la distribución de los principales problemas sociales que percibe la gente de la comunidad; posteriormente se observan las gráficas de la escala de Salud y Vida cotidiana así como las gráficas de las variables que están relacionadas y son predictoras entre sí. La siguiente sección muestra las gráficas de las Formas de Consumo de cigarro, alcohol y drogas presentes en la comunidad y finalmente se observan las gráficas de las últimas tres escalas del instrumento: Hábitos alimenticios, Uso del tiempo libre y Expresividad en cuanto al nivel de factores de riesgo que presenta la comunidad, se incluyen las gráficas de las variables que se relacionan y predicen entre sí.

Datos Sociodemográficos y Socioeconómicos

En la figura 1.12 se presenta la distribución por género de los sujetos que contestaron el cuestionario, en la que se observa un mayor porcentaje de mujeres (69%) que de hombres (31%).

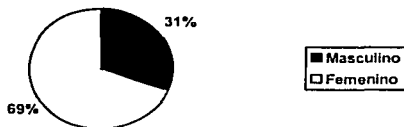


Figura 1.12 Porcentaje por género de la población

La figura 1.13 muestra la distribución en cuanto al estado civil de los miembros de la comunidad que contestaron el cuestionario, se observa que lo que más se presenta son los solteros (48%), seguidos por los casados (33%); mientras que lo que menos se presenta son los separados (2%) y divorciados (2%).

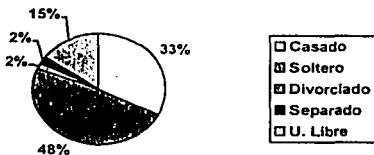


Figura 1.13 Porcentaje del estado civil de la población

En la Figura 1.14 se observa el grado de escolaridad que presentan los miembros de la comunidad que contestaron el instrumento, el porcentaje más alto corresponde al nivel de bachillerato (41%); mientras que el nivel de primaria (2%) y sin estudios (2%) presentan los porcentajes más bajos.

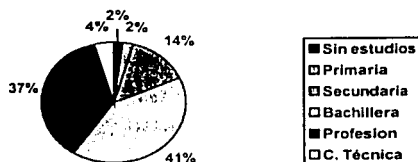


Figura 1.14 Porcentaje del grado escolar de la población

La Figura 1.15 muestra la ocupación que los sujetos reportaron en el instrumento, se observa que el porcentaje más elevado son estudiantes (41%) o empleados (38%); mientras que los que se dedican al comercio (4%) y al hogar (17%) representan el porcentaje menos elevado.

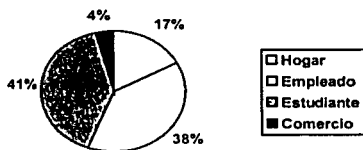


Figura 1.15 Porcentaje del tipo de ocupación de la población

Otra variable importante para el investigador es el conocimiento de los principales problemas percibidos como graves dentro de la comunidad.

En la figura 1.16 se observa la distribución de los principales problemas que los miembros de la comunidad perciben como problemáticos para ellos, para sus familias y para la comunidad en general. Resaltan los problemas de Embarazo adolescente (48%), Drogadicción (46%), Alcoholismo (40%), Pandillerismo (37%) y el Maltrato infantil (32%), los cuales indican por dónde comenzar a actuar; mientras que el Secuestro (2%), Violación (6%), Fraude (6%), Homicidio (8%) y Prostitución (8%) son los problemas con menor porcentaje indicando así la baja percepción problemática de los miembros de la comunidad.

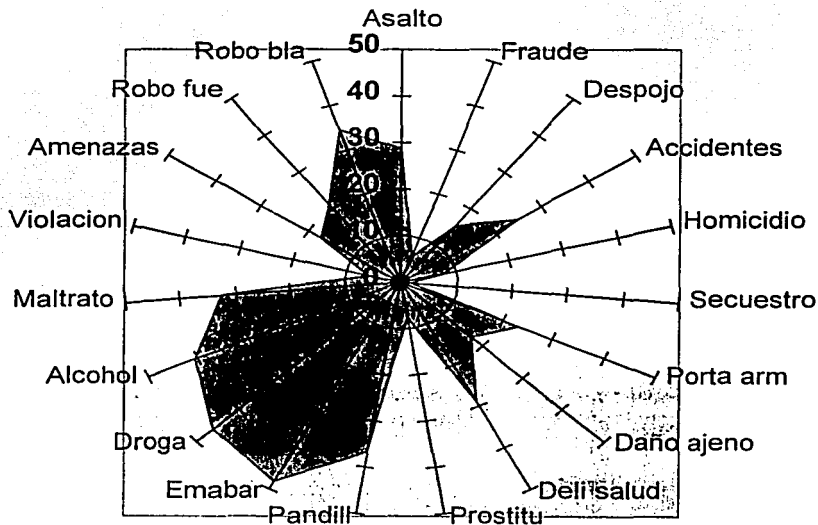


Figura 1.16 Problemas reportados por la comunidad

Escala de Salud y Vida Cotidiana

Esta escala permite un sondeo específico acerca de las condiciones de salud de las personas y eventos de la vida cotidiana, ya sean positivos o negativos, además reporta la manera de resolución y afrontamiento ante dichos problemas.

En la figura 1.17 se muestra la comparación de los resultados obtenidos por la comunidad y los resultados de la norma comparativa. Destaca un número de Síntomas Físicos (SF) por encima de la norma y un número de Redes Sociales (RS) considerablemente por debajo de la norma.

HDL COMUNIDAD

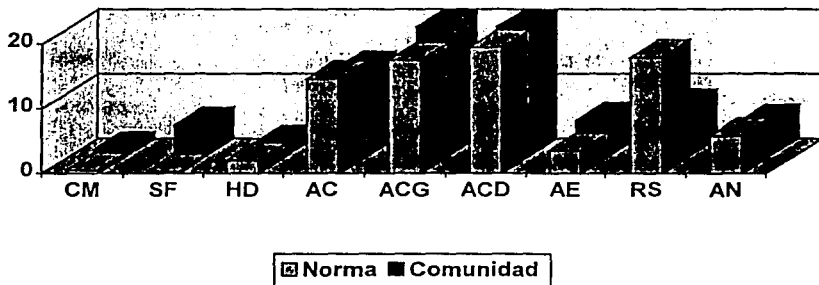


Figura 1.17 Comparación entre la comunidad y la norma comparativa en la Escala de Salud y Vida Cotidiana

Mediante la prueba t se obtuvieron diferencias entre las variables de la escala de Salud y Vida cotidiana y la variable género, mostrándose a continuación.

La figura 1.18 muestra la comparación de los resultados obtenidos entre hombres y mujeres miembros de la comunidad en la Escala de Salud y Vida Cotidiana. Resaltando que las mujeres presentan un índice de Afrontamiento de Evitación (AE) por arriba del de los hombres, mientras que los hombres presentan un índice mayor de Redes Sociales (RS) que las mujeres.

HDL COMPARACION

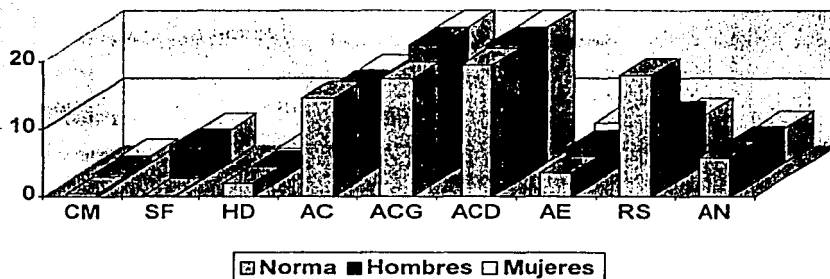


Figura 1.18 Comparación por género en la Escala de Salud y Vida Cotidiana

Con el fin de encontrar otras diferencias en las distintas variables, se corrió una prueba t realizada de manera independiente entre cada factor de la escala de Salud y Vida Cotidiana con su respectiva variable (Sexo, Edad, Estado Civil, Escolaridad, etc.), resultando significativa únicamente la escala de Redes Sociales correlacionada independientemente con las variables Estado Civil y Escolaridad.

En cuanto al área de Redes Sociales (RS) y la variable Estado Civil se encontraron diferencias significativas entre las personas solteras las cuales perciben mayor apoyo social que las que viven en Unión Libre ($t = 2.23$; $\alpha = .034$); sucede lo mismo con Redes Sociales (RS) y la variable escolaridad, mostrando diferencias significativas ($t = 2.45$; $\alpha = .040$), ya que las personas que reportaron un nivel de

escolaridad de bachillerato cuentan con un mayor número de redes sociales que los que cuentan con un nivel de secundaria.

Posteriormente se corrió un análisis de correlaciones de Spearman con el objetivo de encontrar cuáles variables de la Escala de Salud y Vida Cotidiana están relacionados positivamente o negativamente.

En la Tabla 1.2 se observan los factores de la Escala de Salud y Vida Cotidiana que se encuentran correlacionados, lo que indica que los resultados están relacionados de forma tal que el nivel o la presencia de uno afecta el nivel del otro.

		CM	SF	HD	AC	ACG	ACD	AE	RS	AN
CM	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N									
SF	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N			.488 .000 52	-.329 .021 49			.332 .016 52		.307 .027 52
HD	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N							.403 .003 52		
AC	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N						.351 .015 48	-.291 .043 49	.445 .002 46	-.345 .015 49
ACG	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N						.622 .000 49			
ACD	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N							.455 .001 48		-.342 .014 51
AE	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N									.340 .014 52
RS	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N									-.325 .022 49
AN	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N									

Tabla 1.2 Análisis de Correlaciones

Como se puede observar las correlaciones se limitan a mostrar cuáles factores se relacionan; sin embargo es importante encontrar el nivel de predictibilidad en estas. En busca de encontrar estas relaciones de causalidad se corrieron pruebas de regresión.

En la Figura 1.19 se observa que la Autoconfianza (AC) es un predictor confiable del nivel de Síntomas Físicos (SF) con los siguientes datos estadísticos $t = -2.46$, $p = .017$ y $r = .338$.

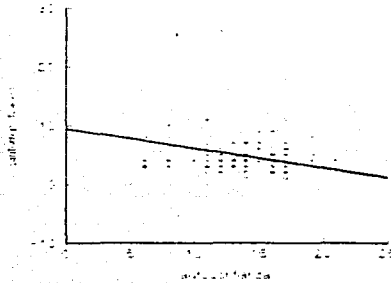


Figura 1.19 AC predice SF

La Figura 1.20 indica que el Ambiente Negativo en el Hogar (AN) predice el nivel de Síntomas Físicos (SF) cuyos datos estadísticos son $t = 2.41$, $p = .019$ y $r = .324$.

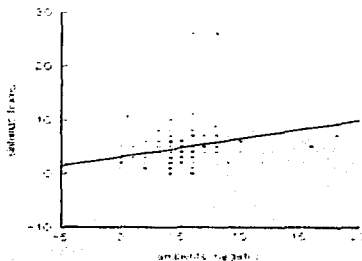


Figura 1.20 AN predice SF

En la Figura 1.21 se observa que el Afrontamiento de Evitación (AE) predice el nivel de Humor Depresivo (HD) con los siguientes datos estadísticos $t = 3.71$, $p = .001$ y $r = .465$.

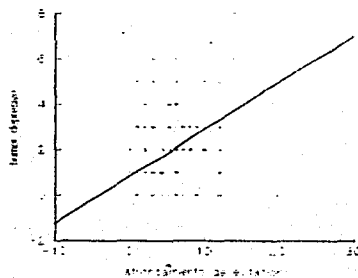


Figura 1.21 AE predice HD

En la figura 1.22 se aprecia que el número de Redes Sociales (RS) predicen el nivel de Autoconfianza (AC) cuyos datos estadísticos son $t = 2.82$, $p = .007$ y $r = .391$.

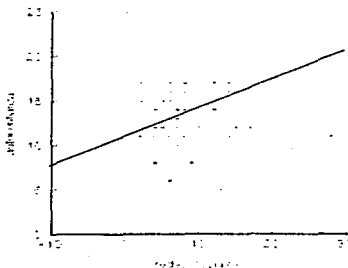


Figura 1.22 RS predice AC

Formas de consumo

Esta parte del Cuestionario Diagnóstico se refiere a formas de consumo de las personas, qué tanto usan el alcohol, tabaco y/o drogas en su vida cotidiana; así como el conocimiento (si lo tienen) de las formas de consumo de su pareja o algún otro miembro de la familia. Esta sección mide la incidencia y prevalencia que reportan las personas respecto a la manera en que hacen uso de sustancias.

Alcohol

La Figura 1.23 muestra la proporción de los participantes que han consumido alcohol durante el último año, así como la proporción de consumo de su pareja o algún familiar en caso de conocerla. Encontrando que el reporte más elevado de consumo de

alcohol lo tiene la pareja de los miembros de la comunidad que contestaron el cuestionario.



Figura 1.23 Consumo de alcohol durante los últimos doce meses

En la Figura 1.24 se observa la frecuencia de personas que han consumido alcohol durante el último mes; así como la proporción de consumo de esta sustancia en la pareja y algún familiar en caso de conocerla, encontrando que el reporte más elevado lo presenta la pareja de los miembros de la comunidad que contestaron el cuestionario.



Figura 1.24 Consumo de alcohol durante el último mes

La Figura 1.25 muestra los principales problemas sociales que las personas reportaron haber pasado por consumir alcohol. La barra más elevada pertenece a las personas que reportan nunca haber pasado por alguna de estas situaciones.



Figura 1.25 Problemas sociales por consumir alcohol

Fumar

El tabaco como el alcohol son una de las drogas legales más consumidas y aceptadas por las personas a pesar del conocimiento que tienen acerca de los daños a la salud que estas ocasionan.

En la Figura 1.26 se muestra el porcentaje de miembros de la comunidad (que contestaron el cuestionario) que ha fumado durante el último año. De igual forma se observa la incidencia de consumo de esta sustancia en la pareja y en algún miembro de la familia en caso de conocerlo, observándose que el porcentaje más elevado lo presenta el miembro de la comunidad que contestó el cuestionario.



Figura 1.26 Consumo de cigarro durante los últimos doce meses

En la Figura 1.27 se observa el porcentaje de personas que contestaron el cuestionario que reportan haber fumado durante el último mes; así como la proporción de consumo de la pareja y algún familiar en caso de conocerla. La barra más elevada representa el mayor porcentaje ocupado por el miembro de la comunidad que contestó el instrumento.

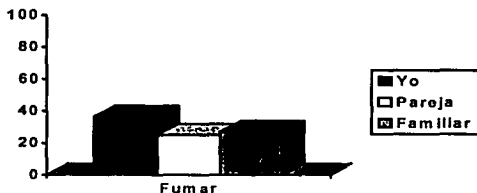


Figura 1.27 Consumo de cigarro durante el último mes

La Figura 1.28 muestra el porcentaje de problemas físicos que fueron reportados por los miembros de la comunidad que contestaron el cuestionario y reportaron llevar a cabo la conducta de fumar. La mayoría de estas personas no reporta haber presentado algún síntoma físico.

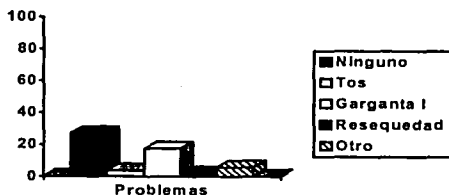


Figura 1.28 Problemas físicos por fumar

Drogas

Los tóxicos naturales o sintéticos son aquellos que provocan un cambio en el estado del organismo. La última área que evalúa el instrumento se refiere al consumo

de estas sustancias principalmente las ilegales. En la Figura 1.29 se muestra la proporción de personas que han consumido o consumen alguna droga; así como el consumo de sustancias ilegales por la pareja o algún miembro de la familia en caso de conocerlo, observándose que los porcentajes son muy bajos siendo el mayor presentado por el miembro que contestó el instrumento.



Figura 1.29 Porcentaje de personas que consumen o han consumido alguna droga

La figura 1.30 muestra las principales drogas que la población reporta haber consumido alguna vez, siendo la marihuana y otras sustancias las más consumidas por los miembros de la comunidad que contestaron el instrumento.

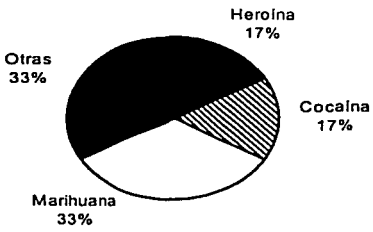


Figura 1.30 Tóxicos consumidos en la comunidad

La deseabilidad Social y la evaluación personal de cada sujeto hacia algunas sustancias juega un factor importante en esta parte del cuestionario.

Hábitos alimenticios (HA), Uso del tiempo libre (UTL) y Expresividad (EXPRESIV)

Estas son las tres últimas escalas que mide el instrumento y forman parte de lo que se conoce como "estilos de vida". Los puntajes que arrojan estas escalas indican si las personas que contestaron el instrumento se encuentran en situaciones de riesgo o no, entendiendo en general que a mayor puntaje existe mayor número de factores de riesgo que afecten cada área.

En la Figura 1.31 se muestran los puntajes obtenidos por la población con respecto a las tres áreas (HA, UTL y EXPRESIV) y la norma que indica si los sujetos están en bajo o mediano riesgo. Se observa que en Expresividad y Uso del tiempo libre se encuentran en la zona de bajo riesgo con medias de 5.1 Y 6.3 respectivamente, mientras que en Hábitos alimenticios se encuentra en un riesgo intermedio con una media de 9.6.

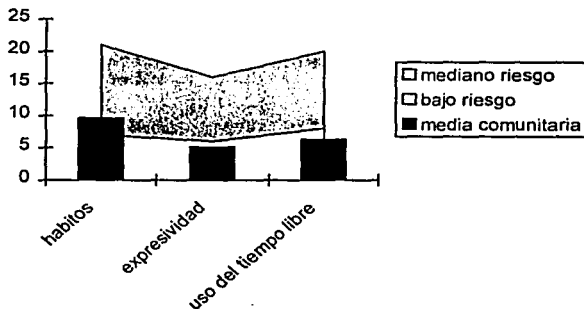


Figura 1.31 Medias de los puntajes de la comunidad y su área de riesgo

Posteriormente se realizó un análisis de correlaciones de Spearman con el objetivo de encontrar cuáles variables de las Escalas de Hábitos Alimenticios (HA),

Uso del Tiempo Libre (UTL) y Expresividad (EXP) están relacionadas positivamente o negativamente con las variables de la escala de Salud y Vida Cotidiana.

En la Tabla 1.3 se muestran los factores de las escalas antes citadas que se encuentran correlacionados.

		HA	UTL	EXP
SF	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	.308 .030		
HD	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)			.379 .007
AC	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)		-.352 .015	
ACG	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)			-.482 .001
ACD	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)		-.354 .013	-.476 .001
AE	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)		.366 .010	
RS	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)		-.365 .013	
AN	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)			.339 .017

Tabla 1.3 Análisis de Correlaciones

Consecutivamente se llevó a cabo un análisis estadístico de Regresión Lineal en busca del nivel de predictibilidad de las variables.

La figura 1.32 indica que los hábitos alimenticios (HA) de las personas predicen confiablemente el número de síntomas físicos (SF) que reportan ($t = 2.50$, $p = .016$, $r = .340$).

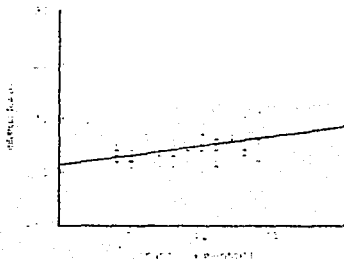


Figura 1.32 HA predice SF

En la figura 1.33 muestra que la Expresividad (EXPRESIV) predice confiablemente al Humor depresivo (HD), cuyos datos estadísticos son $t = 3.12$, $p = .003$ y $r = .415$.

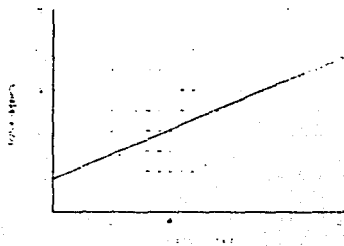


Figura 1.33 Expresiv predice HD

En la figura 1.34 se observa que Expresividad (EXPRESIV) predice confiablemente Autoconfianza (AC) cuyos datos estadísticos son $t = -2.15$, $p = .037$ y $r = .305$.

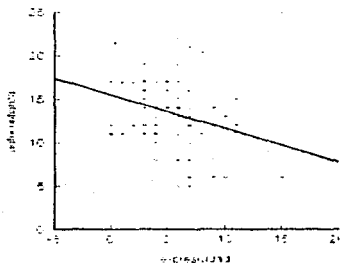


Figura 1.34 Expresiv predice AC

La figura 1.35 muestra que Expresividad (EXPRESIV) predice los recursos cognitivos con los que cuentan las personas para hacerle frente a sus problemas (ACG) con los siguientes datos estadísticos $t = -3.17$, $p = .003$ y $r = .428$.

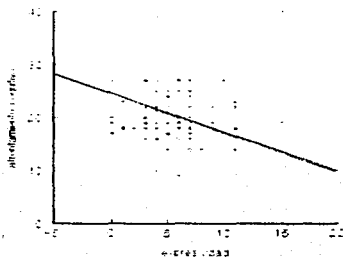


Figura 1.35 Expresiv predice ACG

En la figura 1.36 se observa que la Expresividad (EXPRESIV) predice confiablemente la actuación de las personas para solucionar sus problemas (ACD) cuyos datos estadísticos son $t = 4.49$, $p = .000$ y $r = .552$.

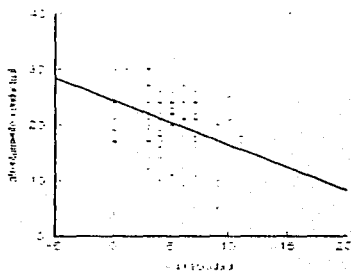


Figura 1.36 Expresiv predice ACD

La figura 1.37 muestra que el Uso del tiempo libre (UTL) predice Autoconfianza (AC) con los siguientes datos estadísticos $t = -2.46$, $p = .018$ y $r = .345$.

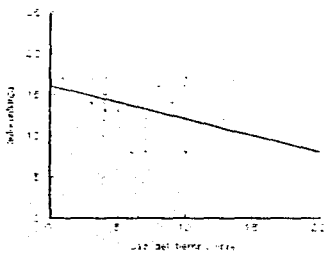


Figura 1.37 UTL predice AC

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA

En la figura 1.38 se observa que el Uso del tiempo libre (UTL) predice confiablemente las Redes Sociales (RS) con las que cuentan las personas cuyos datos estadísticos son $t = -2.76$, $p = .008$ y $r = .384$.

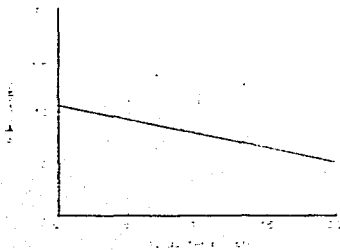


Figura 1.38 UTL predice RS

En la última figura 1.39 se observa que el Uso del tiempo libre (UTL) predice confiablemente la actuación que las personas tienen para resolver sus problemas (ACD) con los siguientes datos estadísticos $t = -2.88$, $p = .006$ y $r = .552$.

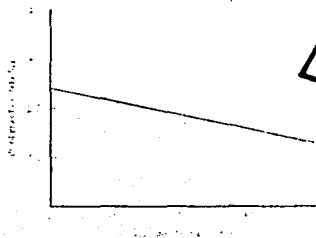


Figura 1.39 UTL predice ACD

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación consistió en identificar y describir las características de la comunidad y los problemas percibidos por los pobladores; además de identificar los factores de riesgo en sus Estilos de Vida y en las Formas de Consumo de sustancias, como base para planear una intervención adecuada.

De acuerdo con los datos recabados en la Delegación, el INEGI y el Cuestionario de Evaluación Diagnóstica, se obtuvo un perfil sociodemográfico y de Salud de los miembros de la comunidad, lo cual permitió contextualizar el modelo de intervención.

Los resultados parecen indicar que el grado de estudios representativo de la población es el nivel de bachillerato; así mismo con respecto al estado civil y la ocupación, son los solteros y estudiantes quienes presentaron una proporción igualmente representativa. Con esto, se podría decir que la población es en su mayoría gente joven y, dado que los indicadores de Embarazo Adolescente, Drogadicción, Alcoholismo, Pandillerismo, etc., mostraron puntajes considerables, sería necesario actuar ante dichos problemas sociales dada la susceptibilidad que tienen los individuos en esta etapa del desarrollo para adquirir patrones de conducta antisociales, los cuales según Herbert (1981), para la sociedad ya son equivalentes a un acto delictivo, implicando así el trabajo desde edades más tempranas con el fin de prevenir estos problemas a futuro.

De igual forma el nivel de estudios de bachillerato presente en la población, podría hacer referencia a la oportunidad de continuar estudiando con respecto a los hoy adultos de la comunidad y su nivel de estudios (profesión) y ocupación (empleado). Estos datos posiblemente sean el resultado de que la economía actual permite solventar el gasto escolar, favoreciendo que las generaciones de jóvenes alcancen el nivel de bachillerato, situación que Kwong (1983) y Hadad (1991) señalan

al encontrar que una situación económica familiar precaria se asocia con el riesgo de un bajo rendimiento escolar.

Esto les da la posibilidad de contar con una percepción de apoyo social más amplia y un nivel de autoconfianza mayor en las acciones que les permitan resolver sus problemas, hecho que confirman Galloway (1982) y Reid (1984) al encontrar que el bajo rendimiento escolar deriva en la carencia de habilidades socioemocionales en el individuo. Sin embargo, se hace hincapié en la necesidad de fortalecer esos vínculos sociales que den firmeza a su comunidad según los datos obtenidos en la Escala de Salud y Vida Cotidiana, - en cuanto a las Redes Sociales (RS), las cuales se encuentran por debajo de la norma poblacional -, y las investigaciones realizadas por Lazarus y Folkman (1991) sobre la importancia que tiene el número y la calidad del apoyo social en el manejo óptimo de las demandas sociales y ambientales.

Cabe señalar que aunque las oportunidades para continuar con los estudios han ido creciendo, el medio en el que se desarrollan estas comunidades aún requieren de atención en el área de Salubridad, es decir, se cuenta con servicio de drenaje y manejo de aguas residuales en su mayoría, pero aún se mantiene un sector importante que no cuenta con tales recursos, situación que probablemente afecte el funcionamiento de la comunidad en general, pudiendo provocar que la persona perciba su ambiente de manera negativa, lo cual posiblemente favorezca la presencia de síntomas físicos concordando con lo obtenido en la Escala de Salud y Vida Cotidiana (HDL) en donde el índice de los Síntomas Físicos resultan por arriba de la norma poblacional, confirmando lo postulado por la OMS (1983) acerca de la forma en la que el contexto físico externo de una región es parte fundamental del estado de Salud de una población.

Las características del ambiente que envuelven a un grupo, moldean los hábitos y tipos de comportamiento que caracterizan a esa población, por lo que al modificarse el medio, éste afecta a las conductas que puedan o no favorecer a la Salud.

El consumo de alcohol y tabaco se ve enmarcado por la aceptación social que existe, por lo cual no se reporta ninguna consecuencia negativa en su consumo, sin embargo en el alcohol se percibe a la pareja como la mayor consumidora, es decir, más que la propia persona; mientras que en el consumo del tabaco se percibe a la propia persona como la mayor consumidora.

Ambas situaciones pueden ser el reflejo de la evitación a considerar las consecuencias del abuso del alcohol y del tabaco en su propia persona y en su pareja; autopercibiéndose como más fumadores por considerar al cigarro no tan aversivo como el alcohol, situación que según Moss (1984) podría relacionarse cuando los individuos carecen de habilidades de afrontamiento ante los problemas, creándose una situación estresante, la cual posiblemente finalice en problemas de Salud.

El reporte de consumo de drogas es bajo, considerando que pudo estar afectado por la deseabilidad social al percibir el uso de tóxicos como incorrecto dentro de su grupo social, ya que de acuerdo a Fritz's (1977) la seriedad de un problema social interferirá en la estructura social, conductual y en los valores del individuo. Este grado de evitación que presenta la muestra conlleva un humor depresivo posiblemente producto de la frustración que produce el no afrontar un problema, como lo menciona Stora (1992) esta es una circunstancia que se refleja en los síntomas físicos que reporte la persona; no obstante, se requiere de mayores investigaciones que esclarezcan la existencia o no de una relación entre las variables.

El problema del uso de sustancias se puede analizar a partir del reporte de los principales problemas sociales percibidos por los miembros de la comunidad en donde la Drogadicción y el Alcoholismo son reportados como los principales problemas percibidos (apenas abajo del Embarazo Adolescente), dato que al ser comparado con los resultados del consumo de sustancias hacen suponer que la deseabilidad social sí jugó un papel importante, situación que Coleman (1971) demostró al asociar cómo la percepción social de los problemas es afectada por la relación interna que existe en las personas.

Otros problemas sociales percibidos por la comunidad como graves son el Pandillerismo y el Maltrato Infantil, siendo este último de acuerdo a Castro y Chávez (1986), Mednick (1987) y Ayala (1998) un factor de riesgo desencadenante de los otros, al moldear en el niño patrones conductuales negativos y una carencia de habilidades sociales que le permitan desarrollarse adecuadamente.

Existe un problema común en estos cinco problemas sociales percibidos como más graves: hacen referencia a un patrón conductual patógeno, el cual enfrenta un conflicto al carecer de habilidades de afrontamiento adecuadas, y probablemente éstas sean uno de los puntos clave para modificar tales conductas, factor que Argyle (1964) subraya como trascendental en la superación de las situaciones comunitarias desfavorables.

En este sentido el afrontamiento cognitivo es un indicador de que las conductas para resolver el problema serán llevadas a cabo, es decir, el planeamiento de una reacción a emitirse ante una dificultad, debe producir una respuesta tangible que haga al sujeto salir adelante, promoviendo la comunicación y la dinámica del propio individuo hacia los demás, habilidad que posiblemente le proporcionará una mayor autoconfianza hacia sí mismo evitando un sentimiento de inoperancia ante los problemas que se le presenten, favorecido de acuerdo a Lazarus (1991) y Aduna (1998) por los recursos individuales y ambientales con los que cuenta el individuo, mismos que va adquiriendo a través de los problemas superados con anterioridad.

Otra conducta directamente afectada por la dinámica del medio es la problemática de los hábitos alimenticios, ésta se encuentra en un riesgo intermedio y podría verse vinculada a la carencia de información nutricional, higiene y un manejo inadecuado del tiempo libre; circunstancias que posiblemente recaigan en la salud con el aumento de síntomas físicos, e indirectamente en la disminución de la percepción del apoyo social por la falta de bienestar físico y poca confianza al momento de emprender una acción en pro de la solución de un problema. Estilos de vida a los que

autores como San Martín (1982), Matarazzo (1984) y Videla (1991) hacen referencia como promotores de un estado de Salud integral.

Para futuras investigaciones enfocadas en el área dentro de la que se realiza el presente trabajo, se hacen recomendaciones con el fin de mejorar la exactitud de los resultados, tales como, ampliar el número de sujetos con el propósito de poder utilizar una mayor variedad de pruebas estadísticas que enriquezcan los datos obtenidos en la investigación; además de realizar investigaciones que evalúen la relación entre las variables involucradas en este estudio para dar mayor certeza a la interpretación de los resultados.

Los diversos problemas en Salud y los factores que ésta involucra deben seguir siendo objeto de estudio de las disciplinas que promueven el bienestar de la población, planteando objetivos integrales que mejoren a corto y largo plazo las estructuras sanitarias del país; con ello, los trabajos comunitarios no solo traerán consigo eficacia en tiempo y costos, sino también beneficios reales en la comunidad siempre y cuando el enfoque vaya dirigido hacia los conceptos de las medidas preventivas, las cuales facilitarán una meta común tan importante como lo es el alcanzar un nivel de Salud aceptable para todos.

Los beneficios que dicha sociedad va a percibir, están en función de lo que ellos sientan como problemático dentro de su comunidad, por lo que el conocimiento de los problemas sociales es crucial para que una intervención tenga éxito. En este caso los principales problemas sociales son Pandillerismo, Delincuencia, Embarazo Adolescente y Maltrato Infantil; por lo cual se debe dar a la prevención el carácter de obligatorio al trabajar desde edades más tempranas con el fin de forjar la adquisición de patrones o hábitos positivos, y disminuir el riesgo de que en un futuro se presenten conductas delictivas en el individuo y en la comunidad de la que forma parte.

ESTUDIO DOS

ESTUDIO II

INTERVENCIÓN COMUNITARIA

MÉTODO

Sujetos

Se trabajó con dos grupos ("A" y "B") de primer grado del turno matutino y sus profesores asignados, en la Escuela Primaria "Centenario de Juárez" por ser la Institución que tenía las características para aplicar un programa de Intervención Comunitaria. Se eligieron los grupos con base en el elevado índice de conductas inadecuadas reportadas por los profesores y el director del plantel.

Participaron dos profesores del género femenino; la titular del grupo "A" cuenta con 38 años de edad, escolaridad técnica y nivel socioeconómico medio, mientras que la titular del grupo "B" cuenta con 40 años de edad, Licenciatura en Psicología y un nivel socioeconómico medio.

Los grupos estaban constituidos por 11 niñas y 11 niños en el grupo de 1^ºA y con 9 niñas y 10 niños en el grupo de 1^ºB cuyas edades oscilan entre los 6 y 7 años de edad y con un nivel socioeconómico medio-bajo.

Escenario

Se trabajó en la Escuela Primaria "Centenario de Juárez" ubicada en la colonia Ruíz Cortínez de la Delegación Coyoacán. El trabajo con las profesoras fue en el aula de maestros de 4x3 m²., acondicionado con 2 sillones, 4 sillas, 1 escritorio, luz eléctrica y ventilación.

Las observaciones a los alumnos se llevaron a cabo en el salón correspondiente a cada grupo escolar, con dimensiones de 7x6 m²., acondicionados con 18 mesas (de forma de un medio hexágono), 36 sillas pequeñas, 1 armario, pizarrón, luz eléctrica, luz natural y ventilación.

Materiales

- Rotafolios ilustrativos de las sesiones del Taller a Maestros
- Manual del Taller a Maestros (Ver Anexo 3).
- Cuadernillo para Maestros (Ver Anexo 4).

Instrumentos

Los instrumentos que se emplearon fueron:

1.- Cuestionario de Evaluación de conocimientos para Maestros antes y después de la intervención (Ayala, González, Fulgencio, Téllez, Barragán, 1998, adaptado por Becerra y Reséndiz 2001), (Ver Anexo 5). Cuestionario de lápiz y papel, consta de 40 reactivos que se contestan de forma dicotómica "Si - No". Evalúa el nivel de conocimientos sobre el manejo conductual infantil.

2.- Registros de Observación Directa de Conductas Inadecuadas en el salón de clases (Becerra y Reséndiz, 2001), (Ver Anexo 6). Evalúa la ocurrencia de conductas inadecuadas presentadas por los alumnos en el salón de clases. Es un registro de tipo Plack Check , tiene una duración de 10 min. divididos en 10 intervalos de 1 minuto y consta de 5 conductas:

- *Agresión Física a Compañeros (AFC):* conductas dirigidas hacia otro compañero de manera directa o indirecta como empujar, golpear, tocarlo de manera tal que el otro se moleste, aventar cosas de otro, robar, destruir las pertenencias de otro.

- *Agresión Verbal a compañeros (AVC)*: Verbalizaciones que expresen desprecio de un compañero hacia otro tales como amenazas, insultos, gesticulaciones faciales, reírse de las características físicas o de las acciones de sus compañeros.
- *Desobediencia (D)*: No ejecutar las órdenes que les dé el profesor después de 10 segundos de que estas fueron expuestas, no acatarse a las reglas previamente establecidas en el salón de clases.
- *Incumplimiento de Tareas (IT)*: Cuando el alumno no termine con las tareas que se les han asignado adecuadamente en el tiempo previamente establecido durante la clase.
- *Interrumpir (I)*: Irrumpir con actos o verbalizaciones las tareas de otros, impidiendo su ejecución.

3.- Registro de Contingencias del Maestro en el Aula (González, Téllez, Fulgencio, Chaparro, Vargas y Ayala, 1998, adaptado por Becerra y Reséndiz 2001), (Ver Anexo 7). Evalúa el porcentaje de ocurrencia de las contingencias de las conductas que los profesores presentan ante las conductas de los alumnos. Es un registro de Intervalo Parcial, con una duración de 10 minutos divididos en 60 intervalos de 10 segundos y consta de 5 conductas (2 adecuadas y 3 inadecuadas):

- *Elogiar (E)*: Conductas de aprobación con un tono de voz amable, acompañadas o no de contacto físico como palmadas o abrazos, y/u otorgar algún objeto en recompensa a determinada conducta.
- *Ignorar (IG)*: No prestar atención visual, auditiva o de algún tipo, ante una petición verbal sin ejecutarla antes de 10 segundos de haberse emitido la petición.
- *Golpear (GO)*: Contacto físico con la finalidad de provocar dolor o malestar en el niño.
- *Regañar (R)*: Emisiones verbales del maestro que impliquen un desacuerdo hacia una conducta determinada.

- **Gritar (GR):** Emisiones verbales del maestro con un tono de voz lo suficientemente elevado para causar aversión.

4.- Lista Cotejable de Conductas del Maestro para el Establecimiento de Reglas en el aula (Chainé, Flores, Barragán y Ayala, 1998), (Ver Anexo 8). Es una Lista de Cotejo que señala la ocurrencia de conductas para el Establecimiento de Reglas en el aula por parte del profesor. Consta de 7 conductas (Descripción de la situación, Repetición de la regla por parte del alumno, Consecuencia positiva, Consecuencia negativa, Elogio, Advertencia y Pérdida de Privilegios); divididas a su vez en 3 posibles situaciones de Establecimiento de Reglas en el aula escolar.

5.- Lista Cotejable de Instrucciones alfa (Fulgencio, Chaparro, Chiquini, Romero, Téllez, Barragán y Ayala, 1998), (Ver Anexo 9). Es una Lista de Cotejo que señala la ocurrencia de conductas para el Seguimiento Instruccional. Consta de 9 conductas divididas en dos etapas. En la primera etapa se encuentran Obtener atención del alumno, dar una Instrucción clara, Espera de 10", Elogiar si realizó la instrucción; en caso de no realizarse la instrucción se pasa a la segunda etapa donde se encuentran Obtener la atención del alumno, Repetir la instrucción, Tono de voz firme, Espera de 10", en caso de no volverse a realizar la instrucción se repetirá e instigará físicamente al alumno. Cada sesión se encuentra dividida a su vez en 5 posibles situaciones de Seguimiento Instruccional en el aula.

6.- Cuestionario de Validación Social para Maestros (Fulgencio 1996 adaptado por Becerra, García y Reséndiz, 2000), (Ver Anexo 10). Cuestionario de papel y lápiz que evalúa el nivel de satisfacción de los maestros en 4 áreas: *metas* cuyos reactivos son 4, 6 y 11, *procedimiento* cuyos reactivos son 1, 3 y 9, *resultados* cuyos reactivos son 2, 5 y 10, *terapeuta* cuyos reactivos son 7, 8 y 12. Consta de 12 reactivos con respuesta tipo Lickert de 5 opciones: Completamente de acuerdo (1), De acuerdo (2), Inseguro (3), Desacuerdo (4) y Completamente en desacuerdo (5).

Observadores

Participaron 4 observadores estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, asignándose 2 alternadamente a cada grupo durante las sesiones.

Además del aprendizaje de las categorías de cada uno de los registros, contaban con un trabajo previo de observación directa en grupos de la misma escuela, por lo que no fue necesario un periodo de adaptación a la presencia de los observadores en los salones ni de entrenamiento para dicha tarea.

Confiabilidad

Se obtuvo la confiabilidad Inter sujetos antes, durante y después de la intervención. Los observadores registraron de manera simultánea y directa en cada una de las sesiones. Se compararon los registros de ambos observadores y su confiabilidad se obtuvo por medio de la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{\# de acuerdos}}{\text{\# de acuerdos + \# de desacuerdos}} \times 100$$

La confiabilidad promedio, obtenida para los 4 registros, en las sesiones de Línea Base fue de 91%; en Tratamiento fue de 90% y en la medición Posterior fue de 93%.

Esto da una confiabilidad global del 91% lo cual indica que los datos obtenidos representan con certeza las conductas de maestros y alumnos presentadas dentro del aula escolar.

Calificación

Los resultados del Registro de Observación Directa de Conductas Inadecuadas en el salón de clases se obtuvieron contando el número total de alumnos presentes en el aula escolar lo cual equivalía al 100%, posteriormente se sacó el promedio de los alumnos marcados en las casillas de cada conducta y por medio de una regla de tres se obtuvo el resultado del porcentaje de alumnos que realizaban la conducta indicada en el momento de la observación.

Para el Registro de Contingencias del Maestro en el Aula se contó el # total de casillas disponibles en el registro las cuales equivalen al 100%, inmediatamente después se contó el número de casillas marcadas por el terapeuta y por medio de una regla de tres se observó a cuánto equivale en porcentaje. Esto se realizó con cada una de las cinco conductas.

En la Lista Cotejable de Conductas del Maestro para el Establecimiento de Reglas en el aula y la Lista Cotejable de Instrucciones alfa se contó el # total de oportunidades para que se presentara la conducta (3 y 5 respectivamente) lo cual equivalía al 100%, finalmente se contó el # de veces en que la conducta se presentó sacando así el porcentaje de cada conducta.

Para el Cuestionario de Evaluación de conocimientos para Maestros antes y después de la intervención el resultado se obtuvo contando el número total de reactivos lo cual equivalía al 100%, inmediatamente después se calificó el cuestionario, con el # de respuestas obtenidas y por medio de una regla de tres, se sacó el porcentaje del conocimiento de las profesoras.

Los resultados del Cuestionario de Validación Social para Maestros se obtuvieron agrupando las tres preguntas correspondientes a cada factor, posteriormente se les asignó el número contrario a sus respuestas (1-5, 2-4, 4-2, 5-1), inmediatamente

después se sumaron los tres números de cada factor y por medio de una regla de tres se sacó el porcentaje tomando en cuenta que 12 equivale al 100%.

Variables

Variable Dependiente: Frecuencia de las conductas inadecuadas (Agresión Física a compañeros, Agresión Verbal a compañeros, Desobediencia, Incumplimiento de Tareas e Interrumpir) que presentan los alumnos de primer año en el salón de clases y la frecuencia de las habilidades en el manejo de dichas conductas por parte de los maestros (Elogiar, Ignorar, Establecimiento de reglas e Instrucción alfa).

Variable Independiente: Programa de Intervención Conductual para Maestros de los alumnos de primer año de la Institución cuyos componentes son la adquisición de las habilidades de las contingencias conductuales, uso de Reforzamientos y Castigos que promueven el Cambio Conductual, Establecimiento de Reglas e Instrucciones Alfa que decrecientan las Conductas Inadecuadas..

Diseño

Se trabajó con un diseño de caso único antes, durante y después donde:

Antes – Corresponde a la fase de Línea Base

Durante – Corresponde a la fase de Tratamiento

Después – Corresponde a una medición una semana después de terminado el Tratamiento

Procedimiento

La intervención consistió en 3 fases (Línea Base, Tratamiento y Medición Posterior), divididas en 10 sesiones con una duración de 1 hora aproximadamente realizadas dos veces por semana.

Línea Base

Sesiones 1, 2 y 3.

En las tres primeras sesiones de Línea Base se llevaron a cabo observaciones directas en el salón de clase utilizando el Registro de Observación directa de Conductas Inadecuadas para examinar las conductas inadecuadas en el niño y los Registros de Contingencias del Maestro en el aula, Lista Cotejable de Conductas del Maestro para el Establecimiento de Reglas en el aula y la Lista Cotejable de Instrucciones Alfa para examinar las habilidades del Maestro.

Cada sesión dependía del tiempo en el que el observador terminaba de llenar los registros, retirándose silenciosamente para no interrumpir la clase dando con ello por terminada la sesión del día.

En la tercer sesión antes de realizar las observaciones en los salones, se aplicó el Cuestionario de Evaluación de Conocimientos previos al programa de Intervención.

Tratamiento

Sesiones 4,5,6 y 7.

Se impartió el Taller a Maestros divididos en 4 sesiones. Cada sesión comenzaba con la bienvenida a los Maestros, unos minutos para comentarios y finalizaba con dudas que surgieron a lo largo de la sesión. Al terminar de resolver dudas, se proseguía a realizar la observación directa en los salones.

En la sesión 4 se les explicó la Contingencia Conductual (Antecedentes, Conducta y Consecuencias), ejemplificándolas claramente. Posteriormente se les pedía que propusieran ellos mismos algunos ejemplos. Finalmente se les explicó el proceso del cambio conductual.

En la sesión 5 se trabajó con ejemplos prácticos de contingencias conductuales, se les explicaron los procedimientos (tipos de reforzamientos) para incrementar la conducta y las reglas para el uso de castigos. Los terapeutas realizaron Modelamiento en donde uno de ellos era el profesor y el otro era el alumno; ejemplificando cada una de las estrategias. Inmediatamente después se pasó a los Ensayos Conductuales en donde el profesor practicaba dichas estrategias con uno de los terapeutas simulando ser un alumno.

En la sesión 6 se trabajó con la estrategia de Ignorar como técnica de manejo infantil, mediante su Explicación, Modelamiento y realización de Ensayos Conductuales. Posteriormente se abordó el tema de Instrucciones Alfa, se les explicó, ejemplificó, se realizó Modelamiento y Ensayos Conductuales de cada una de sus etapas. Inmediatamente después se prosiguió con la explicación del Establecimiento de Reglas, ejemplificando, modelando y ensayando cada una de sus etapas.

El tiempo de la 7ª sesión se dedicó a realizar una integración de las habilidades adquiridas mediante un breve resumen de lo visto en el Taller, retroalimentación, modelamiento y ensayos conductuales. Se resolvieron dudas finales y comentarios. Antes de terminar la sesión se evaluó a los Maestros mediante el Cuestionario de Evaluación de Conocimientos posterior al programa de intervención. Inmediatamente

después se les aplicó el Cuestionario de Validación Social referente al Taller a Maestros.

Medición Posterior

Sesiones 8, 9 y 10.

Se realizaron registros de observación directa mediante los 4 instrumentos realizados durante las fases de Línea Base y Tratamiento. Al término de las sesiones se platicó con las Profesoras y el Director para darles las Gracias por su participación y poner a su disposición los resultados de ésta investigación.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de los 4 registros aplicados durante las etapas de Línea Base (LB), Tratamiento (TX) y Medición Posterior (MP) de los grupos de 1ºA y 1ºB, estructurados de acuerdo a cada uno de los instrumentos para su mejor entendimiento manteniendo una secuencia de cada una de las gráficas dentro de su grupo correspondiente. Posteriormente se muestran los datos obtenidos en el Cuestionario de Evaluación de Conocimientos para Maestros antes y después de la intervención mediante una comparación entre el profesor de 1ºA y el de 1ºB. Finalmente se encuentran las gráficas de los resultados obtenidos en el Cuestionario de Validación Social para maestros aplicado a cada uno de los profesores de primer año.

Registro de Observación Directa de Conductas Inadecuadas en el salón de clases.

En la Figura 2.1 se observan las conductas inadecuadas de Agresión Física a compañeros (AFC) y Agresión Verbal a Compañeros (AVC), presentadas por los alumnos de 1ºA. Se observa una disminución de dichas conductas conforme avanzó la intervención.

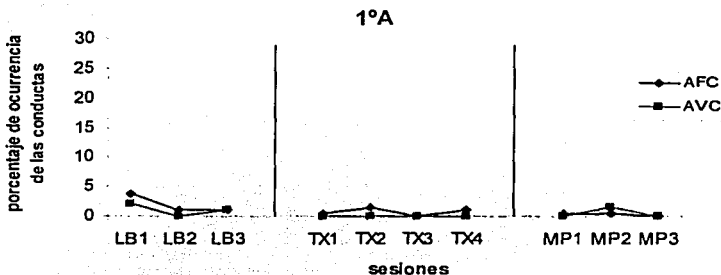


Figura 2.1 Porcentaje de las conductas de AFC y AVC en alumnos de 1ºA

La Figura 2.2 muestra las conductas inadecuadas de Desobediencia (D), Incumplimiento de Tareas (IT) e Interrumpir (I) realizadas en el salón de clase por los alumnos de 1ºA. En general para las tres conductas se observa una disminución al momento de introducir el Tratamiento.

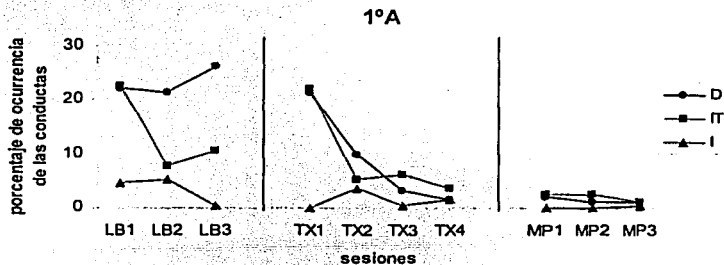


Figura 2.2 Porcentaje de las conductas de D, IT e I de los alumnos de 1ºA

La Figura 2.3 muestra las conductas inadecuadas de Agresión Física a Compañeros (AFC) y Agresión Verbal a Compañeros (AVC) presentadas por los alumnos de 1ºB. Se observa una disminución de las conductas inadecuadas al introducirse el Tratamiento, seguido de un incremento en las mismas y finalizando nuevamente con su descenso.

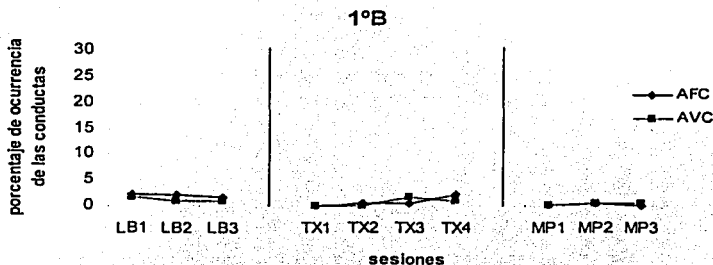


Figura 2.3 Porcentajes de las conductas de AFC y AVC de los alumnos de 1ºB

En la siguiente Figura (2.4) se muestran la conductas inadecuadas de Desobediencia (D), Incumplimiento de Tareas (IT) e Interrumpir (I) presentes en los alumnos de 1ºB, observándose un decremento de las tres conductas.

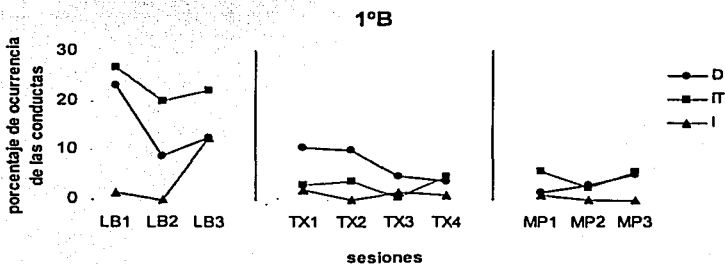


Figura 2.4 Porcentajes de las conductas de D, IT e I de los alumnos de 1ºB

Registro de Contingencias del Maestro en el aula.

En la Figura 2.5 se observan las conductas adecuadas de Elogiar e Ignorar realizadas por la profesora de 1ª dentro del aula escolar, mostrándose un incremento al introducir el Tratamiento.

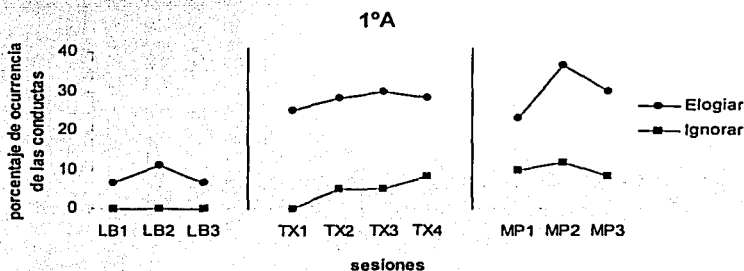


Figura 2.5 Porcentaje de las conductas adecuadas de Elogiar e Ignorar realizadas por la maestra

En la Figura 2.6 se observan las conductas inadecuadas de Golpear, Regañar y Gritar, presentadas en el aula escolar por la profesora de 1ª. El descenso de las tres conductas aparece a partir del Tratamiento, siendo la conducta de Regañar la más notoria.

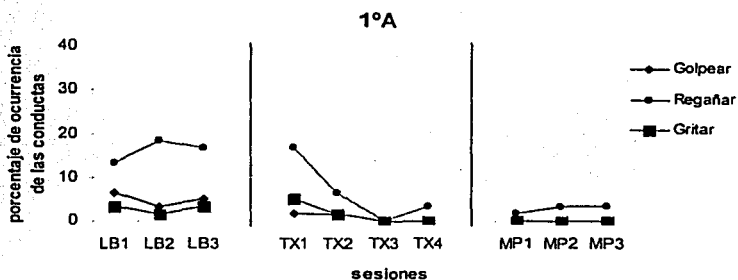


Figura 2.6 Porcentaje de las conductas inadecuadas de Golpear, Regañar y Gritar realizadas por la profesora

La siguiente Figura (2.7) muestra las conductas adecuadas de Elogiar e Ignorar realizadas por la profesora dentro del aula escolar. Las dos conductas presentan un aumento considerable a partir de la introducción del Tratamiento.

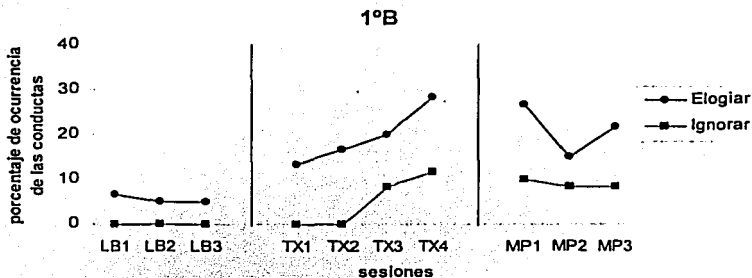


Figura 2.7 Porcentaje de las conductas adecuadas de Elogiar e Ignorar realizadas por la maestra

La Figura 2.8 muestra las conductas inadecuadas de Golpear, Regañar y Gritar realizadas por la profesora de 1ºB en el aula escolar. Se observa un descenso en las tres conductas inadecuadas durante el Tratamiento; sin embargo al final de la Medición Posterior las conductas de Regañar y Gritar se elevan levemente.

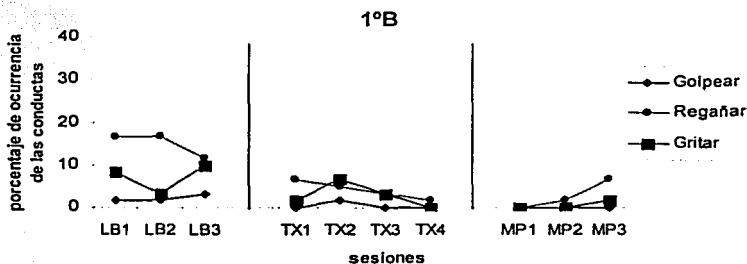


Figura 2.8 Porcentaje de las conductas inadecuadas de Golpear, Regañar y Gritar realizadas por la profesora en el aula escolar

Lista Cotejable de Conductas del Maestro para el Establecimiento de Reglas en el Aula.

En las Figuras 2.9 y 2.10 se muestra el porcentaje de las conductas realizadas en la primera etapa del Establecimiento de Reglas en el aula escolar por parte de la profesora de 1ºA. En general se observa un incremento en su aplicación conforme avanza la intervención.

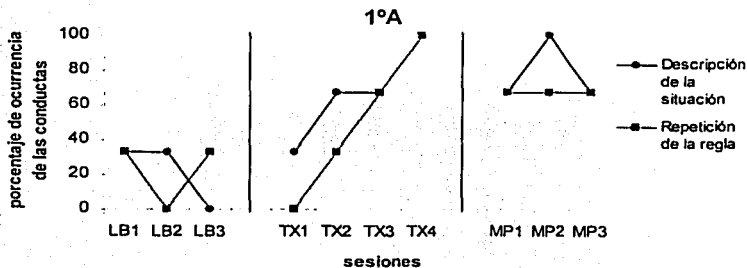


Figura 2.9 Porcentaje de conductas de la primera etapa del Establecimiento de Reglas

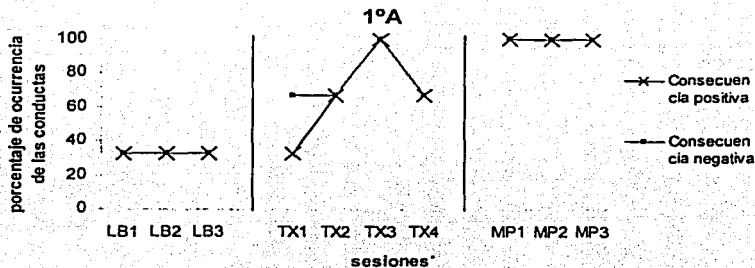


Figura 2.10 Porcentaje de conductas de la primera etapa del Establecimiento de Reglas

La Figura 2.11 muestra el porcentaje de las conductas presentadas en la segunda etapa del Establecimiento de Reglas en el aula escolar por parte de la profesora de 1ºA. En general se observa un incremento en la aplicación adecuada de estas conductas.

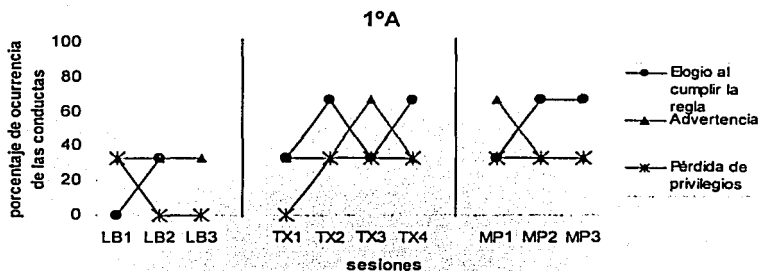


Figura 2.11 Porcentaje de conductas de la segunda etapa del Establecimiento de Reglas

En las Figuras 2.12 y 2.13 se observa el porcentaje de las conductas realizadas en la primera etapa del Establecimiento de Reglas en el aula escolar por parte de la profesora de 1ºB. En general se observa un incremento en su aplicación conforme avanza la intervención.

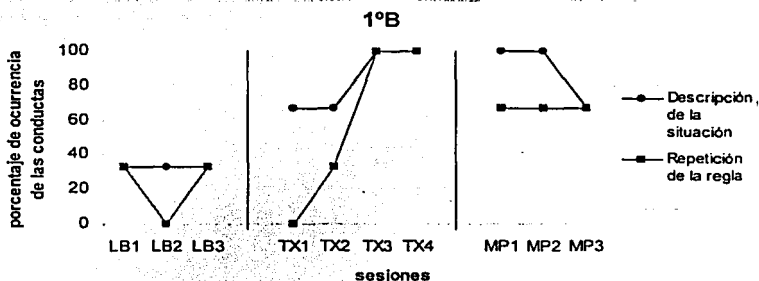


Figura 2.12 Porcentaje de conductas de la primera etapa del Establecimiento de Reglas

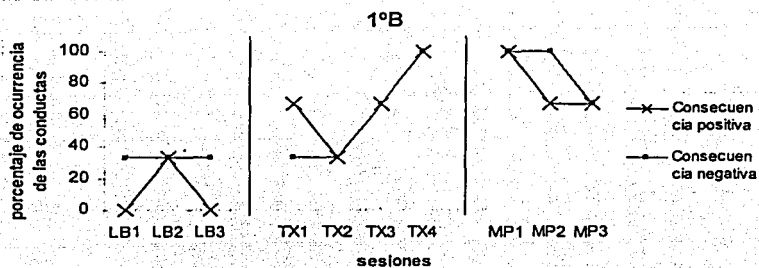


Figura 2.13 Porcentaje de conductas de la primera etapa del Establecimiento de Reglas

En la siguiente Figura (2.14) se observa el porcentaje de las conductas presentadas en la segunda etapa del Establecimiento de Reglas en el aula escolar por parte de la profesora de 1ºB. En general se observa un incremento en la aplicación adecuada de estas conductas.

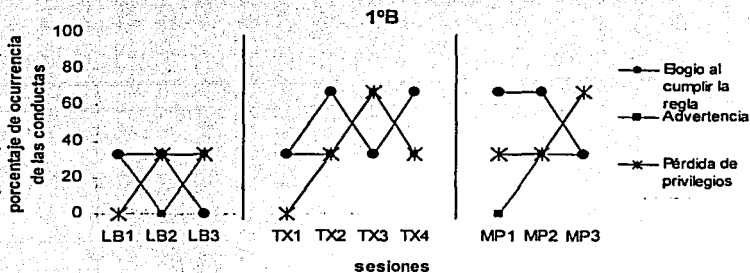


Figura 2.14 Porcentaje de conductas de la segunda etapa del Establecimiento de Reglas

Lista Cotejable de Instrucciones Alfa

Las Figuras 2.15 y 2.16 muestran el porcentaje de las conductas realizadas por la profesora de 1ºA al dar alguna instrucción a sus alumnos dentro del aula escolar. Se observa el aumento de su adecuada aplicación conforme transcurre la intervención.

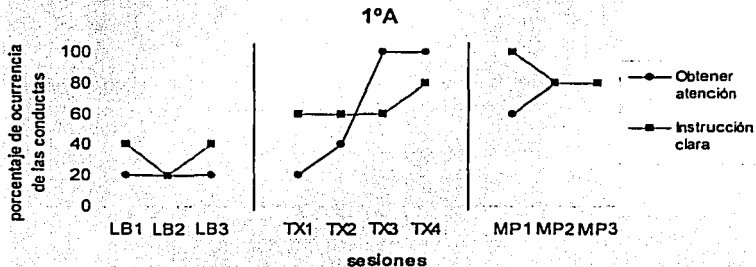


Figura 2.15 Porcentaje de las conductas en la primera etapa de la aplicación de la Instrucción alfa

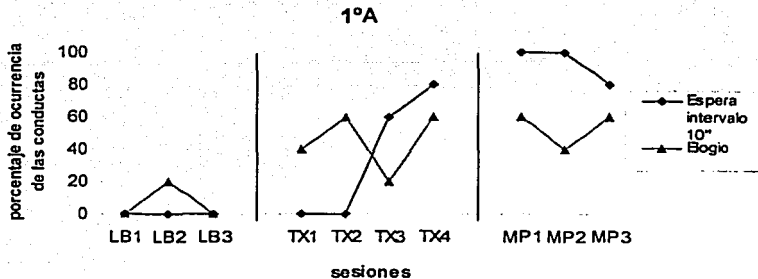


Figura 2.16 Porcentaje de las conductas en la primera etapa de la aplicación de la Instrucción alfa

Las Figuras 2.17 y 2.18 muestran el porcentaje de las conductas presentadas en la segunda etapa de una Instrucción alfa y realizadas por la profesora de 1ºA en el aula escolar. Se observa un ascenso moderado en las conductas durante la segunda mitad del Tratamiento y manteniéndose al final de la intervención

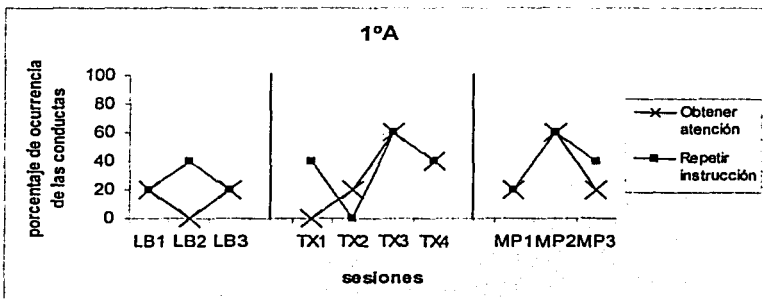


Figura 2.17 Porcentaje de las conductas en la segunda etapa de la aplicación de la Instrucción alfa

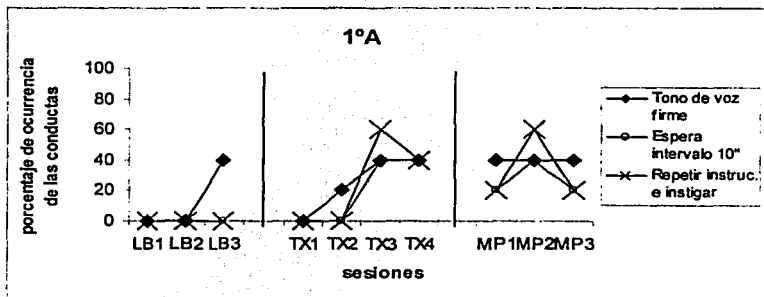


Figura 2.18 Porcentaje de las conductas en la segunda etapa de la aplicación de la Instrucción alfa

En las Figuras 2.19 y 2.20 se observa el porcentaje de las conductas realizadas en la primera etapa de la Instrucción alfa ejecutada por la profesora de 1ºB en el aula escolar. En general las conductas ascienden implicando su adecuada aplicación principalmente durante el Tratamiento.

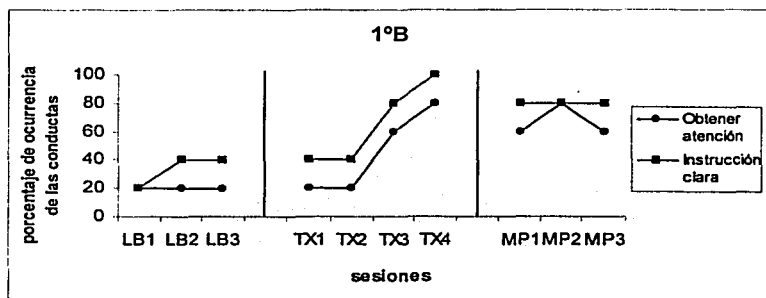


Figura 2.19 Porcentaje de las conductas en la primera etapa de la aplicación de la Instrucción alfa

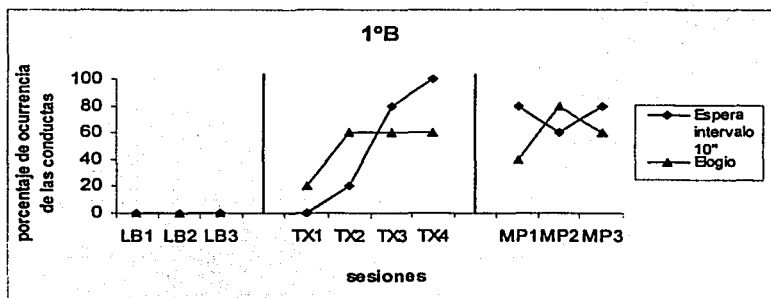


Figura 2.20 Porcentaje de las conductas en la primera etapa de la aplicación de la Instrucción alfa

En las siguientes Figuras (2.21 y 2.22) se observa el porcentaje de las conductas ejecutadas en la segunda etapa de la Instrucción alfa realizada por la profesora de 1°B en el aula escolar. Las conductas presentan un aumento considerable durante el Tratamiento y se estabiliza durante la Medición Posterior.

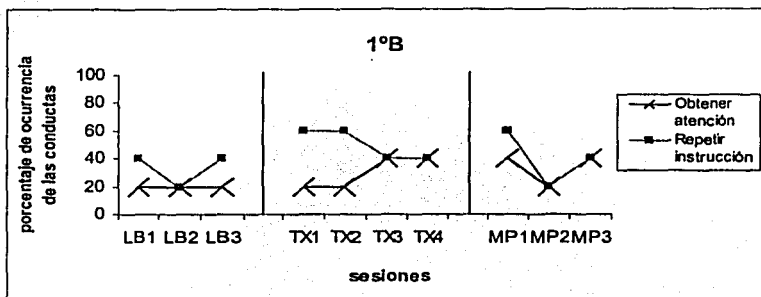


Figura 2.21 Porcentaje de las conductas en la segunda etapa de la aplicación de la Instrucción alfa

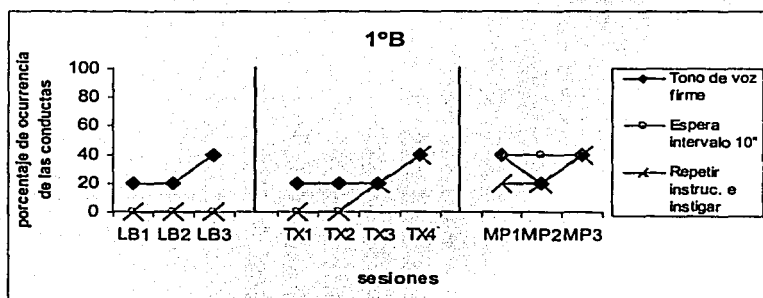


Figura 2.22 Porcentaje de las conductas en la segunda etapa de la aplicación de la Instrucción alfa

La siguiente sección presenta los Resultados del *Cuestionario de Evaluación de Conocimientos para Maestros antes y después de la intervención*.

En la Figura 2.23 se observa el porcentaje de la calificación obtenida en la evaluación antes y después de la intervención realizada a la profesora de 1^ºA. Se nota un incremento en la segunda barra indicando la adquisición de conocimientos posteriores al Tratamiento.

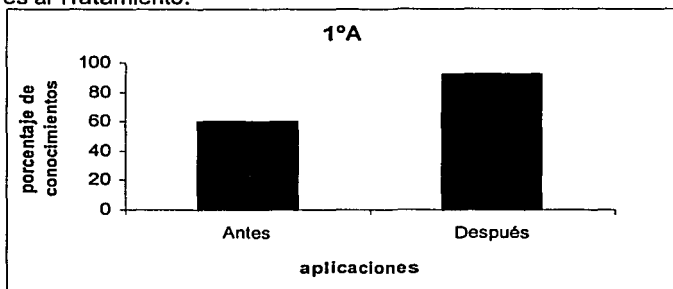


Figura 2.23 Porcentaje de conocimientos antes y después del Tratamiento en la profesora de 1^ºA

La Figura 2.24 muestra el porcentaje de la calificación obtenida por la profesora de 1^ºB al aplicarle el cuestionario antes y después de la intervención. Se observa el ascenso de la segunda barra indicando la adquisición de conocimientos después del Tratamiento.

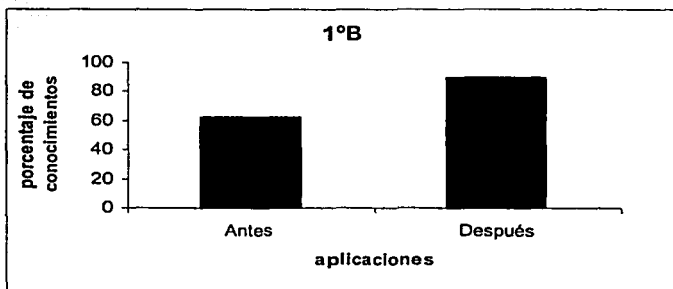


Figura 2.24 Porcentaje de conocimientos antes y después del Tratamiento en la profesora de 1^ºB

La última sección presenta los resultados del *Cuestionario de Validación Social para Maestros*.

En la Figura 2.25 se observa el nivel de satisfacción que la profesora de 1ªA reportó en cada una de los cuatro factores que engloban la intervención, notándose un grado de satisfacción mayor al 80%

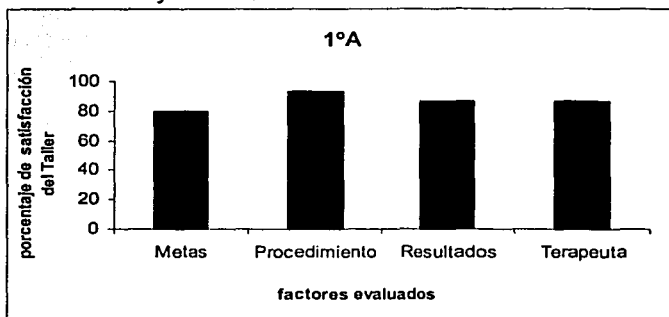


Figura 2.25 Porcentaje del nivel de Satisfacción con el entrenamiento dado a la profesora de 1ªA

La Figura 2.26 presenta el grado de satisfacción con el entrenamiento que recibió la profesora de 1ªB, mostrando un porcentaje mayor al 90% en cada uno de sus factores.

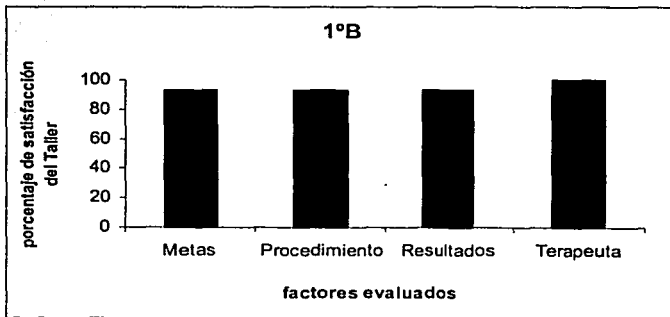


Figura 2.26 Porcentaje del nivel de Satisfacción con el entrenamiento dado a la profesora de 1ªB

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación consistió en la reducción de las conductas inadecuadas en el aula escolar por medio de la adquisición de habilidades en el manejo de problemas de conducta por parte de los maestros viéndose cumplido mediante los resultados arrojados por la intervención debido a que muestran tendencias favorables hacia el Tratamiento (TX) respecto de la Línea Base (LB) manteniendo niveles satisfactorios durante las Mediciones Posteriores (MP).

En el *Registro de Observación Directa de Conductas Inadecuadas en el salón de clases* las conductas Desobediencia (D), Incumplimiento de Tareas (IT) e Interrumpir (I) presentaron un decremento durante el Tratamiento (TX) y la Medición Posterior (MP) en ambos grupos, resultados que apoyaron la investigación conductual infantil realizada por Wallace y Larsen (1978) al enfatizar la necesidad de desarrollar técnicas efectivas que permitan resultados tangibles en la disminución de los problemas de conducta en escenarios educativos.

En el grupo de 1ºB las conductas Agresión física a compañeros (AFC) y Agresión Verbal a compañeros (AVC) permiten discriminar que el Tratamiento (TX) hizo efecto al disminuirlas con respecto a la Línea Base (LB), presentando un incremento en las últimas dos sesiones de Tratamiento (TX), el cual podría ser consecuencia de la reacción del grupo a los límites conductuales recién establecidos, situación que de acuerdo con las investigaciones de Herbert (1983) puede presentarse cuando el niño aumenta los niveles de conductas inadecuadas para evaluar las consecuencias disciplinarias que persiguen modificar su comportamiento, de manera que ampliar el número de sesiones de Tratamiento (TX) permitiría una discriminación más acertada de ésta circunstancia.

Los datos referentes a estas dos conductas (AFC y AVC) del grupo 1ºA, se ven afectadas durante las sesiones de Línea Base (LB) por una variable externa fluctuando

de manera tal que sería arriesgado afirmar que ocurrió un cambio debido al Tratamiento (TX), de acuerdo a Cooper (1983) este tipo de problemas pueden evitarse al aumentar el número de sesiones de Línea Base (LB), permitiendo que las conductas se establezcan y se pueda comparar de manera más confiable su cambio respecto al Tratamiento (TX).

En cuanto al *Registro de Contingencias del Maestro en el aula* las conductas de Elogiar e Ignorar incrementan sus niveles con respecto a la Línea Base (LB), siendo la primera la que presenta mayor incremento considerando que era una conducta ya utilizada por el maestro desde la Línea Base (LB), estrategia que según Rutter (1977) es de las más efectivas utilizadas en las escuelas; mientras que la técnica de Ignorar el comportamiento inadecuado no era utilizada por el profesor; por tal razón, es probable que su incremento resulte moderado, aspecto que marca la necesidad de apoyar al personal docente en la capacitación por medio de supervisores preparados que según Polanco – Bueno (1994) manejen programas que mejoren el desempeño dentro del aula escolar.

En las conductas de Golpear, Regañar y Gritar se logró un decremento importante en sus niveles de ocurrencia en ambos grupos, mostrando la poca efectividad que estos tipos de castigos tienen en el control infantil de acuerdo a Rutter (1977); sin embargo en el grupo 1ºB durante la última sesión de Medición Posterior (MP) la conducta de Regañar tiene un ligero aumento posiblemente debido a su elevado uso durante la Línea Base (LB), conducta que de acuerdo a Gale y Chapman (1990) probablemente se encuentra firme dentro del repertorio de conductas del profesor por lo que se requiere de una modificación del contexto en el que se desarrolla el problema, de manera tal que extinga definitivamente la conducta.

En la *Lista cotejable de conductas del maestro para el establecimiento de reglas en el aula* se observan cambios satisfactorios en los índices de las conductas. Para las conductas Descripción de la situación, Repetición de la regla, Consecuencia positiva y Consecuencia negativa se observa un incremento manteniéndose en niveles altos aún

en la Medición Posterior (MP), haciendo efectiva la relación que existe entre un adecuado establecimiento de reglas en el salón de clase y una conducta adecuada que hace Reynolds y Murgatroyd (1977); cabe señalar que en el caso de Línea Base (LB) existen ciertas conductas para las que sería necesario ampliar el número de sesiones.

En cuanto a las conductas de Elogio al cumplir la regla, Advertencia y Pérdida de privilegios se observa responden adecuadamente a la intervención en donde se muestra cómo el profesor las ocupa de manera alterna, es decir cuando se Elogia al cumplirse la regla no es necesaria la Advertencia de la Pérdida del privilegio, apoyando la efectividad estudiada en el manejo de principios conductuales en ámbitos escolares para el control de conductas inadecuadas según Campion (1987).

El caso del grupo 1ºA, el Elogio es la estrategia más utilizada concordando con el objetivo del Taller; mientras que en el grupo 1ºB la Pérdida de privilegios es al final de la Medición Posterior (MP) la estrategia más utilizada, probablemente debido a la preferencia y beneficio que perciba el maestro de las técnicas aprendidas, y que formen parte de un repertorio de habilidades instruccionales por medio de las cuales según Forehand, Wells y Griest (1980) se reduzca o elimine el comportamiento inadecuado.

En cuanto a la *Lista Cotejable de Instrucciones Alfa* ambos grupos presentan incremento en las conductas de la primera etapa, manteniéndose así hasta la Medición Posterior (MP), haciendo notar la interacción entre profesor y alumno que de acuerdo a Lewis, Sugai y Colvin (1998) mencionan como fundamental en el decremento de problemas de conducta.

En la segunda etapa de la instrucción, la conducta de Tono de voz firme en ambos grupos se incrementa hacia la tercer sesión de Línea Base (LB), por lo cual es difícil identificar el efecto del Tratamiento (TX) sobre esta y es recomendable aumentar el número de sesiones, de tal manera que se pueda hacer una descripción más precisa. En la etapa de Tratamiento (TX) las conductas presentan un aumento respecto a sus Líneas Bases (LB), probablemente como consecuencia del Taller; sin embargo los

índices de las conductas Tono de voz firme, Obtener atención y Repetir instrucción e instigar son elevados, considerando que el Taller pretende que el uso de estas estrategias se reduzca dada la efectividad en la aplicación de la primera etapa de una instrucción alfa, esta situación permite ver que el profesor llevó a la práctica los conocimientos teóricos por medio de las estrategias adquiridas en el control de la disciplina, al ser capaz de manejar las dos etapas de la instrucción, incrementando la probabilidad de obediencia por parte de los alumnos de acuerdo a Ayala, Téllez y Gutiérrez (1994).

En cuanto al Cuestionario de *Evaluación de Conocimientos para maestros antes y después de la intervención* en el profesor de 1º A, el incremento en los resultados de su cuestionario es considerable, lo cual constituye un punto de referencia importante considerando que los conocimientos teóricos que se adquirieron (según estos resultados) fueron reflejados a lo largo de la práctica del programa de intervención; a su vez el profesor de 1º B presenta un incremento ligeramente menor, conocimiento que funge como una evaluación confiable de los resultados positivos arrojados por el Taller, de acuerdo a la investigación realizada por Ayala, et al. (2001) en donde un Cuestionario de Evaluación de Conocimientos antes y después es utilizado como parámetro en el análisis de los resultados.

Finalmente en el *Cuestionario de Validación Social para Maestros*, el profesor de 1º A presenta resultados con porcentajes elevados, siendo el área de procedimiento la más relevante, es decir, la manera en la que se trabajó fue gratificante y fructífera para los propósitos del profesor. En el caso del profesor de 1º B los niveles de satisfacción se encuentran por arriba del otro, lo cual refleja un aprovechamiento sobresaliente en el profesor, así como logros importantes alcanzados a través del Tratamiento (TX), resaltando el área de satisfacción con el terapeuta, en donde la importancia social, según Wolf (1978) será un juicio de valor subjetivo, emitido por los sujetos, que dará la relevancia e impacto del trabajo realizado; lo cual deja entrever un trabajo de metas positivas conseguidas para ambas partes (psicólogo e institución educativa), que de acuerdo con Fawcett (1995) deben ser la armonía laboral entre éstas partes y la

comunidad, la clave de una exitosa intervención comunitaria, cuyo impacto en la población amerita ser evaluado con el fin de conocer los alcances del trabajo realizado.

Para investigaciones posteriores, centradas en el área en la cual se realizó el presente trabajo, se hacen sugerencias con el propósito de mejorar la certeza de los resultados, tales como, evaluar el rendimiento académico de los alumnos antes, durante y después de la intervención, como variable probablemente vinculada a las conductas disruptivas en el salón de clases, de acuerdo a Ayala, Fulgencio, Chaparro y Pedroza (2000); además, modificar el tipo de diseño a un A B con Seguimiento, lo cual permitirá comparar de manera factible el impacto del Tratamiento y observar el mantenimiento a largo plazo de las habilidades adquiridas durante la intervención.

El campo de la investigación conductual infantil ha contribuido al conocimiento del desarrollo bio – psico – social de los diferentes grupos culturales que integran las comunidades y que cada día se ven en la necesidad de recibir ayuda por parte de los profesionales de la Salud, ya que los hábitos y conductas adquiridas en la infancia han demostrado ser determinantes en el futuro de cada uno de los individuos que persiguen objetivos en común, comparten costumbres, se enfrentan a circunstancias adversas del ambiente y serán los únicos capaces de transformar su medio para una mejor utilización de sus recursos.

Para esto las ciencias de la conducta deben encaminarse al estudio no solo del niño sino al de las vías por las cuales recibe un ejemplo, una influencia, un aprendizaje, etc., y estructurar con ello programas que mejoren la calidad de vida, así como las expectativas no solo del individuo sino de una sociedad a la que éste pertenecerá el día de mañana.

BIBLIOGRAFIA

- Abramson, J. H. (1990). *Métodos de estudio en medicina comunitaria. Una introducción a los estudios epidemiológicos y de evaluación*. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Achenbach, R. (1974). *Developmental Psychopathology*. New York: Ronald Press.
- Aduna, A. P. (1998). *Afrontamiento, apoyo social y solución de problemas en estudiantes universitarios: estudio experimental*. México: Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Aluja, A. y Torrubia, T. (1996). Componentes psicológicos de la personalidad antisocial en delincuentes: búsqueda de sensaciones y susceptibilidad a las señales de premio y castigo. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 23(2), 47-56.
- American Psychiatric Association. (APA). (1980, 1987, 1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Ediciones III, III/R y IV. Washington: Author.
- Argyle, M. (1964). *Psicología de los problemas sociales*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Ayala, H. E. y Brandt, J. G. (1976). *Community based Family-Styled, Group Home Treatment for pre-delinquents. In Models for Delivery Quality Human Services*. E.E.U.U: University of Hawaii Press, 33-44.
- Ayala, H., Chaparro, A., Fulgencio, M., et al. (2001). Tratamiento de agresión infantil: desarrollo y evaluación de programas de intervención conductual multi – agente. *Revista mexicana de análisis de la conducta*, 27(1), 1-34.
- Ayala, H., Fulgencio, M., Chaparro, A. y Pedroza, F. (2000). Resultados preliminares del proyecto estudio longitudinal del desarrollo de la conducta agresiva en niños y su relación con el establecimiento de conducta antisocial en la adolescencia. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 26(1), 65-89.
- Ayala, H. E. (1998). Intervenciones analítico conductuales en problemas socialmente relevantes: investigación de proceso, de resultados y de diseminación. *Las aportaciones mexicanas a la Psicología*. 527-548.
- Ayala, H., González, J., Fulgencio, M., Téllez, G. y Barragán, N. (1998). *Manual de entrenamiento a padres*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Ayala, H., Téllez, G. y Gutiérrez, M. (1994). Análisis y establecimiento de estilos instruccionales en Padres de Familia como Estrategia de Intervención Conductual Infantil. *Revista Mexicana de Psicología*, 11(1), 7-18.

- Ayala, H. E. y Hall, V. R. (1979). *Efectos de varios sistemas de economía de fichas en el mejoramiento de la producción académica y del comportamiento de estudiar*. México: Editorial Trillas.
- Ayala, H. E. y Molina, J. (1969). *El uso de Reforzamiento Negativo y Positivo en Modificación de Conducta. En Memorias del 1er Simposium Interamericano sobre Retardo Mental*. México: Centro de Estudios Interamericanos en Seguridad Social-IMSS.
- Bandura, A., Ross, D. y Ross, S. (1961). Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *J. abnorm. Soc. Psychol*, 62(5), 75-82.
- Barkley, R. (1997). *Defiant children. A clinician's Manual for Assessment and Parent Training*. New York: The Guilford Press.
- Barragán, L., Cruz., B., Fulgencio, M., Barragán, N. y Ayala, H. (1998). *Manual de autocontrol del estrés*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Barton, A. (1969). *Communities in Disaster: A Sociological Analysis of Collective Stress Situations*. New York: Doubleday.
- Báyes, R. (1979). *Psicología y Medicina: interacción, cooperación, conflicto*. Barcelona, España: Fontanello.
- Belloch, A. (1989). *Conducta de salud y conducta de enfermedad. Psicología y medicina*. Valencia, España: Promolibro.
- Bennett, N. (1976). *Teaching styles and pupil progress*. Londres: Open Books.
- Berelson, B. (1969). Beyond Family Planning. *Science*, 163, 533-543.
- Brauchmann, C. J., Maloney, D. M., Fixsen, D. L., Phillips, E. L y Wolf, M.M. (1971). *An analysis of the effects of training on interview skills*. Washington: Paper presented at the American Psychology Association.
- Buceta, J. M. (1990). *Las nuevas aplicaciones de la psicología clínica y la modificación de conducta en el área de la salud*. Madrid, España: Eudema.
- Burt, C. (1925). *The Young Delinquent*. Londres: University of London Press.
- Buss, A. H. (1961). *The Psychology of Aggression*. Nueva York: Wiley.
- Cairns, R. y Cairns, B. (1990). Predicting aggressive patterns in girls and boys: A developmental study. *Aggressive Behavior*, 10, 227-247.

- Campion, J. (1987). *El niño en su contexto. La teoría de los sistemas familiares en Psicología de la Educación*. Madrid, España: Paidós.
- Carroll, H. C. (1977). *The problem of absenteeism: research studies past and present*. Swansea: University College Swansea.
- Castro, M. E. y Chávez, A. M. (1986). Predictores del consumo de drogas en jóvenes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 3(2).
- Castro, S.M. y Millé, M.C. (1998). *Construye tu vida sin adicciones. Manual del facilitador*. México: Secretaría de Salud y Consejo Nacional contra las Adicciones.
- Clarke, R. V. (1977). Psychology and crime. *Bulletin of the British Psychological Society*, 30, 280-283.
- Clarke, R. y Mayhew, P. (1980). *Designing out Crime*. Londres: Her Majesty's Stationery Office.
- Coleman, S. (1971). *Contemporary Social Problems*. E.E.U.U: Harcourt Brace Jovanovich International 3th. Edition.
- Conaway, L.P. y Hansen, D.J. (1989). Social behavior of physically abused and neglected children: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 9, 627-652.
- Cooper, J. O., Heron, T. E. y Heward, W. (1987). *Applied Behavior Analysis*. Merrill Publishing Company.
- Costa, M. y López, E. (1986). *Salud comunitaria*. Barcelona, España: Editorial Martínez Roca.
- Costa, M. y López, E. (1983). Aportaciones de la Ciencia del Comportamiento en un Servicio Nacional de la Salud. *Papeles del Colegio*, 9, 11-21.
- Chainé, S., Flores, R., Barragán, N y Ayala, H. (1998). *Manual de entrenamiento a padres en actividades planeadas*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Champion, G. (1988). *Introducción a los estudios sociales sobre los inhaladores*. México: Consejo Nacional contra las Adicciones.
- Chaparro, A. A. (1996). *Maltrato infantil e interacción madre – hijo: comparación entre madres con niños con problemas de conducta y madres con niños sin problemas de conducta*. México: Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Chávez, A. M. (1977). *Drogas y Pobreza*. México: Editorial Trillas.

- Chavis, D. M. y Wandersman, A. (1990). Sense of community in the urban environment: A catalyst for participation and community development. *American Journal of Community Psychology*, 18, 55-81.
- De la Garza. (1977). *Adolescencia Marginal e Inhalantes*. México: Editorial Trillas.
- Di Georgi, P. (1988). *El niño y sus instituciones*. México: Editorial Martínez Roca.
- Díaz, O. y Valera, R. (1988). *Ingresos relacionados con elementos de intoxicación al Consejo Tutelar para Menores Infractores del D.F.* México: Consejo Nacional contra las Adicciones.
- Dowling, E. y Osborne, E. (1996). *Familia y Escuela. Una aproximación conjunta y sistémica a los problemas infantiles*. Barcelona, España: Temas de Educación Paidós.
- Eron, L.D. (1987). The Development of aggressive behavior from the perspective of a developing behaviorism. *American Psychologist*, 42, 4345-4442.
- Faba, G., Toussaint, C., Borges, A. y Vieyra, A. (1995). *La investigación en Salud en América Latina. Estudio de países seleccionados*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No. 543.
- Farrington, D. P. (1979). Experiments on deviance with special reference to dishonesty. *Advances in Experimental Social Psychology*, 12.
- Fawcett, S., Paine-Andrews, A., Francisco, V., Schultz, J., Ritcher, K., Lewis, R., Williams, E., Harris, K., Berkley, R., Fisher, J. y Lopez, C. (1995). Using Empowerment Theory in Collaborative Partnerships for Community Health and Development. *American Journal of Community*. 23(5), 677-697.
- Fawcett, S., White, G., Balcazar, Y., Mathews, R., Paine, A., Seekins, T. y Smith, J. (1994). A contextual behavioral model of empowerment: Case studies involving people with disabilities. *American Journal of Community Psychology*. 22, 471-496.
- Fawcett, S., Seekins, T., Whang, P., Muiu, C. y Suarez-Balcazar, Y. (1982). Involving consumers in decision-making. *Social Policy*. 13, 36-41.
- Fernández, B. y Corraliza, J. A. (1996). Aspectos físicos y sociales en los lugares peligrosos. Miedo al delito en un espacio institucional. *Revista de Psicología Social*, 2(11), 219-234.
- Fernández, B. (1995). *Lugares peligrosos. Psicología Ambiental y miedo al delito*. Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid (Tesis doctoral no publicada).
- Fisher, L. (1988). Aggression and delinquency: Family and environmental factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 17(3).

- Forehand, R., Wells, K. y Griest, D. (1980). An examination of the social validity of a parent training program. *Behavior Therapy*, 11, 488-502.
- Fransson, A. (1977). On qualitative differences in learning: IV – Effects of intrinsic motivation and extrinsic test anxiety on process and outcome. *British Journal of Educational Psychology*, 47, 244-257.
- Fritz's. R. (1971). *Contemporary Social Problems*. E.E.U.U: Harcourt Brace Jovanovich International First Edition.
- Fulgencio, M., Chaparro, A., Chiquini, Y., Romero, G., Téllez, G., Barragán, N. y Ayala, H. (1998). *Manual de entrenamiento a terapeutas para el manejo de problemas de desobediencia*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Fulgencio, M. (1996). *Validación Social de un programa eco conductual para la prevención y tratamiento del maltrato infantil*. México: Tesis no publicada de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gale, A. y Chapman, A. (1990). *Psicología y problemas sociales. Introducción a la psicología aplicada*. México: Editorial Limusa.
- Garberí, R. y Compañ, E. (1990). *Evolución, Sistemas y terapia familiar*. Alicante, España: Editorial Diputación de Alicante.
- Glueck, S. (1950). *Unraveling Juvenile Delinquency*. E.E.U.U: Harvard U. P.
- Gode, E. (1971). *Drugs in American Society*. New York: Editorial Knopf.
- González, J., Téllez, G., Fulgencio, M., Chaparro, A., Vargas, E. y Ayala, H. (1998). *Manual de entrenamiento en interacción: registro de la interacción y aplicación del programa*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Gurin, G., Veroff, J. y Feld, S. (1960). *Americans View Their Mental Health*. New York: Editorial Basic Books.
- Hadad, W. D. (1991). *Efectos educacionales y económicos de las prácticas de promoción y reprobación*. En P. Latapí (Eds.), *Educación y Escuela. Lecturas básicas para investigadores de educación*. I. La Educación Formal. México: SEP, Nueva Imagen.
- Hall, R., Ayala, H. E., Copeland, R., Cossairt, A., Freeman, J. y Harris, J. (1971). *Responsive teaching: An approach for training teachers in Applied Behavior Analysis Techniques*. E.E.U.U.: University of Kansas Press.
- Hare, R. (1991). Performance of psychopaths on cognitive tasks related to frontal lobe function. *J. Abn. Psychol.* 93, 133-140.

- Herbert, M. (1983). *Trastornos de la conducta en la infancia y la adolescencia. Enfoque conductista de su evolución y tratamiento*. Barcelona, España: Paidós.
- Herbert, M. (1981). *Behavioral Treatment of problem children: A practice manual*. Londres: Academic Press.
- Herbert, M. (1976). Assessment and treatment of children and their parents in home settings. *Child Treatment Research Unit*, 3, 1-16.
- Hernández, F. e Immer, N. (1997). *Salud pública. El milagro invisible*. Colección de oro para el profesional de la salud pública.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hersov, L. (1975). Truancy, school absenteeism and delinquency. *Scottish Educational Studies*, 7, 97-107.
- Hersov, L. (1960). Persistent non-attendance at school. *Journal Child Psychol. Psychiat*, 1, 130-136.
- Hewitt, L. E. y Jenkins, R. L. (1964). *Fundamental Patterns of Maladjustment, the Dynamics of their Origin*. Illinois, E.E.U.U: Editorial D. H. Green.
- Himmelman, A. T. (1992). *Communities working collaboratively for a change*. Minneapolis, E.E.U.U.
- Holtzman, W. H. (1988). La Psicología y la Salud Mental. *Revista Mexicana de Psicología*. 5(2), 159-166.
- Hunt, W. A., Matarazzo, J. D., Weiss, M. S. y Gentry, W. D. (1979). Associative Learning, Habit, and Health Behavior. *Journal of Behavior Medicine*, 2, 111-124.
- INEGI. Distrito Federal, resultados definitivos. Tabulados básicos. Censo de población y vivienda de 1995.
- INEGI. Sistema para la consulta de la información censal por colonias (SCINCEC). Información de 1995.
- Kazdin, A.E. (1987). Treatment of antisocial behavior in children: Future directions. *Psychological Bulletin*, 102, 187-203.
- Kiring, K. A., Bailey, J.S., Phillips, E. L., Fixsen, D.I. y Wolf, M. M. (1975). *The effects of homebased reinforcement on the study behavior and academic performance of pre-delinquent boys*. Unpublished manuscript. E.E.U.U: University of Kansas.

- Kirsht, J. P. (1983). Preventive Health Behavior: A Review off Research and Issues. *Health Psychology, 2*, 277-301.
- Kovach, J. y Glickman, N. (1986). Levels and psychosocial correlates of adolescent drug use. *Journal of Youth and adolescence, 15*(1).
- Kwong, J. (1983). Is everyone equal before the system of grades?: Social background and opportunities in China. *British Journal of Sociology, 34*(1), 93-108.
- Lander, B. (1954). *Towards and Understanding of Juvenile Delinquency*. Nueva York: Editorial Columbia U. P.
- Langlie, J. K. (1977). Social Networks, Health Beliefs, and Preventive Behavior. *Journal of Health and Social Behavior, 18*, 244-259.
- Latorre, J. M. y Benet, P. J. (1992). *Psicología de la Salud*. Argentina: Editorial Lumen.
- Latorre, P. (1994). *Psicología de la Salud. Aportaciones para los profesionales de la Salud*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Lumen.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Editorial Martínez Roca.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer – Vergal.
- Leal, H. (1977). *Estudio naturalístico sobre el fenómeno de consumo de inhalantes*. México: Editorial Trillas.
- Lemert, E. M. (1972). *Human Deviance, Social Problems and Social Control*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Lewis, T., Sugai, G. y Colvin, G. (1998). Reducing Problem Behavior trough a school wide system of effective Behavioral support: Investigation of a school – wide social skills training program and contextual interventions. *School Psychology review, 27*, 446-460.
- Looker, D y Pineo, P. (1983). Social psychological variables and their relevance to the status attainment of teenagers. *Journal of Sociology, 6*(8).
- López-Lugo, E., Villatoro, J., Medina, M. y Juárez, F. (1996). Autopercepción del Rendimiento Académico en Estudiantes Mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología, 13*(1), 37-47.
- Lutzker, J., Wesch, D. y Rice, J. (1984). A review Project "12 ways": an ecobehavioral Approach to the Treatment and Prevention of child Abuse and Neglect. *Advances in Behavior research and Therapy, 6*, 63-73.

- Matarazzo, J. D. (1984). Behavioral Health. *A Handbook of Health Enhancement and Disease prevention*. Nueva York: Editorial Wiley and Sons.
- Matarazzo, J. D. (1984). Behavioral Health: A 1990 Challenge for the Health Science Professions. *American Journal of Public Health*, 69, 1142-1145.
- Matarazzo, J., Lazarus, R., Melamed, B. y Schuartz, G. (1984). *Psychology and Health*. Edited by Hammonds, B. y Scheirer, J. American Psychological Association. USA.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers For a New Health Psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Matus, H. (1989). *Aplicación del método EPL2R y su influencia en el rendimiento académico*. México: Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- May, A. (1975). Truancy, school absenteeism and delinquency. *Scottish Educational Studies*, 7, 97-107.
- Mayer, G. y Sulzer – Azaroff. (1991). Interventions for vandalism. In: G. Stoner, M.K. Shinn y H.M. Walker (Eds.). *Interventions for achievement and behavior problems*. Washington: National Association of School Psychologists.
- Mechanic, D., Matarazzo, J. D., Weiss, S. M. y Herd, J. A. (1979). The Stability of Health and Illness Behavior: Results From a 16-Year Follow up. *American Journal of Public Health*, 69, 1142-1145.
- Mednick, B. (1987). Long term effects of parental divorce on young adult male crime. *Journal of Youth and Adolescence*, 16(1).
- Merton, K. y Nisbet, R. (1971). *Contemporary Social Problems*. E.E.U.U: Harcourt Brace Jovanovich International 3th. Edition.
- Moos, R.H. (1985). *Evaluating social resources in community and health care contexts*. In P. Karoly (Ed.), *Measurement strategies in health psychology*. New York: Wiley.
- Morales, F. (1995). La Psicología de la Salud al Final del Siglo: Una Aproximación desde la Profesión. *Revista Mexicana de Psicología*, 12(2), 177-183.
- Morales, F. y Azcaño, R. (1987). *El concepto psicología de la salud en la atención primaria*. En *Psicología de la Salud en la atención primaria*. La Habana, Cuba: Publicación del Palacio de las Convenciones.

- Morales, S. (1996). *Evaluación de un programa para padres que maltratan a sus hijos basado en el entrenamiento en planificación de actividades en el hogar y en la comunidad: adquisición de habilidades de enseñanza incidental*. México: Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Muñoz – Izquierdo, C. (1976). *Factores determinantes del rendimiento escolar asociados con diferentes características socioeconómicas de los educandos*. México: Centro de Estudios Educativos.
- Nehman, H. A. (1990). *Consumo de drogas y conductas antisociales en un grupo de adolescentes indigentes de la ciudad de México*. México: Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Newcomb, M. (1987). Substance abuse and psychological risk factors among teenagers: associations with sex, age, ethnicity and type of school. *Drug Alcohol Abuse*, 13(4).
- Niño, A. E. (1990). *Propuesta de detección y evaluación de las dificultades de los niños dentro de las instituciones de educación primaria*. México: Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- OMS (2000). *Estrategia Mundial de Salud para todos*. Ginebra.
- OMS (1982). *Séptimo programa general de trabajo para el periodo 1984-1989. Salud para todos*, 8.
- Panzetta R. (1971). *Community Mental Health*. Philadelphia: Editorial Lea y Febrieger, pp. 197.
- Patterson, G., Reid, J. y Jones, R. (1989). *Aggression and Violence Genetic Neurobiological and Biosocial Prospectives*. New York: Librerías Erlbaum.
- Pichot, P., López-Ibor, J. y Valdes, M. (1997). *DSM – IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España: Masson, pp. 39-99.
- Polanco – Bueno, R. (1994). Observación y retroalimentación del comportamiento docente en el salón de clases: sus efectos sobre el desempeño de profesores universitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 26(1), 35-49.
- Power, M. J., Alderson, M. R., Phillipson, C. M., Shoenberg, E. y Morris, J. N. (1967). Delinquent Schools?. *New Society*, 10, 542-543.
- Reid, K. (1984). The behavior of persistent school absentees. *British Journal of Educational Psychology*, 54, 320-330.
- Reig, A., Rodríguez, J. y Mirá, J. J. (1987). Psicología de la salud: algunas cuestiones básicas. *Información psicológica*, 30, 5-10.

- Reynolds, D. y Murgatroyd, S. (1977). *The sociology of schooling and the absent pupil: the school as a factor in the generation of truancy*. Swansea: University College of Swansea.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: Un análisis conceptual*. Barcelona, España: Editorial Martínez Roca.
- Robins, L. N. (1972). Follow Up studies of behavior disorders in childrens. En H.C. Quay y J.S Werry (Comps). *Psychopathological Disorders of Childhood*. New York: Wiley.
- Ruhl, K. (1985). Handling aggression: Fourteen methods teachers use. *Pointer*, 29(2), 30-33.
- Rutter, M., Maughan, B., Mortimore, P., Ouston, J. y Smith, A. (1979). *Fifteen Thousand Hours*. Londres, Inglaterra: Editorial Open Books.
- Rutter, M. (1977). Prospective studies to investigate behavioral change. In: J.S. Strauss, H.M. Babigian y M. Roff, (Eds.). *The origins and course of psychopathology*. New York: Plenum.
- Samano, I. (1987). *Análisis de la Figura Paterna y Otras Variables Psicosociales en relación con las Conductas de Homicidio y Robo*. México: Tesis de doctorado. Universidad Iberoamericana.
- San Martín, H. y Pastor, V. (1992). *Salud Comunitaria. Teoría y práctica*. Madrid, España: Editorial EUB.
- San Martín, H. y Pastor, V. (1984). *Epidemiología social y de la comunidad*. Madrid, España: Editorial Díaz de Santos.
- San Martín, H. (1982). *Salud y Enfermedad*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Santoyo, C., Espinosa, C. y Maciel, O. (1996). Reciprocidad e Interacciones Coercitivas de Niños Preescolares. *Revista Mexicana de Psicología*, 13(1), 63-74.
- Schaefer, C., Coiné, J. y Lazarus, R. (1982). The health – related functions of social support. *Journal of Behavior Medicine*, 4, 381-406.
- Sears, R. R. (1953). Some childhood antecedents of aggression and dependency in young children. *Genet. Psychol.. Monogr*, 47, 135-236.
- Senna, J., Rathus, S. y Siegel, L. (1974). Delinquent behavior and academic investment among suburban youth. *Adolescence*, 9(36), 481-494.

- Shaw, C. R. y Mackay, H. D. (1960). *Social Factors in Juvenile Delinquency*. E.E.U.U: Government Printing Office.
- Shields, J y Slater, E. (1960). *Heredity and psychological abnormality*. Londres, Inglaterra: Editorial Pitman.
- Simmons, J. y Leigh, A. (1980). *Factors which promote school achievement in developing countries: A review of the research*. USA: The international Development Research Center.
- Sorin, M. (1993). *El rol del Psicólogo comunitario: reflexiones sobre impotencias, omnipotencias y potencias*. Cuba: Universidad de la Habana.
- Stone, G. C. (1982). Health Psychology: A New Journal For a New Field. *Health Psychology, 1(1)*, 1-16.
- Stora, J.B. (1992). *El estrés*. México: Publicaciones Cruz.
- Tajfel, H. (1969). Social and Cultural Factors in Perception. *The Handbook of Social Psychology, 3 (22)*.
- Taylor, S.E. (1986). *Health Psychology*. Nueva York: Editorial Random House.
- Tolan, P. (1988). Delinquent behavior and male adolescent development: a preliminary study. *Journal of Youth and Adolescence, 17(5)*.
- Trasler, G. B. (1962). *The explanation of Criminality*. Londres: Clarendon Press.
- Tyerman, M. J. (1958). A research into truancy. *Br. J. Educ. Psychol., 28*, 217-225.
- Tygart, L.E. (1988). Strain theory and public school vandalism: Academic tracking, school social status and students academic achievement. *Youth and Society, 20(1)*, 106-118.
- Videla, M. (1991). *Intervención Psicológica en Salud Comunitaria*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Cinco.
- Wade, B. (1981). Highly anxious pupils in formal and informal primary classrooms: the relationships between inferred coping strategies and: I – cognitive attainment. *British Journal of Educational Psychology, 51*, 39-49.
- Wallace, G. y Larsen, S. (1978). *Educational Assessment of Learning Problem*. Testing for thing. Allyn and Bacon Inc. Cap. 13.
- West, D. J y Farrington, D. P. (1977). *The Delinquent Way of Life*. Londres, Inglaterra: Editorial Heinemann.

- West, D. J. y Farrington, D. P. (1973). *Who Becomes Delinquent?*. Londres, Inglaterra: Heinemann.
- Wiley, B. (1961). *Social Problems in America*. Law and Society.
- Wilkins, L. T. (1960). *Delinquent Generations*. Londres: Editorial H. M. S. O.
- Wilson, S. (1978). Vandalism and defensible space on London housing estates. En: R.V.G. Clarke (Ed.). *Tackling Vandalism*. Londres: Her Majesty's Stationery Office.
- Yell, M. (1990). The use of corporal punishment suspension, expulsion and timeout with behaviorally disordered students in public school: legal considerations. *Behavioral Disorders*, 15(2), 100-109.
- Zabel, M. (1986). Timeout use with behaviorally disordered students. *Behavioral Disorders*, 12(1), 15-21.
- Zax, M. y Specter, G. (1979). *Introducción a la Psicología de la Comunidad*. México: Editorial Paidós.
- Zimbardo, P. (1976). *Making sense of senseless vandalism*. Nueva York: Oxford University Press, pp 129-134.
- Zimbardo, P. (1997). Situaciones sociales: su poder de transformación. *Revista de Psicología Social*, 1(12), 99-112.
- Zimmerman, M. (1990). Taking aim on empowerment research: On the distinction between individual and psychological conceptions. *American Journal of Community Psychology*. 18, 169-177.
- Zimmerman, M. y Rappaport, J. (1988). Citizen participation, perceived control and psychological empowerment. *American Journal of Community Psychology*. 16, 725-750.

ANEXO 1

SIMBOLOGIA DE MAPA

A.....ABARROTES

R.....RESIDENCIAL

F.....FARMACIA

L.....LOTE VALDIO

P.....PAPELERIA

FR.....FRACCIONAMIENTO

V.....VECINDAD

O.....OPTICA

D.....DENTISTA

FO.....FONDA

E.....EDIFICIO

SERVICIO MEDICO

CAPILLA

ANEXO 2

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Instrucciones generales: Explique a la persona entrevistada que el instrumento consiste de 7 componentes principales: nivel socio-económico, salud y vida cotidiana, redes de apoyo social, formas de consumo, hábitos alimenticios, tiempo libre y expresividad; y que en cada una se le darán las instrucciones específicas. Así mismo, comente acerca de la importancia de la confidencialidad de estos datos.

Nivel socio-económico

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

Nombre: _____

Dirección: _____

1. Edad: _____ 2. Género: F M

3. Estado Civil: Casado Soltero Divorciado Separado Viudo Unión Libre

4. Escolaridad: Sin estudios Primaria Secundaria Bachillerato Profesional

5. Ocupación: _____ 6. Religión: _____

7. Estatura: _____ 8. Peso: _____

9. Constitución: _____

Teléfono: _____

Datos de la familia:

10. ¿Cuántos miembros conforman la familia? _____

11. Señale el ingreso mensual promedio de la familia:

Menos de \$500.00

De \$500 a \$999

De \$1000 a \$ 1800

De \$1801 a \$3000

De \$3001 a \$5500

Más de \$5501

12. La casa que habitan es:

Propia

La están pagando

Prestada

Rentada

Otro

13. ¿Con cuantas habitaciones cuenta su casa?: _____

Nivel socio-económico

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

Nombre: _____
Dirección: _____

1. Edad: _____ 2. Género: F M

3. Estado Civil: Casado Soltero Divorciado Separado Viudo Unión Libre

4. Escolaridad: Sin estudios Primaria Secundaria Bachillerato Profesional

5. Ocupación: _____ 6. Religión: _____

7. Estatura: _____ 8. Peso: _____

9. Constitución: _____

Teléfono: _____

Datos de la familia:

10. ¿Cuántos miembros conforman la familia? _____

11. Señale el ingreso mensual promedio de la familia:

Menos de \$500.00

De \$500 a \$999

De \$1000 a \$ 1800

De \$1801 a \$3000

De \$3001 a \$5500

Más de \$5501

12. La casa que habitan es:

Propia

La están pagando

Prestada

Rentada

Otro

13. ¿Con cuantas habitaciones cuenta su casa?: _____

14. Marque con una \checkmark con cuales de los siguientes servicios cuenta su casa

Servicios	Sí	Servicios	Sí
Luz eléctrica		Servicio doméstico	
Techo de concreto		Reproductor de CD	
Regadera		TV por cable	
Calentador		Antena parabólica	
TV a color		Teléfono	
Secadora		Teléfono celular	
Lavadora de ropa		Seguro para el automóvil	
Automóvil.		Seguro de vida	

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

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

16. ¿Qué problemas detecta dentro de su comunidad?

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

Otros: _____

Salud y vida cotidiana

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

Si: 1 No: 2

- | | |
|--|---|
| 17. <input type="checkbox"/> Anemia | 24. <input type="checkbox"/> Problemas con la espalda |
| 18. <input type="checkbox"/> Asma | 25. <input type="checkbox"/> Problemas con el corazón |
| 19. <input type="checkbox"/> Artritis o reumatismo | 26. <input type="checkbox"/> Presión alta |
| 20. <input type="checkbox"/> Bronquitis | 27. <input type="checkbox"/> Problemas del riñón |
| 21. <input type="checkbox"/> Cáncer | 28. <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| 22. <input type="checkbox"/> Problemas crónicos del hígado | 29. <input type="checkbox"/> Úlceras |
| 23. <input type="checkbox"/> Diabetes | |
| 30. <input type="checkbox"/> Ha sentido debilidad | 36. <input type="checkbox"/> Ha sentido acidez estomacal o indigestión |
| 31. <input type="checkbox"/> Ha sentido de repente calor en todo el cuerpo | 37. <input type="checkbox"/> Ha sentido escalofríos |
| 32. <input type="checkbox"/> Ha sentido que el corazón le late fuertemente | 38. <input type="checkbox"/> Ha tenido manos temblorosas |
| 33. <input type="checkbox"/> Ha tenido poco apetito | 39. <input type="checkbox"/> Ha tenido dolor de cabeza |
| 34. <input type="checkbox"/> Se ha sentido inquieto | 40. <input type="checkbox"/> Ha tenido estreñimiento |
| 35. <input type="checkbox"/> Se ha sentido preocupado | 41. <input type="checkbox"/> Ha sufrido insomnio |
| | 42. <input type="checkbox"/> Diarrea constante |
| 43. <input type="checkbox"/> Ha sentido que no puede empezar ninguna actividad | 46. <input type="checkbox"/> Ha sentido preocupaciones personales que le hacen sentir enfermo |
| 44. <input type="checkbox"/> Ha sentido que se preocupa demasiado | 47. <input type="checkbox"/> Ha sentido que nada le sale bien |
| 45. <input type="checkbox"/> Ha sentido que su memoria no está del todo bien | 48. <input type="checkbox"/> ¿Se ha preguntado si existe algo que todavía valga la pena? |

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

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

49. Agresivo	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Ambicioso	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Seguro de sí mismo	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Calmado	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Confiado	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Dominante	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Accesible	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Activo	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Feliz	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Extrovertido

—

59. Exitoso

—

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

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

—

Cuando tengo un problema muy fuerte...

60. Trato de saber más sobre la situación

—

61. Hablo con mi pareja o con otros parientes acerca del problema

—

62. Hablo con algún amigo acerca del problema

—

63. Hablo con algún profesional, abogado o cura

—

64. Rezo por una guía o para darme valor

—

65. Me preparo para el peor de los casos

—

66. Dejo de preocuparme y pienso que todo saldrá bien

—

67. Me desquito con otras personas cuando me siento enojado o deprimido

—

68. Trato de ver el lado bueno de la situación

—

69. Me ocupo con otras cosas para no pensar en lo sucedido

—

70. Formulo un plan de acción y lo llevo a cabo

—

71. Considero varias alternativas para manejar el problema

—

72. Me guío por experiencias pasadas

—

73. Dejo de expresar mis sentimientos

—

74. Tomo las cosas como vienen, paso a paso

—

75. Trato de ver las cosas objetivamente.

—

76. Pienso sobre la situación para tratar de entenderla mejor

—

77. Me digo cosas para ayudarme a sentirme mejor

—

78. Intento no precipitarme, actuando impulsivamente

—

79. Me olvido del problema por un tiempo

—

80. Sé que tengo que hacer y me esfuerzo por que las cosas funcionen

—

81. Evito estar con la gente en general

—

82. Me propongo que la próxima vez las cosas serán diferentes

—

83. Me niego a creer lo que está sucediendo

—

84. Lo acepto y pienso que no puedo hacer nada

—

85. Busco ayuda con personas o grupos que hubieran tenido experiencia similares

—

86. Negocio para rescatar algo positivo de la situación

—

Intento reducir la tensión:

87. Tomando más

—

88. Comiendo más

—

89. Fumando más

—

90. Haciendo más ejercicio

—

91. Tomando tranquilizantes

—

92. ¿Cuántos amigos cercanos tiene (personas con quien usted puede platicar sus problemas personales)? _____

93. ¿A cuantas personas conoce, de las cuales usted puede esperar ayuda real en tiempos difíciles? _____

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

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

Formas de consumo

Instrucciones específicas: Es muy importante que conteste a las siguientes preguntas con mucho cuidado y sinceridad. No existen respuestas correctas o incorrectas. Las preguntas se relacionan al uso de alcohol, drogas y algunos aspectos relacionados con el consumo. La información recabada es estrictamente confidencial y ninguna otra persona tendrá acceso a ésta. Por lo tanto, anote su respuesta en cada columna con relación a usted, su pareja y algún otro miembro de la familia.

	Yo	Mi pareja	Otro miembro de la Familia
100. ¿Ha bebido en los últimos 12 meses?	Si: 1 No: 2	Si: 1 No: 2	Si: 1 No: 2
101. ¿Ha bebido en los últimos 30 días?	Si: 1 No: 2	Si: 1 No: 2	Si: 1 No: 2
102. ¿Ha bebido en la última semana?	Si: 1 No: 2	Si: 1 No: 2	Si: 1 No: 2
103. ¿Qué acostumbra beber? (Puede marcar más de una opción)	<input type="checkbox"/> Pulque <input type="checkbox"/> Vino de mesa <input type="checkbox"/> Cerveza <input type="checkbox"/> Destilados <input type="checkbox"/> "Coolers" <input type="checkbox"/> Bebidas preparadas <input type="checkbox"/> Mezcal <input type="checkbox"/> Aguardiente <input type="checkbox"/> Alcohol puro <input type="checkbox"/> _____) Otra: _____	<input type="checkbox"/> Pulque <input type="checkbox"/> Vino de mesa <input type="checkbox"/> Cerveza <input type="checkbox"/> Destilados <input type="checkbox"/> "Coolers" <input type="checkbox"/> Bebidas preparadas <input type="checkbox"/> Mezcal <input type="checkbox"/> Aguardiente <input type="checkbox"/> Alcohol puro <input type="checkbox"/> _____) Otra: _____	<input type="checkbox"/> Pulque <input type="checkbox"/> Vino de mesa <input type="checkbox"/> Cerveza <input type="checkbox"/> Destilados <input type="checkbox"/> "Coolers" <input type="checkbox"/> Bebidas preparadas <input type="checkbox"/> Mezcal <input type="checkbox"/> Aguardiente <input type="checkbox"/> Alcohol puro <input type="checkbox"/> _____) Otra: _____
104. ¿Cuántas copas bebe por ocasión?	<input type="checkbox"/> 3 copas o menos <input type="checkbox"/> 4 copas <input type="checkbox"/> 5 copas <input type="checkbox"/> 6 copas o más	<input type="checkbox"/> 3 copas o menos <input type="checkbox"/> 4 copas <input type="checkbox"/> 5 copas <input type="checkbox"/> 6 copas o más	<input type="checkbox"/> 3 copas o menos <input type="checkbox"/> 4 copas <input type="checkbox"/> 5 copas <input type="checkbox"/> 6 copas o más
105. ¿Qué edad tenía cuando bebió por			

primera vez?:			
106. ¿Cuál es la razón por la que bebió por primera vez?			
107. ¿Cuál es la razón más importante por la que siguió bebiendo?			
108. ¿Que problemas de <u>salud</u> ha tenido por beber? (agudos o crónicos)			
109. ¿Qué problemas sociales ha tenido por beber? (arrestos, familiares, laborales, de pareja, etc.)			

	Yo	Mi pareja	Otro miembro de la Familia
110. ¿Ha fumado en los últimos 12 meses?	Si: 1 No: 2	Si: 1 No: 2	Si: 1 No: 2
111. ¿Ha fumado en los últimos 30 días?	Si: 1 No: 2	Si: 1 No: 2	Si: 1 No: 2
112. ¿Con qué frecuencia fuma actualmente?	() Diario () Frecuentemente () Ocasionalmente () Rara vez	() Diario () Frecuentemente () Ocasionalmente () Rara vez	() Diario () Frecuentemente () Ocasionalmente () Rara vez
113. Si no ha fumado en el último año y lo hizo anteriormente ¿Con qué frecuencia fumaba?	() Diario () Frecuentemente () Ocasionalmente () Rara vez	() Diario () Frecuentemente () Ocasionalmente () Rara vez	() Diario () Frecuentemente () Ocasionalmente () Rara vez
114. ¿Qué edad tenía cuando fumó por primera vez?			
115. De las personas que viven con usted, ¿Cuántas de ellas fuman actualmente?			
116. ¿En que lugar convive con esas personas frecuentemente?			
117. ¿Cuál es la razón por la que fumó por primera vez?			
118. ¿Cuál es la razón más importante por la que siguió fumando?			
119. ¿Qué problemas de salud ha tenido por fumar? (por ejemplo, tos, garganta irritada, resequedad, etc. O problemas más severos, Cáncer).			

120. ¿Qué problemas sociales ha tenido por fumar? (en su relación de pareja, familiar, amigos, etc.)			
--	--	--	--

	Yo	Mi pareja	Otro miembro de la Familia
121. ¿Alguna vez en su vida ha tomado o usado alguna sustancia?	Si: 1 No: 2	Si: 1 No: 2	Si: 1 No: 2
122. ¿Cuáles? Puede marcar mas de una:	a) Heroína b) Cocaína c) Marihuana d) De diseño: e) otras: _____	a) Heroína b) Cocaína c) Marihuana d) De diseño: e) otras: _____	a) Heroína b) Cocaína c) Marihuana d) De diseño: e) otras: _____
123. ¿Cuántos años tenía cuando lo hizo por primera vez?:			
124. ¿Cómo la obtuvo?:			
125. ¿En que lugar?			
126. ¿La ha consumido en los últimos 12 meses?	Si: 1 No: 2	Si: 1 No: 2	Si: 1 No: 2
127. ¿La ha consumido en los últimos 30 días?	Si: 1 No: 2	Si: 1 No: 2	Si: 1 No: 2
128. ¿Qué sustancia usa actualmente?:			
129. ¿Cuál es la razón por la que tomó sustancias por primera vez?			
130. ¿Cuál es la razón por la que lo siguió haciendo?			
131. ¿Qué problemas de salud ha tenido por tomar otras sustancias?			

132. ¿Qué otros problemas ha tenido por tomar sustancias?			
133. ¿Ha adquirido alguna enfermedad grave por utilizar sustancias (HIV)?			

Hábitos alimenticios

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

141. ¿Con qué frecuencia suele resolver problemas con otras personas o tiene disgustos mientras toma sus alimentos?

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

Uso del tiempo libre

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

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

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

- 3. No
- 0. Sí

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

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

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

- 3. No
- 0. Si

146. ¿Con qué frecuencia practica algún deporte o algún tipo de ejercicio como gimnasia, Yoga, Tai-chi, caminata o algo similar?

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

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

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

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

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

Expresividad

Es común que platiquemos o hablemos de nosotros o de nuestras actividades con nuestros seres queridos; sin embargo, no siempre encontramos una satisfacción real en este tipo de comunicación, es decir, algo que nos haga sentirnos comprendidos, sentir que logramos transmitir nuestras necesidades, nuestros sentimientos verdaderos y no aquellos que los otros desean escuchar.

En esta sección le vamos a hacer una serie de preguntas sobre como se expresa con los demás.

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

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

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

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

151. ¿Qué tan frecuentemente siente que se permite a sí mismo expresar sus sentimientos y pensamientos, ya sean positivos o negativos?

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

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

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

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

3) Diario o casi diario (frecuentemente)

2) Una o dos veces por semana (algunas veces)

1) Una o dos veces al mes (casi nunca)

0) Nunca

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

ANEXO 3

MANUAL DE ENTRENAMIENTO A MAESTROS

Las actividades realizadas en la escuela son las que determinarán, substancialmente, el progreso que presenten los alumnos en su desempeño académico y social. Muchos de los incidentes respecto a problemas de comportamiento reportados en las escuelas son debidos a debilidades en la organización de la escuela, el uso de los inmuebles, el curriculum, el horario y el contexto de enseñanza.

Si los temas revisados en clase carecen de interés para los alumnos, si las herramientas de la organización de la clase son inadecuadas, si los maestros presentan dificultades para manejar el problemas del alumno saludablemente, si hay una inconsistencia entre los maestros en las cuales las reglas deben de ser interpretadas y llevadas a cabo y si la

relación entre los maestros es hostil, es muy explicable que los alumnos se comporten de maneras inaceptables.

El objetivo del taller para maestros consiste en que el profesor conozca y entienda los diferentes factores que afectan el comportamiento de los alumnos en la escuela y aprenda a identificar aquellas conductas inapropiadas presentes en los alumnos, así como la forma más efectiva de corregir dichos comportamientos y prevenir que surjan, todo esto por medio de técnicas, herramientas y actitudes que puedan ser usadas efectivamente para manejar las conductas de los alumnos en la escuela y lleven a mejorar la interacción profesor - alumno.

Sesión 1

Conducta

Para poder disminuir algún comportamiento problemático en el aula es forzoso identificarlo y definirlo primero.

Es necesario que las conductas indeseables que se presentan en el salón de clases sean definidas objetiva, clara y específicamente, de modo que cualquier persona pueda OBSERVAR

los comportamientos del niño o la niña.

Modelo 1: Clara es agresiva.- la definición no explica que conductas realiza Clara cuando es agresiva, ni contra quien es agresiva.

Modelo 2: Clara golpea con las manos a Juan.- La conducta es observable, clara y específica

contra quien se esta realizando

Es difícil determinar cuales son los factores biológicos y ambientales que precipitan cierto tipo de comportamiento en los niños y cómo interactúan estos factores.

Aunque ciertas características temperamentales pueden hacer que algunos niños sean mas vulnerables al medio ambiente, es importante recalcar que por si mismas estas

Antecedentes

Una vez que se ha definido la conducta que se desea cambiar en el salón de clases es necesario identificar los antecedentes de esta.

Los antecedentes son los sucesos que ocurren INMEDIATAMENTE ANTES de la conducta, y crean las condiciones para que se presente la conducta pero NO LA CAUSAN, sino que señalan los posibles resultados que en el pasado han acompañado la forma de comportarse.

Los antecedentes funcionan como las señales que indican el tipo de consecuencias que en el pasado han sido efectivas. Si las consecuencias que siguen a un comportamiento son positivas, el estímulo se convierte en una señal que facilita que el individuo produzca

Consecuencias

dicha acción.

características no determinan que comportamientos presentarán ellos, ya que la conducta no solo depende de los factores biológicos que diferencian al niño, sino de la interacción de éstos con el medio ambiente, así el comportamiento puede ser precipitado y mantenido por ciertos hechos que ocurren en el entorno en el que el niño se desarrolla.

esa conducta; si por el contrario, las consecuencias han sido negativas, el estímulo alerta al individuo de realizar dicho comportamiento.

Ejemplo 1.- Al ver la luz roja de un semáforo, casi siempre uno frena. La luz roja esta relacionada con experiencias anteriores en las que frenar el auto le ha permitido evitar una situación de peligro, así como una posible sanción.

Ejemplo 2.- Un niño observa que su padre esta enojado, y aun cuando quiere un dulce, no se lo pide, ya que dicha expresión ha estado previamente asociada a no obtener lo que solicita. Por otro lado cuando el niño observa una expresión de alegría, solicitará el dulce a su padre, ya que esta expresión esta asociada con obtener lo deseado.

Las Consecuencias por otro lado, se refieren a lo que sucede **DESPUÉS** del acontecimiento que mantiene, decremента o aumenta la conducta a la que siguen.

Consecuencias positivas

Las consecuencias positivas son situaciones que ocurren inmediatamente después de la conducta y causan un **INCREMENTO** en la frecuencia con que se presenta esa conducta. La conducta se mantiene, generalmente por consecuencias tales como la atención, sonrisas, elogios, juguetes, premios o comida.

Ejemplo 1.- Un niño acompaña a su madre al mercado. Este le pide un chocolate y ella se lo niega. El niño llora y hace un berrinche, la madre entonces le compra el chocolate y se lo da. La atención que la madre le presta al niño, así como el hecho de darle el chocolate incrementa la posibilidad de que en el futuro, al negársele algo al niño, éste haga berrinches; en otras palabras, al proporcionarle consecuencias positivas al niño por esta conducta negativa, la posibilidad de que esta conducta vuelva a exhibirse es mayor.

Ejercicio: Identificar las consecuencias positivas que pueden dar a los alumnos en el salón de clases.

Pedir a los alumnos que realicen una lista de las cosas que les

gusta hacer y observar que hacen los alumnos cuando se les da la posibilidad de que hagan lo que quieran.

Consecuencias Negativas

Las consecuencias negativas son los eventos que decremantan los comportamientos inadecuados de los niños. Ejemplos de estos pueden ser el ceño fruncido, gritar, regañar o retirar privilegios.

Es necesario identificar claramente si ciertas acciones realmente decremantan las conductas problemáticas de los alumnos, ya que muchas veces, los gritos o los golpes pueden ser consecuencias positivas, ya que generalmente después de que regañamos a un niño este empieza a llorar o a comportarse peor, lo cual atrae nuestra atención.

Ejemplo 1.- Cuando un niño le pide un caramelo a su mamá y esta se lo niega, el niño comienza a llorar y a hacer un berrinche. La mamá lo regaña y no le da el caramelo. Estas consecuencias negativas paran la conducta de llorar y de hacer un berrinche y hacen menos probable que esta conducta ocurra en el futuro.

Ejercicio: Identificar las consecuencias negativas que se pueden dar a los alumnos en el salón de clases.

Pedir a los alumnos que realicen una lista de las cosas que no les gusta hacer.

Modificación conductual

En el momento en que modificamos la forma en como respondemos a un comportamiento, estamos cambiando las reglas que el alumno ha aprendido. El cambio de estas reglas provocará inicialmente que la conducta empeore, pues el alumno está probando que límites tienen estas reglas y si el profesor va a volverlas a cambiar a su sentido original. Eventualmente el niño aprenderá que la nueva regla es que el profesor lo ignorará cuando presente ciertas conductas inadecuadas o haga berrinche y no cederá ante éste.

Es importante no solo cambiar la forma en que respondemos a conductas inapropiadas, sino también enseñar a los alumnos conductas nuevas y apropiadas. En lugar de caer en la trampa de solo darles atención a los niños cuando su comportamiento es negativo, deberemos de reforzar y poner atención en los niños cuando su comportamiento es el deseado.

Ejercicio: Mencionar ejemplos de conductas nuevas que pueden

establecer en lugar de los comportamientos inapropiados que actualmente están presentando sus alumnos.

Muchos maestros a menudo cambian de una estrategia a otra, sin ser consistentes en una sola. Esta inconsistencia solo sirve para incrementar la posibilidad de que la conducta negativa vuelva a aparecer.

Si usted es consistente en la manera en que reacciona al comportamiento del niño, el finalmente entenderá cuales son sus límites y lo que en el futuro puede esperar si se comporta inadecuadamente. Es necesario que independientemente del ánimo en el que usted se encuentre refuerce las conductas positivas e ignore las negativas.

Ejercicio: Mencionar aquellas situaciones que se dan dentro del salón de clases en donde se debe de ser consistente.

Sesión 2

Procedimiento para incrementar la conducta

Lo más importante sobre el comportamiento humano es: "Las consecuencias de una conducta determinan el comportamiento futuro". Por lo tanto lo que ocurre inmediatamente después de una

conducta determinará si esa conducta ocurrirá o no en el futuro. Si las consecuencias son buenas o placenteras existe una gran probabilidad de que se repita esa conducta.

La herramienta mas común para incrementar las conductas positivas en los alumnos es el uso de consecuencias que haga que el comportamiento apropiado ocurra de manera mas probable, este proceso es conocido como reforzamiento; en este proceso la consecuencia que tiene el efecto de incrementar la conducta es conocida como reforzador.

Las recompensas son eventos o cosas que le gustan a la gente, algo por lo que están dispuestos a trabajar. Estas se usan para

Recompensas comestibles

A la mayoría de los niños les gusta una amplia variedad de comida y líquidos que pueden ser utilizados como recompensa en su programa de cambio conductual. Sin embargo es importante que cuando se usen comestibles como recompensas, estos puedan llevarse fácilmente y permitirle recompensar a los alumnos inmediatamente después de que exhiben el comportamiento deseado en cualquier lugar en que este ocurra.

Actividades como recompensas

Los juegos o las actividades preferidas también pueden ser utilizadas como recompensas que sirven para incrementar conductas deseables en los estudiantes. Las actividades que se podrán utilizar dependerán de lo que le gusta a los alumnos. Estas actividades pueden ir

incrementar una conducta objetiva, sin embargo, no a toda la gente le gusta lo mismo y por lo tanto, una cosa que puede ser recompensante para un niño puede no serlo para otro; es mas, a los niños les puede gustar un premio un día y no gustarle o estar cansados de él al día siguiente. Es por esto que es importante conocer la variedad de recompensas que pueden ser empleadas para incrementar el comportamiento deseado en los alumnos: comestibles, actividades y/o elogios.

Por otro lado es importante que estas recompensas se puedan entregar en pequeñas porciones para evitar que el niño se sacie y que como resultado deje de estar interesado en continuar trabajando para obtener esa recompensa.

Ejercicio: Mencionar ejemplos de recompensas comestibles o materiales que se pueden dar a los estudiantes.

desde salir en un paseo o excursión, ver un programa, oír una canción, dibujar, leer un libro que les guste, jugar con juguetes, etc. Establecer una amplia lista de actividades preferidas para los alumnos será importante, ya que le permitirá variar

el tipo de recompensas que pueden

Al usar actividades como recompensas es importante considerar que estas se pueden programar por periodos cortos de tiempo, ya que de esta manera los alumnos estarán menos propensos a aburrirse y más dispuestos a seguir trabajando para obtener esa recompensa.

También es importante escoger actividades que se puedan

Elogios

Las recompensas sociales son frecuentemente LAS MÁS EFECTIVAS en incrementar las conductas deseables. Éstas consisten principalmente en decirle al estudiante que le gusta lo que ha hecho y en prestarle atención cuando se comporta de manera apropiada. Este tipo de recompensas se comunica verbalmente, elogiando y diciendo al alumno lo que hizo bien, el elogio debe de ir acompañado por el contacto físico ya sea mediante un abrazo, un beso o una caricia.

Reglas para el uso de las recompensas.- Existen cinco principios o reglas que los maestros deben seguir cuando se utilizan recompensas para incrementar la conducta deseable de los alumnos, estas son:

Ser consistente, Recompensar inmediatamente, Variar las recom-

utilizarse.

llevar a cabo inmediatamente después de que el comportamiento deseado ocurra y así no se le olvide por qué están siendo recompensados los alumnos.

Ejercicio: Mencionar ejemplos sobre actividades como recompensas que se pueden dar a los alumnos.

Este tipo de recompensas tiene varias ventajas ya que son naturales, no tienen costo alguno, nunca se agotan, pueden darse inmediatamente después de que ocurre la conducta y se pueden dar en cualquier lugar.

Ejercicio: Mencionar ejemplos sobre elogios como recompensas que se pueden dar a los alumnos.

pensas, Asegurarse de que la recompensa sea verdaderamente efectiva y Siempre asociar o reunir temporalmente las recompensas comestibles o materiales y las actividades con recompensas sociales (elogios, abrazos, aplausos, etc.).

Castigos

El uso de los castigos es muy común y muchos pueden ser efectivos. Hay una gran variedad de castigos que pueden ser usados en la escuela o salón tales como quitar puntos en un concurso, detener algún comportamiento, desaprobar una conducta, ignorar o quitar la atención del niño cuando se comporte impropriamente, la pérdida de privilegios ó el uso de reportes.

Sin embargo los castigos generalmente sirven para ayudar a prevenir que el mal comportamiento ocurra en un futuro, y por si solos, no proveen una alternativa aceptable del comportamiento que debe de ser usado.

Reglas para el uso de castigos

Existen principios o reglas que deben considerarse cuando se utilizan los castigos para decrementar la conducta inadecuada de sus alumnos, estas son:

- 1.- Ser consistente. Siempre retirar algún privilegio o evento satisfactor al alumno cuando muestre una mala conducta.
- 2.- Castigar inmediatamente. No espere demasiado tiempo para aplicar el castigo.
- 3.- Utilizar castigos cortos y efectivos cuya finalidad sea, solamente disminuir la conducta a la que siguen y no el desahogar el enojo.

Su uso inadecuado, además de no ayudar a disminuir ciertas conductas, puede ser contraproducente ya que puede generar miedo y ansiedades que lastimaran a los niños, lo que favorecería ciertos comportamientos de evitación que pueden a su vez generar ansiedad hacia otras áreas, ya sea hacia los maestros, hacia los compañeros, al salón o a la escuela; lo cual no es conveniente.

**Enfatizarle al maestro el uso efectivo de las recompensas para el buen comportamiento y trabajo, mas que la aplicación de castigos.*

- 4.- Dar la oportunidad al niño de mostrar conducta apropiada inmediatamente después de haber cumplido su castigo.
- 5.- Especificar muy claramente el castigo y porque es llevado a cabo con un tono de voz firme pero sin gritar.
- 6.- Evitar la administración de castigos generales por el rompimiento de una regla individual, donde tanto el inocente como el culpable son castigados.
- 7.- Evitar el uso del castigo público, ya que éste humilla a los individuos y genera conductas defensivas.

8.- Evitar el uso de sarcasmos o palabras que puedan humillar al establecer un castigo.

9.- No sobre reaccionar ante un problema ya que este puede crecer

Ejemplo 1.- Si uno de sus alumnos no realizó su trabajo por estar platicando pídale que no salga al recreo hasta que lo termine, una vez que lo haya realizado permítale al niño salir.

Sesión 3

El ignorar como una técnica de manejo infantil

Los maestros preocupados por llamar la atención a sus alumnos cuando estos se portan mal, ignorándolos cuando no lo hacen, puede precipitar los mismos comportamientos que ellos están tratando de erradicar.

Tanto los niños como los adultos necesitan atención y es desafortunado que muchos niños encuentran que la única vía para asegurar esta atención es portándose mal. Los problemas se acumulan cuando los niños aprenden que sus intentos por llamar la atención son exitosos, así su subsecuente mal comportamiento es seguidamente reforzado, sin intención por parte del maestro.

Ignorar implica retirar la atención cuando el alumno presenta un comportamiento inadecuado para que lo atienda o le conceda algo.

Es importante señalar que no todas las conductas inadecuadas de los alumnos se deben ignorar, únicamente ignoraremos aquellas

que tienen como fin llamar la atención o aquellas que no se habían presentado con anterioridad.

Ejemplo 1.- Cuando un niño hace un berrinche porque no quiere ir a la escuela, podemos ver claramente que el niño utiliza el berrinche para llamar la atención de su maestra, de sus padres o de sus compañeros, con el fin de que no lo dejen solo en la escuela.

Para ignorar una conducta es importante que primero platicue con sus alumnos lo que usted hará cada vez que ellos presenten una conducta inadecuada ya sea para demandar su atención o para que se les conceda algo, advirtiéndoles que solo les prestará atención cuando ellos se comporten adecuadamente.

Si algún alumno inicia un comportamiento inadecuado no le haga caso, dirija su atención hacia otra actividad. Recuerde que solo les prestará atención a sus alumnos cuando empiecen a comportarse adecuadamente.

En caso de que el alumno empiece a presentar un

comportamiento en donde se pueda causar un daño físico a él o a algún compañero, restríngalo físicamente.

En caso de que el alumno continúe realizando la conducta inapropiada, aplicará el procedimiento de Pérdida de Privilegios.

Ejemplo 1: Cuando un niño haga berrinche, se le ignorará hasta que deje de hacer el berrinche; entonces el maestro volverá a trabajar con él, sin hacer mención a lo que ocurrió anteriormente.

Es necesario que siempre que un estudiante presente un comportamiento inapropiado se lleve a cabo el procedimiento de ignorar, advirtiéndoles a los alumnos que no les hará caso hasta que se comporten de la manera en que se estableció.

Si el comportamiento inadecuado de los alumnos le impacienta y usted aunque sea para regañarlos les habla, el procedimiento no dará resultado; en este caso es

Instrucciones alfa

Una instrucción alfa es una instrucción claramente dada por el maestro y entendida por el alumno.

Se integra por 2 partes principales cuyos componentes son:

I.- El maestro obtiene la atención del alumno (mirándolo directamente a los ojos, acercándose a él y llamándolo por su nombre), se le da la instrucción al alumno lo más claramente posible, se esperan 10

necesario que usted se dedique a hacer otra cosa diferente.

Refuerce a los estudiantes cuando se estén portando bien, de forma que sea clara la diferencia entre obtener su atención por portarse bien y perderla cuando se portan mal.

Las primeras veces que emplee la técnica de ignorar es normal que ellos incrementen su berrinche; usted deberá de ser paciente y permanecer sin hacerles caso. Gradualmente después de repetidas ocasiones en que ellos no reciban atención disminuirán sus berrinches y las conductas inapropiadas.

Ejercicio: Comenzar a aplicar la técnica de ignorar conducta inapropiada (cuando corresponda hacerlo) y reforzar el comportamiento adecuado para disminuir las conductas problemáticas presentes en el salón.

segundos para que el alumno lleve a cabo la instrucción, si se lleva cabo se elogia por medio de contacto físico y visual, sonriéndole y explicándole el porque del elogio.

II.- Si el alumno no realiza la instrucción se vuelve a obtener su atención (mirándolo directamente a los ojos, acercándose a él y llamándolo por su nombre), se repite la instrucción (tiene que ser exactamente la misma) con un tono

de voz un poco más elevado que la primera vez y se esperan los 10 segundos para que lleve a cabo la instrucción; si la lleva a cabo no se le elogia. En caso de que no la lleve a

Importancia de establecer reglas

Una regla es un acuerdo que se establece entre las personas que integran un salón de clases, para promover la colaboración en la enseñanza y en el cumplimiento de responsabilidades.

Mediante las reglas también se establecen límites claros al comportamiento de los alumnos. Es útil establecer reglas cuando surgen conflictos que impiden que la clase tenga una buena relación y que se originan por la falta de colaboración, el incumplimiento de responsabilidades o la falta de claridad sobre que comportamientos están permitidos y cuales no lo están.

Es necesario que describa a los niños en forma objetiva el problema que se está presentando durante la clase y sus consecuencias. Una vez que haya realizado esto, plantee en forma objetiva cual será la regla establecida para controlar este problema y cuales serán las consecuencias por cumplir con esta regla y cuales por no respetarla.

Ejemplo 1.- Deben permanecer en su lugar durante la clase y mientras yo hablo ya que al pararse la clase se alarga y se hace mas cansada. Mientras hablo todos permanecerán sentados, si lo hacen ganaran....., si no.....

cabo, se le repetirá la instrucción y se procede a instigar al alumno (conducirlo sutilmente y sin lastimarlo a la realización de la instrucción).

Estas reglas deben de establecerse al principio o al final de las lecciones ya que en estas ocasiones ellos captan mayor atención y pueden regular el comportamiento de los alumnos.

Como asegurar el cumplimiento de reglas

Es importante que las condiciones ambientales sean las adecuadas para facilitar que los alumnos puedan cumplir con las reglas establecidas.

Las expectativas en cuanto al cumplimiento de las reglas deberán estar de acuerdo y corresponder con las posibilidades de ejecución de sus alumnos.

Debe proporcionar las consecuencias prometidas al grupo con el fin de que sus alumnos relacionen ambas situaciones (cumplir la regla y consecuencia positiva), y que por lo tanto, estén motivados para cumplir las reglas.

Se requiere que sea consistente y que aplique las mismas consecuencias para los mismos comportamientos.

Cada vez que un alumno cumpa o rompa una regla establecida, es necesario que, de

manera inmediata le proporcione la consecuencia acordada.

Generalmente es mas fácil aprender comportamientos que se han visto practicar, mas allá de los comportamientos que solo son explicados, siendo mayor el

aprendizaje cuando estas dos opciones son combinadas.

Los maestros son los principales modelos para el cumplimiento de una regla, por ello es importante que siempre respeten las reglas establecidas.

Sesión 4

Guía para emplear advertencias

Una advertencia es una sencilla instrucción que tiene como fin detener una conducta inadecuada o bien iniciar una conducta adecuada.

Para plantearla se indica al alumno de forma clara y concisa que es lo que debe dejar de hacer y cuales serán las consecuencias si sigue comportándose inadecuadamente.

Para iniciar la advertencia deberá centrar la atención en el niño llamándole por su nombre. Posteriormente indicará al alumno en forma clara y breve el comportamiento inadecuado que esta realizando y las consecuencias de este.

Perdida de privilegios

La perdida de privilegios es un procedimiento que le permitirá disminuir la conducta inadecuada de sus alumnos, está basado en la perdida de algún privilegio con el que contaría un alumno si su comportamiento fuera adecuado.

Al establecer una advertencia debe usar un vocabulario que el alumno pueda comprender, emplear un tono de voz firme sin llegar a gritar *y nunca deberá de poner como ejemplo a otro miembro de la clase.*

Si el alumno no suspende el mal comportamiento después de que se dio la advertencia, usted aplicará la sanción correspondiente para el comportamiento inapropiado (Perdida de privilegios).

Recuerde que si se advierte a un alumno la perdida de un privilegio y éste continua realizando la conducta inadecuada, esta advertencia siempre deberá cumplirse.

Esta técnica se aplica cuando un alumno no cumple con alguna regla previamente acordada en el grupo.

Los pasos para aplicar este procedimiento son los siguientes:

- 1.- Acordar con el grupo la regla que será establecida para controlar alguna situación en la que este teniendo problemas, de manera clara y sencilla.
- 2.- Establecer claramente que ocurrirá si los alumnos cumplen con la regla, así como lo que ocurrirá si no cumplen con ella.
- 3.- Es importante emplear consecuencias naturales. Por ejemplo.- Si no cumples con tu obligación no puedes tener diversión.
- 4.- Si el alumno no esta respetando la regla la maestra empleará primero una advertencia

Repaso

Ejercicio: Revisar las rutinas de corrección básica que se presentaron durante todo el Taller, tales como: pasos de una instrucción alfa, empleo de reforzadores y la técnica de ignorar.

Notas importantes

Es importante mantener un ambiente de cordialidad entre el maestro y el aplicador del Taller, por lo que es fundamental el dar siempre la bienvenida y finalizar dando las gracias a los maestros que asistieron al Taller.

- 5.- Si el niño continua con la falta, la maestra le retirará un privilegio y le comentará que podrá recobrarlo si en la siguiente oportunidad cumple la regla.

Una vez que el alumno perdió el privilegio no lo moleste recordándole insistentemente cual fue su falta.

Nunca retire un privilegio que los alumnos ya ganaron al cumplir con alguna otra regla, procure retirar algún otro privilegio o en su caso posponga el privilegio ganado hasta que los alumnos cumplan con la regla.

Ejercicio: Establecer una regla en el salón de clase y emplear el uso de advertencias y perdida de privilegios en caso de ser necesario

Ejercicio: Ensayar las técnicas y habilidades que mas trabajo costaron a lo largo del Taller.

Los ejemplos mencionados en el Manual se deberán llevar a cabo mediante las técnicas de Modelamiento y Ensayos Conductuales.

Empleo de listas cotejables y registros: Es importante que se lleven a cabo los registros del comportamiento de los alumnos, ya que estos indicaran si los procedimientos que se le han enseñado al maestro están funcionando.

El manejar apoyo visual al dar el Taller mejorará la dinámica del

mismo, además de ayudar a los maestros a tener una comprensión clara de lo presentado en cada sesión.

El número de sesiones no es rígido, se puede modificar de acuerdo al ritmo de trabajo que se vaya estableciendo a lo largo de cada sesión.

ANEXO 4

TALLER DE ENTRENAMIENTO A MAESTROS

" En la medida en que seamos mejores maestros, formaremos mejores alumnos que serán mejores personas"

El Hombre es el ser vivo que requiere de mayor cuidado durante los primeros años de su desarrollo, la constante Interacción y supervisión durante la infancia reflejará no solo un sujeto que crece, sino que lo hace de manera adecuada y funcional, adaptándose a una sociedad que resulta cada vez más demandante en las capacidades que exige para lograrse como un buen ser humano.

Como unidades, integradores de una familia y de una comunidad, nos vemos en la necesidad de aprender de nuestro medio, para lo cual contamos con la mejor herramienta de entrada de información que puede existir, la observación.

Sin embargo, si no lo hacemos con nuestra vida cotidiana, que tanto podremos observar la conducta de nuestros alumnos. La importancia de hacerlo radica en tratar de determinar cuándo se porta mal, que es lo que hace exactamente, y también cuando se porta adecuadamente.

Si yo logro identificar cuando se porta bien, será mas fácil que lo recompense por su buena conducta, y por tanto promover que él se porte mejor cada vez y finalmente esto ayuda a que este más tranquilo.

A continuación se describen una serie de técnicas para mejorar la conducta del niño, sin embargo es muy importante que antes de empelarlas observe lo siguiente:

- Qué pasa antes de que el niño se porte inadecuadamente
- Que hace cuando se porta de esa manera
- Que pasa después de que lo hace
- Dónde y quiénes estaban presentes

Una vez que logre identificar estos puntos, lo que sigue es empezar a cambiar la forma en que respondemos a cierta conducta. Es importante tener en cuenta que estamos cambiando las reglas que el niño ha aprendido, por lo que al principio la conducta va a empeorar, ya que el niño está probando que límites tienen estas reglas, y si usted las va a cambiar se debe mantener firme. Sin embargo no solo hay que cambiar la forma de responder, sino también enseñar al niño nuevas conductas.

Para lograr lo anterior, hay cuatro pasos a implementar:

Sorprenda al niño siendo bueno. Aquí el observador nos ayudará, para elogiar al niño cuando se porta adecuadamente, y no caer en la trampa de darle atención sólo cuando está haciendo algo inadecuado.

Tiempo disponible. Antes de decidir si va a modificar la conducta del niño, es importante que piense en la calidad de tiempo real que tiene para llevar a cabo el plan de cambio.

Controlar la influencia de otras personas. Probablemente el niño se porte inadecuadamente cuando están con otros profesores o con el padre, por lo que es importante pedir la colaboración de estas personas para que lo apoyen en los cambios que va a implementar.

Cambios en el ambiente físico. En ocasiones la hora impartir la clase representa un problema, por diversas razones y para evitar esto, se pueden hacer cambios en el ambiente físico (sentar separados a los niños problema, sacar del salón juguetes u otros objetos que provoquen distracción, etc.).

Muy bien! El paso siguiente, es buscar la manera de que el niño comience a portarse bien. Para esto es importante saber que lo que ocurre inmediatamente después de una conducta, determinará si esa conducta ocurrirá en el futuro. Por lo tanto cuando el niño se porte bien, de be darle inmediatamente después una recompensa.

¿Qué es esto? Bien, una recompensa son eventos o cosas que le gustan a la gente y es algo por lo que esta dispuesta a trabajar, se utilizan para aumentar una conducta.

Existen tres tipos de recompensa que le puede dar al niño:

- Comestibles: no solamente dulces, sino verduras, frutas, postres, etc.
- Actividades: organizar convivios, juegos en equipo, dinámicas con el profesor, etc.
- Elogios: estos son los más importantes, consisten en describirle al niño que es correcto lo que ha hecho y prestarle atención. Por ejemplo: "hiciste muy bien la tarea, te felicito", dar un abrazo, un beso.

Pero... ¿se deben dar todo el tiempo? No, existen ciertas reglas para el uso de recompensas son:

- **Consistencia:** esto significa responder de igual manera al comportamiento del niño, sin importar su estado de ánimo.
- **Ser Inmediato:** es muy importante dar la recompensa tan pronto como la conducta deseada ocurra y no después.
- **Variedad:** ya que existen tres tipos de recompensas se debe dar al niño diferentes, para evitar que se sacie o se aburra.
- **Efectividad:** se deben seleccionar muy bien las recompensas, para que sean cosas que realmente le gustan al niño.
- **Asociar recompensas con elogios:** quizá se esta la regla más importante, cuando doy al niño una recompensa comestible o le permito realizar alguna actividad por su buen comportamiento, debe felicitarlo, debe darle un beso o un abrazo al mismo tiempo.

De igual modo existen cuatro reglas principales para manejar la conducta inadecuada del niño a través de darle una consecuencia negativa:

- 1) **Sea Consistente:** por ejemplo, siempre retire algún privilegio o evento satisfactor al niño cuando muestra mala conducta.
- 2) **Hágalo de inmediato.** No espere demasiado tiempo para aplicar la consecuencia negativa.
- 3) **Utilice consecuencias cortas y efectivas,** cuya finalidad sea, solamente disminuir la conducta a la que siguen y no el de desahogar su enojo.
- 4) **Dé la oportunidad al niño de mostrar conducta apropiada,** inmediatamente después de haber cumplido su consecuencia.
- 5) **No desquite su enojo.** El objetivo de dar una consecuencia negativa es que el niño aprenda que lo que hizo no es correcto, no el que usted desquite su enojo.

Para el manejo de los berrinches, la técnica que se debe emplear es el ignorar que implica retirar la atención cuando el niño presenta un comportamiento inadecuado, para que el adulto lo atienda o le conceda algo.

Es importante señalar que no todas las conductas inadecuadas de los niños se deben ignorar, únicamente aquellas que tienen como fin llamar la atención.

Si el niño empieza a presentar un comportamiento que le pueda causar un daño físico (por ejemplo, pegarse contra la pared), usted evitará esto interrumpiendo su comportamiento simplemente impidiendo que se dañe físicamente, sin prestarle contacto visual o conductas que pudieran mostrar atención.

Si el niño comienza a arrojar objetos, procurará llevarlo a algún sitio donde estos no existan. Por ejemplo sentado en una silla en el rincón. Usted deberá interactuar positivamente con el niño cuando él esté portándose bien, de forma que sea clara la diferencia entre obtener su atención por portarse bien y el perderla cuando se porta mal.

Cuando se presentan problemas de conducta es importante que usted identifique las situaciones de riesgo (aquellas donde el niño es muy probable que se aburra y comience a realizar conductas inadecuadas) y después planeé actividades de interés para él.

Para poder involucrar al niño en alguna actividad es de suma importancia que usted organice su tiempo de manera que se permita disponer de unos

momentos libres en el día para poder explicarle al niño lo que harán en la situación de riesgo.

Cuando le explique al niño acerca de lo que se espera de él en esa situación, es recomendable establecer las reglas previamente.

¿Qué es una regla?

Es un acuerdo que se establece entre el maestro y sus alumnos, para promover la colaboración en clase y el cumplimiento de responsabilidades. Mediante las reglas también se establecen límites claros al comportamiento de los niños.

¿Cuándo las utilizo?

Es útil establecer reglas cuando surgen conflictos que impiden que el grupo tenga un buen funcionamiento, y que se originan en la falta de colaboración o en el incumplimiento de responsabilidades, o en la falta de claridad sobre que cosas están permitidas y cuáles no lo están.

¿Cómo establezco las reglas?

El maestro describe al grupo en forma objetiva el problema y plantea cuál será la regla y cuáles serán las consecuencias por cumplir con ella y cuales por no respetarla. Por ejemplo: necesitas organizarte para terminar el trabajo antes del recreo, si juntan 50 puntos el viernes habrá dinámica, si sacan 9 y 10 en sus exámenes les daré permiso de jugar media hora más después del recreo.

Es importante tener en cuenta que las reglas solamente funcionan cuando los maestros son consistentes y congruentes en su aplicación. También cuando son reglas que el niño puede cumplir.

Los pasos a seguir para establecer reglas son los siguientes:

1. Acordar con el niño reglas claras para diferentes situaciones en las que estén teniendo problemas.
2. Establecer claramente que ocurrirá si el niño cumple con una regla, así como, lo que ocurrirá si no cumple con ella.
3. Es importante emplear consecuencias naturales. Por ejemplo: si no cumples con tu obligación, no puedes tener diversión.
4. Si el niño no está respetando una regla, el maestro emitirá primero una advertencia.
5. Si el niño continúa con la falta, el maestro le retirará un privilegio y le comentará que podrá recobrarlo si, en la siguiente oportunidad que tenga de cumplir la regla, lo hace.

¿Qué pasa si no se respeta la regla?

Si el niño no está cumpliendo con una regla, dé una advertencia y si esto no funciona emplee la pérdida de privilegios. Dar una advertencia consiste en una instrucción que tiene como fin el detener una conducta inadecuada o bien iniciar una adecuada. Para hacer esto, se debe indicar de forma clara y concisa al niño que es lo que debe dejar de hacer y cuáles serán las consecuencias si continúa haciéndolo.

La pérdida de privilegios es un procedimiento que le permite disminuir una conducta inadecuada del niño al quitarle lo que ganaría si su comportamiento fuera el adecuado.

En muchas ocasiones, los problemas se originan no solamente con uno de los alumnos, sino varios. Estos pueden ser porque un niño irrumpe a los demás o por falta de una actividad específica por hacer.

Economía de fichas.

La economía de fichas es una herramienta más con la que contamos para llevar a cabo un programa de cambio conductual, ya sea en nuestro propio hogar o en distintos escenarios como la escuela.

En un programa de economía de fichas inicialmente se premia de modo consistente e inmediato a la conducta apropiada o una aproximación de la misma mediante un número adecuado de la misma mediante un número apropiado de fichas. Las fichas son cualquier objeto o símbolo que puede cambiarse por un reforzador de apoyo (por ejemplo, dulces, tiempo para jugar, dinámicas con el maestro, etc.). es necesario que las condiciones y el número de fichas a entregar se establezcan claramente.

Para implementar el programa de modificación de conducta basado en la economía de fichas es necesario tener en cuenta una serie de reglas que debemos seguir:

- ψ La entrega de fichas debe ser consistente.
- ψ Los premios deben tener diferentes costos (dulce = 5 fichas, salir a jugar=25 fichas, dinámica con el maestro = 100 fichas).

- ψ Las reglas deben establecerse con claridad.
- ψ Se debe elogiar cuando se entregan las fichas.

Existen una serie de pasos que se pueden utilizar para encontrar soluciones a los problemas presentados en clase:

1. Identifiquen el problema que están teniendo, tratando de:
 - Evitar hacer reclamos.
 - Analizar como cada miembro está actuando y causando parte del problema y de que manera los demás miembros se ven afectados.
 - Especificar cuál es el problema. Definirlo en forma objetiva y sin usar apelativos.
2. Busquen alternativas de solución , procurando:
 - Pensar en todas las alternativas posibles
 - No evaluar o criticar las ideas de otros
3. Elijan una alternativa de solución:
 - Pensar en qué pasaría si todos usaran ese plan
 - Pensar en como se sentirían todos
 - Decidir cuál es la alternativa que probablemente tenga más éxito.
 - Buscar que todos (en la medida de lo posible) estén de acuerdo.
4. Decidir las responsabilidades y condiciones para llevar a cabo la alternativa de solución.

5. Llevar a cabo la alternativa de solución:

6. Evaluar si el plan funcionó:

- Determinar si todos están satisfechos en cómo se resolvió el problema.
- Si la solución no funcionó, identificar las posibles fuentes de problemas y probar con otra solución.

Es importante que se reúnan todas las personas que están involucradas en el problema, así como tener presente que todos los miembros del grupo, el maestro y los padres lo están promoviendo de alguna manera, y por lo tanto, no echar la culpa a alguien en particular.

Algo que también es importante promover son las relaciones interpersonales adecuadas, cálidas y armoniosas.

Debe tener en cuenta que en la medida que usted cambie su forma de actuar y de percibir las situaciones, los alumnos también cambiarán la forma en que se relaciona con usted y con la gente que los rodea.

*NOTA: El programa de Economía de Fichas requiere de su aplicación TOTAL y CONSISTENTE, ya que de interrumpirse resultaría contraproducente. De igual forma las fichas deberán ser únicas para evitar que sean falsificables por los alumnos.

INTERACCION SOCIAL

Uno de los problemas más severos, es la falta de interacción positiva entre el maestro y sus alumnos, las cuales propician conductas inapropiadas en el salón de clase.

Por tanto, es importante aprender una serie de conductas que deben presentarse para desarrollar buenas interacciones, las cuales a su vez fomentan el control de las conductas problema en los niños.

Una interacción social se refiere a aquellos intercambios de conductas que los seres humanos mantenemos con otras personas y que nos permiten establecer relaciones satisfactorias tanto en el trabajo como en actividades comúnmente realizadas durante el día.

Sin estas interacciones es muy posible que las probabilidades de supervivencia entre los seres humanos se vieran disminuidas ya que todos dependemos de todos para nuestras actividades en general.

Las interacciones entre el maestro y los alumnos pueden darse en todo el tiempo en el que se encuentran en la escuela. Sin embargo la situación idónea para interactuar con los niños es durante la clase. De esta manera, los maestros sirven de modelo a los alumnos, ya que les enseñan ciertas formas de comportamiento adecuado durante la clase.

Ahora bien, lo más importante es que las interacciones ayudan a que los alumnos sean más independientes, seguros, sociales, etc. existen, de manera general, dos tipos de interacciones: positivas y negativas. Las

positivas son aquellas que van en dirección de incrementar las relaciones interpersonales; las negativas buscan decrementarlas.

Las interacciones positivas que debemos de emplear con el niño son las siguientes:

- ❖ Premiar es una consecuencia agradable, que sigue a una conducta adecuada del niño, las consecuencias pueden ser elogios, realizar actividades agradables o premios materiales.
- ❖ Contacto Físico Positivo es un tipo de contacto establecido por el maestro que es neutral o agradable. Este tipo de contacto puede ir acompañado de elogios u otro tipo de conductas verbales positivas del maestro.
- ❖ Contacto Visual es mantener la mirada fija a los ojos de otro sujeto, o en su defecto a la cara no importando que el otro sujeto no lo esté viendo.
- ❖ Proximidad permanecer en un lugar a una distancia de una brazada de un sujeto a otro.
- ❖ Reír consiste en levantar las comisuras de los labios acompañado de un sonido hilarante. También se considera dentro de esta categoría cuando se sonríe esto consiste en levantar las comisuras de los labios sin emisión alguna de sonido.

- ❖ Dialogar son afirmaciones o peticiones verbales que hace la persona que se presentan con el fin de proporcionar la oportunidad de que ocurra una respuesta verbal o física del otro.

SEGUIMIENTO INSTRUCCIONAL

Un gran problema con los niños es lograr la obediencia. Esta puede no darse debido a que el niño no puede esperar a que le terminen de dar la instrucción o bien a que el maestro da indicaciones confusas, demasiado largas o no esperan a que el niño lo realice. Es por esto que es importante aprender a dar una instrucción de manera adecuada. Las categorías conductuales que deben llevarse a cabo son las siguientes.

- I. Obtener Atención. Donde el maestro debe lograr que el niño haga contacto visual con ella, así como orientarse corporalmente a él, con el fin de facilitar que atienda las instrucciones del maestro.
- II. Instrucción Clara. La instrucción debe ser breve, precisa y específica, sin ambigüedades, con el objeto de que no exista confusión por parte del niño respecto a lo que espera que haga.
- III. Espera de intervalo de 10". El maestro debe esperar durante un intervalo de 10 seg. Una vez dada la instrucción, para permitir al niño un intervalo temporal estándar que la literatura ha determinado apropiado para responder a la primera instrucción.

IV. Elogio. El maestro proporciona al niño verbalizaciones de aprobación o alabanza junto con contacto físico, sonrisas, inmediatamente después de que éste haya obedecido la instrucción.

En caso de que el niño no obedezca a la primera instrucción el maestro procede a la Pérdida de Privilegios.

¡ GRACIAS POR SU COLABORACION!

ANEXO 5

TALLER A MAESTROS

Nombre: _____

Grupo: _____

Fecha: _____

Calificación: _____

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada oración y tache la opción de respuesta que considere correcta.

Preguntas		
1.- Las recompensas son consecuencias positivas	Si	No
2.- La conducta se refiere a lo que el maestro imagina que le pasa al alumno	Si	No
3.- Variar las recompensas es importante para su efectividad	Si	No
4.- Cuando el maestro de una recompensa, el alumno se portará mal	Si	No
5.- Cuando el alumno se porta inadecuadamente, el maestro debe gritarle para que deje de hacerlo	Si	No
6.- Controlar la influencia de otras personas se refiere a prohibirles que le hablen al niño	Si	No
7.- Los antecedentes son lo que pasa antes de la conducta	Si	No
8.- Un abrazo y un beso son recompensas sociales	Si	No
9.- Una recompensa es llevar a o los alumnos a un paseo escolar	Si	No
10.- Se le pueden dar instrucciones al alumno aún cuando él se encuentre fuera del salón	Si	No
11.- Es preferible evitar elogios cuando se dan recompensas comestibles	Si	No
12.- Se llama consecuencias a lo que pasa antes de cierta conducta	Si	No
13.- Cuando el alumno desobedece a mi primera instrucción, debo quedarme callado	Si	No
14.- Los maestros deben de dar la oportunidad de que el alumno se porte bien después de cumplir su consecuencia negativa	Si	No
15.- Ignorar implica retirar la atención cuando el niño se está portando bien	Si	No
16.- Las consecuencias negativas causan una disminución en la conducta problema	Si	No
17.- Cuando estoy trabajando con los alumnos y uno se equivoca, debo regañarlo	Si	No
18.- Se le debe sonreír al alumno sólo si él sonríe	Si	No
19.- Las reglas permiten establecer límites	Si	No
20.- Interactuar con los alumnos significa: tocarlos, mirarlos, sonreírles y platicar con ellos	Si	No
21.- Ser consistente e inmediato son reglas para el uso de recompensas	Si	No
22.- Cuando le doy una instrucción al alumno debo apurarlo para que obedezca	Si	No
23.- Aunque esté cansado debo emplear siempre la enseñanza incidental	Si	No
24.- Las consecuencias negativas sirven para desahogar el enojo de los maestros	Si	No
25.- Cuando el alumno desobedece a mi segunda instrucción, debo castigarlo	Si	No

26.- Gritar es una conducta apropiada para interactuar con los alumnos	Si	No
27.- Cuando estoy trabajando con los alumnos y uno se equivoca, debo corregirlo	Si	No
28.- Para resolver un problema deben estar presentes todas las personas involucradas en él	Si	No
29.- Las actividades planeadas implican organizar actividades de interés para los alumnos	Si	No
30.- La pérdida de privilegios se aplica desde que el alumno comienza a portarse inadecuadamente	Si	No
31.- Un ejemplo correcto sobre como establecer una regla es "No te levantes cuando estés trabajando"	Si	No
32.- Al jugar, se debe permanecer cerca del niño pero sin tocarlo	Si	No
33.- Las reglas establecidas funcionan aún cuando los maestros las cumplan sólo en ocasiones	Si	No
34.- Una advertencia sirve para iniciar una conducta adecuada	Si	No
35.- Entre más involucrado este el alumno en una actividad, es más probable que se porte mal	Si	No
36.- Antes de emplear la pérdida de privilegios se deben dar cinco advertencias	Si	No
37.- La enseñanza incidental sirve para enseñarle al alumno diversas habilidades	Si	No
38.- Cuando el alumno obedece mi primera instrucción, debo quedarme callado	Si	No
39.- Los problemas se deben solucionar en el momento en que estamos discutiendo	Si	No
40.- Cuando estoy trabajando con los alumnos y uno se niega a hacerlo, debo instigarlo (ignorando sus protestas)	Si	No

ANEXO 6

REGISTRO DE OBSERVACIÓN DIRECTA DE CONDUCTAS INADECUADAS EN EL AULA

Observador: _____

Confiabilidad: _____

Grado: _____ Grupo: _____

Sesión: _____

	1 1 min.	2 1 min.	3 1 min.	4 1 min.	5 1 min.	6 1 min.	7 1 min.	8 1 min.	9 1 min.	10 1 min.
Agresión Física a compañeros										
Agresión Verbal a compañeros										
Desobediencia										
Incumplimiento de tareas										
Interrumpir										

ANEXO 7

REGISTRO DE CONTINGENCIAS DEL MAESTRO EN EL AULA

Observador: _____

Confiabilidad: _____

Grado: _____ Grupo: _____

Sesión: _____

	Elogiar	Ignorar	Golpear	Regañar	Gritar
TIEMPO					
1. 0:10"					
2. 0:20"					
3. 0:30"					
4. 0:40"					
5. 0:50"					
6. 1:00"					
7. 1:10"					
8. 1:20"					
9. 1:30"					
10. 1:40"					
11. 1:50"					
12. 2:00"					
13. 2:10"					
14. 2:20"					
15. 2:30"					
16. 2:40"					
17. 2:50"					
18. 3:00"					
19. 3:10"					
20. 3:20"					
21. 3:30"					
22. 3:40"					
23. 3:50"					
24. 4:00"					
25. 4:10"					
26. 4:20"					

Tiempo	Elogiar	Ignorar	Golpear	Regañar	Gritar
27. 4:30"					
28. 4:40"					
29. 4:50"					
30. 5:00"					
31. 5:10"					
32. 5:20"					
33. 5:30"					
34. 5:40"					
35. 5:50"					
36. 6:00"					
37. 6:10"					
38. 6:20"					
39. 6:30"					
40. 6:40"					
41. 6:50"					
42. 7:00"					
43. 7:10"					
44. 7:20"					
45. 7:30"					
46. 7:40"					
47. 7:50"					
48. 8:00"					
49. 8:10"					
50. 8:20"					
51. 8:30"					
52. 8:40"					
53. 8:50"					
54. 9:00"					
55. 9:10"					
56. 9:20"					
57. 9:30"					
58. 9:40"					
59. 9:50"					
60. 10:00"					

ANEXO 8

LISTA COTEJABLE DE CONDUCTAS DEL MAESTRO PARA EL ESTABLECIMIENTO DE REGLAS EN EL AULA

Observador: _____

Confiabilidad Total: _____

Grado: _____ Grupo: _____

SITUACIONES									
<i>Conducta del Profesor</i>	Primera			Segunda			Tercera		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Descripción de la situación									
Repetición de la regla por parte del alumno									
Consecuencia positiva con el cumplimiento de la regla									
Consecuencia negativa si no se cumple la regla									
Elogio en el cumplimiento de la regla									
Advertencia en el no cumplimiento de la regla									
Perdida de privilegios									

LISTA COTEJABLE DE CONDUCTAS DEL MAESTRO PARA EL ESTABLECIMIENTO DE REGLAS EN EL AULA

Observador _____

Confiabilidad Total: _____

Grado: _____ Grupo: _____

SITUACIONES												
<i>Conducta del Profesor</i>	Primera			Segunda			Tercera			Cuarta		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Descripción de la situación												
Repetición de la regla por parte del alumno												
Consecuencia positiva con el cumplimiento de la regla												
Consecuencia negativa si no se cumple la regla												
Elogio en el cumplimiento de la regla												
Advertencia en el no cumplimiento de la regla												
Pérdida de privilegios												

ANEXO 9

LISTA COTEJABLE DE INSTRUCCIÓN ALFA

Observador _____

Confiabilidad Total: _____

Grado: _____

Grupo: _____

INSTRUCCIONES															
<i>Conducta del Profesor</i>	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA				
PRIMERA ETAPA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Obtener atención															
Instrucción clara															
Espera intervalo (10")															
Elogio															
SEGUNDA ETAPA															
Obtener atención															
Repetir instrucción															
Tono de voz firme															
Espera intervalo (10")															
Repetir Instrucción e Instigación física.															

LISTA COTEJABLE DE INSTRUCCIÓN ALFA

Observador _____

Confiabilidad Total: _____

Grado: _____

Grupo: _____

INSTRUCCIONES																				
<i>Conducta del Profesor</i>	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA				
PRIMERA ETAPA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Obtener atención																				
Instrucción clara																				
Espera intervalo (10")																				
Elogio																				
SEGUNDA ETAPA																				
Obtener atención																				
Repetir instrucción																				
Tono de voz firme																				
Espera intervalo (10")																				
Repetir Instrucción e Instigación física.																				

ANEXO 10

ENTRENAMIENTO A MAESTROS.

Cuestionario de Satisfacción del Maestro.

Instrucciones: Conteste por favor las siguientes preguntas sobre el entrenamiento que recibió para ayudarnos a mejorar el servicio.

Indique con el número el grado de acuerdo que presenta con cada una de las oraciones.

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

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

2.- El entrenamiento me sirvió para conocer mejores formas para guiar a mis alumnos.

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

3.- El tiempo que se utilizó por sesión fue suficiente.

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

4.- Puedo poner en práctica lo que aprendí, con mis alumnos.

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

5.- Soy capaz de aplicar algunas de las habilidades que aprendí para solucionar otros problemas.

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

6.- He podido cambiar el comportamiento de mis alumnos con el entrenamiento que recibí.

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

7.- Las dudas que tenía acerca del tema fueron claras y precisas..

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

8.- Los terapeutas mostraron interés por ayudarme.

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

9.- Los materiales de apoyo como rotafolios, acetatos, guías, etc.; fueron de gran ayuda.

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

10.- Recomendaría a otros profesores que recibieran este entrenamiento.

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

11.- Me siento capaz de transmitir a otros Profesores las habilidades que aprendí en el Taller.

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

12.- Las soluciones que me fueron sugeridas se adecuan a la situación en el salón de clase.

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

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS:
