



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COORDINACIÓN DE PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

**“ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD COMUNITARIA:
MANUAL DIRIGIDO A MAESTRAS DE EDUCACIÓN
PREESCOLAR PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA
AGRESIVA EN EL AMBIENTE ESCOLAR”.**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

ALMA DELIA NAJERA ORTEGA



DIRECTOR DE LA TESIS: MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA
REVISORA: LIC. NOEMÍ BARRAGÁN TORRES

MÉXICO, D. F.

NOVIEMBRE 2005

m. 350451



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COORDINACIÓN DE PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

Tesis para obtener el título de Licenciada en Psicología

"Atención primaria en salud comunitaria: Manual dirigido a maestras de educación preescolar para el manejo de la conducta agresiva en el ambiente escolar".

Presenta: Alma Delia Najera Ortega

VoBo F. Vázquez Pineda

Director de la tesis: Mtro. Fernando Vázquez Pineda

Revisora: Lic. Noemí Barragán Torres

Vo. Bo. Noemí Barragán Torres

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Alma Delia Najera Ortega

Octubre 2005

FECHA: 1/Dic/2005
FIRMA: *[Firma]*

A Dios

por ser la luz que condujo mis pasos
hacia la realización de este gran
sueño y dejarme vivirlo.

A mi familia

Por su infinito amor y apoyo
incondicionales en mi vida y
en todo este proceso.....
que por fin culmina.

A la Universidad Nacional Autónoma de México
y a la Facultad de Psicología

por dejarme formar parte de su comunidad y
haberme formado como profesional.

Al Mtro. Fernando Vázquez Pineda

por su paciencia, comprensión y
sabios consejos para la elaboración
de esta tesis.

A mis profesores. Leonardo Reynoso,
Isaac Seligson, Leticia Echeverría y Noemí Barragán,
por guiar mi aprendizaje durante el internado y por el
tiempo dedicado a esta tesis.

I N D I C E

Pág.

INTRODUCCIÓN.....	I
-------------------	---

1. Aspectos generales.

1.1. Proceso salud-enfermedad.....	1
1.2. Definición de salud.....	4
1.2.1. Salud comunitaria.....	7
1.3. Disciplinas involucradas en el campo de la salud.....	10
1.3.1. Medicina.....	10
1.3.2. Epidemiología y salud pública.....	12
1.3.3. Promoción de la salud y educación para la salud.....	15
1.3.4. Niveles de Atención y de prevención de la salud.....	17
1.4. Surgimiento de la psicología de la salud.....	22
1.4.1. Psicología.....	22
1.4.2. Psicología clínica.....	23
1.4.3. Medicina conductual.....	24
1.4.4. Psicología comunitaria.....	25
1.4.5. Psicología de la salud.....	26
1.5. Estilos de vida.....	27

2. Elementos que conforman los programas de intervención comunitaria.

2.1. Definición de comunidad y Participación comunitaria.....	30
2.2. Intervención comportamental-educativa.....	31
2.3. Fases del modelo comportamental.....	32

2.4.	Experiencia en el internado de sicología general.....	34
2.5.	Trabajo comunitario como parte de la formación en el internado de psicología general.....	36

3. Conducta agresiva y antisocial

3.1.	Definición de conducta agresiva y antisocial.....	41
3.1.2.	Papel de los padres y maestros en el desarrollo y mantenimiento de la conducta agresiva.....	43
3.1.3.	Conducta agresiva en niños y su relación con la delincuencia juvenil.....	47
3.1.4.	Programas desarrollados para manejar y disminuir la conducta agresiva.....	50
	-Entrenamiento a padres de Patterson.	
	-Un ejemplo de entrenamiento a padres: Ayudando al niño desobediente, de Forehand y McMahon.	
	-Estudio longitudinal de conducta agresiva en México y su relación con la conducta antisocial en la adolescencia de Ayala.	

	Justificación de la propuesta de tesis.....	59
--	--	-----------

Método

Fase I.

	Diagnóstico comunitario.....	61
	Intervención comunitaria.....	67
	Resultados.....	72
	Análisis de resultados y conclusiones.....	79

Fase II. Presentación de la propuesta.

Manual dirigido a maestras de educación preescolar para el manejo de la conducta agresiva en el ambiente escolar.....	82
Introducción.....	84
Objetivos.....	85
El papel de las educadoras como agentes de socialización durante la infancia.....	86
La acción socializante de las educadoras.....	88
¿Cómo crear un ambiente de confianza y respeto dentro del salón de clases?.....	90
Estrategias para el manejo de la conducta agresiva en el salón de Clases.....	92
Comentarios finales.....	110
Discusión.....	111
Conclusiones.....	115
Bibliografía.....	116
Anexos.....	121

INTRODUCCIÓN.

Desde hace mucho tiempo, la psicología como ciencia y como profesión se ha identificado muy de cerca con otras disciplinas en el campo general de la salud, los recientes avances en los servicios de salud, reafirman el hecho de que al incorporar los descubrimientos científicos y las técnicas de la psicología en las prácticas diarias se produce una mejora significativa en la promoción, la prevención y el tratamiento de las enfermedades.

Esto ha dado origen al surgimiento de nuevas especialidades profesionales entre las que podemos nombrar a la psicología de la salud, cuya labor esta encaminada a una tendencia creciente hacia las intervenciones preventivas de base comunitaria, dando un mayor énfasis a la promoción y protección de la salud y el bienestar de las personas.

Por tal motivo, el presente trabajo de tesis parte del supuesto de que para lograr un cambio significativo en el campo de la salud comunitaria, el psicólogo puede llevar a cabo una serie de actividades preventivas que fomenten y mantengan la salud; esto es posible a través del diagnóstico comunitario temprano, la planeación cuidadosa de un plan de intervención y el desarrollo de herramientas que coadyuven a evitar la aparición de padecimientos graves dentro de una comunidad.

El objetivo de esta tesis es analizar la experiencia en el Internado de Psicología General, que abarca el diagnóstico comunitario y la intervención con padres de familia, la cual dio origen a la propuesta planteada en este trabajo: Manual dirigido a maestras de educación preescolar para el manejo de la conducta agresiva en el ambiente escolar.

La presente tesis se compone de tres capítulos introductorios y de la descripción del trabajo realizado durante la formación en el Internado de Psicología General.

El capítulo 1 contiene algunos de los conceptos básicos propios del campo de la salud, así como la interrelación que existe entre las disciplinas interesadas en el estudio de la salud, entre las cuales destaca la psicología de la salud.

El capítulo 2 contiene los elementos que forman los programas de intervención comunitaria, para lo cual se describen dos modelos de gran utilidad para llevar a cabo esta labor, también, se habla de la formación recibida en el Internado de Psicología General.

El capítulo 3 contiene los fundamentos teóricos de la intervención llevada a cabo con los padres. Este capítulo al igual que el segundo resaltan la importancia de un diagnóstico temprano y una intervención oportuna para evitar que los problemas existentes dentro de la comunidad se agraven.

Por último se presenta el apartado de método, el cual se divide en dos fases. En la primera, se describe detalladamente el trabajo comunitario del cual se deriva la segunda fase, donde se presenta la propuesta de esta tesis, que pretende ser de utilidad para facilitar la labor educativa de las docentes de nivel preescolar. Finalmente se presentan los resultados de las dos fases de la tesis, discusión y conclusiones.

1. Aspectos generales.

Con el objeto de hacer más fácil la comprensión del presente trabajo de investigación, y para enmarcar como puede el psicólogo incorporar su práctica profesional al campo de la salud, es preciso conocer la evolución del proceso salud-enfermedad, así como describir algunos conceptos fundamentales al respecto.

1.1. Proceso salud-enfermedad.

El proceso natural de salud-enfermedad ha preocupado a las personas desde la antigüedad hasta nuestros días. Históricamente, las investigaciones sobre este proceso se han dirigido con mayor frecuencia hacia la enfermedad, quizás porque las manifestaciones dolorosas y limitantes de la misma obligaban a las personas a buscar remedios para eliminarlas o atenuarlas.

Las primeras interpretaciones sobre el proceso salud-enfermedad fueron realizadas por dos grandes filósofos griegos, Hipócrates y Platón, el primero, "estableció que cada enfermedad tiene una causa natural y que sin esa causa nada puede tener lugar. Creó la doctrina de la influencia del medio externo en la producción de la enfermedad y reconoció además, la importancia de diversas características personales. Por su parte, Platón afirmó con respecto a la salud y la enfermedad que éstas se determinan por un castigo enviado por el cielo y, por consiguiente, no tienen ningún efecto sobre ellas los medicamentos, sólo los ritos".¹

¹ MORALES CALATAYUD, Francisco, Introducción a la psicología de la salud. Paidós, México, 1999, p.31.

Así mismo, durante la edad media en Europa, el dominio de la iglesia católica sobre la ciencia hizo prevalecer la interpretación mística de las causas de la enfermedad como asociadas a la ira de dios o a la acción de los demonios, provocando un retraso en el estudio de este proceso en el sentido de que se desatendieron las condiciones sanitarias de los hospitales, provocando el surgimiento de epidemias como el cólera y la viruela.

Sin embargo, durante esa época, "en el mundo árabe se practicaba libremente la disección de cadáveres, la observación y los experimentos; por lo tanto, en esta cultura se afirmaba que de acuerdo con el equilibrio o desequilibrio de seis principios se mantenía la salud o se producía la enfermedad. Estos principios eran: el aire puro, la moderación en el comer y beber, el descanso y el trabajo, la vigilia y el sueño, la evacuación de lo superfluo y las reacciones emocionales"².

Estos variados puntos de vista propuestos por diferentes culturas a lo largo de la historia, conforman la base para el surgimiento de las ciencias médicas, así como el enriquecimiento de la investigación.

Un ejemplo de esto, son los grandes avances ocurridos durante el siglo XIX, en cuanto al estudio del cuerpo, su anatomía y su fisiología, porque se pudo contar con el microscopio para realizar mejores observaciones, ayudando de este modo a caracterizar la enfermedad. Ciertamente, estas aportaciones fueron hechas por la ciencia médica, pero durante este siglo, también hubo expresiones importantes provenientes de economistas, filósofos y políticos, que llamaron la atención en el sentido de que la enfermedad podía tener relación con las condiciones de vida y trabajo.

² Ibidem pp. 32,33

Uno de los primeros pensadores en demostrar esta relación fue Federico Engels, quien en su obra "La situación de la clase obrera en Inglaterra" (1845), describió las pésimas condiciones de vida de los trabajadores y señaló que éstos se enfermaban y se accidentaban más, envejecían antes y morían más jóvenes que las capas burguesas de aquella sociedad³.

Durante el siglo XX, se hizo más estrecho el vínculo entre la medicina y la biología, encontrándose nuevos recursos químicos y físicos para hacer diagnósticos y tratamientos; durante el transcurso de éste siglo, se hizo notoria la influencia de aquellos pensamientos del siglo XIX, que sugerían causas de tipo laboral y social como desencadenantes de la enfermedad, además de lo biológico se consideraban las condiciones de vida de las personas para determinar su estado de salud.

A si mismo, San Martín señala que en el decurso de éste siglo ocurren dos acontecimientos muy importantes para el proceso salud-enfermedad. El primero tiene lugar cuando la medicina sede terreno a la biología, al mismo tiempo se hace manifiesta la influencia de las condiciones de vida y de la ecología humana como determinantes de la salud. El otro hecho, tiene lugar durante la segunda mitad del siglo, cuando la salud se concibe como un proceso dinámico y variable de equilibrio y desequilibrio entre el organismo humano y su ambiente total, resaltándose la importancia de las relaciones humanas, económicas y sociales.⁴

Con todo lo anterior, consideramos que la salud y la enfermedad aparecen como integrantes de la vida y no como estados contrarios, sin embargo, la atención que en el pasado se puso únicamente a la enfermedad, ha contribuido a que además de la medicina, ciencias como la

³ Ibidem p.34

⁴ Cfr. SAN MARTÍN, Hernán, Salud y enfermedad, 7ª reimpresión, Prensa Médica Mexicana, México, 1992, p.26

psicología, sociología y epidemiología, (por mencionar solo algunas) se integren al estudio de este proceso, y a que en la actualidad, la atención de las ciencias ya nombradas se centre en la salud más que en la enfermedad.

1.2. Definición de salud.

Uno de los primeros en definir a la salud fue "Sigerist, quien contribuyó a que se reconocieran los aspectos sociales implicados en los problemas de salud. En su libro "Medicine and Human Welfare" (1941) expresó: "Al igual que hicieron los antiguos romanos y al igual que John Locke, pensamos en la salud como una condición física y mental. Pero podemos dar un paso más allá y considerarla también en un sentido social. Un individuo sano es aquel que presenta un buen equilibrio entre su cuerpo y su mente, y se halla bien ajustado a su entorno físico y social, puede adaptarse a los cambios ambientales, y contribuye al bienestar de la sociedad según su capacidad."⁵

Posteriormente, en 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su intento por unificar criterios y estrategias de investigación, define a la salud como "un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no consiste solamente en la ausencia de enfermedades. La posesión del mejor estado de Salud, que se es capaz de conseguir, constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera que sea su raza, religión, ideología política y condición económico-social. La salud de todos los pueblos es una condición

⁵ MORALES CALATAYUD, Francisco. Introducción a la psicología de la salud. Op. cit. p. 25

fundamental de la paz mundial y de la seguridad; depende de la cooperación más estrecha posible entre los estados y los individuos.⁶

En ambas definiciones, se toma en cuenta el aspecto social, además de la interacción entre las características biológicas de los seres humanos y su medioambiente. Al mismo tiempo, ponen de manifiesto nuestro derecho de alcanzar un buen nivel de salud, así como nuestra obligación de contribuir de alguna manera para que la sociedad en general alcance un óptimo estado de salud.

A partir de la definición propuesta por la OMS, y que actualmente sigue siendo la más aceptada por los estudiosos de la salud, se consideró, que las causas de la enfermedad no son sólo bioindividuales, sino también sociales y políticas, por lo tanto exigen la colaboración activa del individuo, de la comunidad, de las instituciones de salud, a sí como de otras disciplinas como la psicología y la sociología. De este modo ha ido emergiendo un nuevo concepto de salud, enmarcado en el modelo *biopsicosocial*, siendo las siguientes sus características principales:

➤ La salud representa un proceso por el cual el hombre desarrolla al máximo sus capacidades actuales, siendo la meta, su autorrealización como entidad personal y social.

➤ El concepto de salud es dinámico y cambiante, gira en torno a las condiciones históricas, culturales y sociales tanto individuales como comunitarias.

⁶ SERRANO GONZALEZ, M. Isabel, Educación para la salud y participación comunitaria. Díaz santos, Madrid, 1990, p.6

➤ La salud es responsabilidad personal que debe ser fomentada y promocionada por la sociedad y sus instituciones.

➤ La promoción de la salud es una tarea interdisciplinaria que exige la coordinación de las aportaciones científico-técnicas de los médicos y demás profesionales involucrados.⁷

Al respecto, Buela – Casal (1997) nos dice que este modelo, ha generado una definición muy interesante sobre salud, en la cual se establece que "es una condición de bienestar que resulta de la interacción dinámica entre los aspectos físicos y psicológicos de la persona y su ambiente natural y social, y que facilita al ser humano el disfrute de la vida, el acceso a múltiples recursos y su contribución a las esferas productivas y creadoras de la sociedad. Partiendo de este análisis, entendemos que el enfoque biopsicosocial es el que explica mejor los fenómenos de salud y enfermedad, proporcionándonos los principios básicos para dirigir nuestros esfuerzos teóricos e investigadores, al igual que las intervenciones de naturaleza preventiva o remediativa".

Ciertamente, el concepto de salud ha ido cambiando a través del tiempo, y son muchos los autores que han estudiado y analizado este concepto para adecuarlo a la actualidad que se vive día con día, como en el caso de Buela-Casal. Otro ejemplo de este interés por entender a la salud en un amplio sentido es el de Salleras (1985) quien nos dice que, actualmente la salud se entiende como "el nivel más alto posible de bienestar físico, psicológico y social, y de capacidad funcional, que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad"⁸

⁷ Cfr. GONZALEZ, Antonio Martín, Psicología comunitaria. Fextor visor, Madrid, 1988, p.43

⁸ RODRÍGUEZ MARÍN, Jesús, Psicología social de la salud, Síntesis, Madrid, 1995, p.16

Lo relevante de estos conceptos de salud, es que en ambos se acepta la implicación de factores personales, grupales, sociales y culturales que son determinantes tanto en el origen como en el mantenimiento y evolución del proceso salud-enfermedad. En cuanto a la perspectiva biopsicosocial, podemos decir que esta persigue la activación y auto responsabilidad de las personas con respecto a su salud.

Todo lo anterior nos lleva a creer que la salud representa para las personas, la optimización de sus recursos físicos, psicológicos, sociales y familiares para funcionar activa y positivamente dentro de una comunidad en particular y de la sociedad en general.

Como podemos notar, el concepto de salud es muy extenso, involucra a las autoridades sanitarias y políticas, al igual que a la sociedad. Como profesionales comprometidos en este campo, no podemos perder de vista que el estado de salud de una persona esta relacionado con la edad, sexo, ocupación y nivel socio-económico, por tal motivo debemos poner mayor énfasis en la promoción y educación para la salud, al igual que en la prevención, con la finalidad de incrementar y mantener dicho estado, extendiendo nuestra acción hacia la familia y la comunidad a la que pertenece el individuo.

1.2.1. Salud comunitaria.

Dado que la persona se halla inmerso dentro de una determinada familia que vive en una comunidad y en una sociedad con una cultura y sistema socio-económico específicos, los modernos conceptos de salud han ido trasladando su interés desde una concepción individualizada hacia una concepción fundamentalmente comunitaria; con ello se plantea la

necesidad de trabajar con la comunidad y no sólo en ella, con la finalidad de promover y optimizar estilos de vida saludables.

Para San Martín y Pastor (1984), la salud comunitaria se define como "la estrategia que trata de aplicar los programas de salud pública al ámbito local de la comunidad. La salud comunitaria, consiste en el mejoramiento paulatino de las condiciones de vida y salud de la comunidad mediante actividades integradas y planificadas de protección, promoción, prevención y curación de las enfermedades incluyendo la rehabilitación y readaptación social. Todo esto con el apoyo, el acuerdo y la participación de la comunidad."⁹

Como puede verse en esta definición, la salud comunitaria se refiere a las actividades específicas que los médicos, psicólogos y demás interesados en el campo, pueden llevar a cabo para proteger la salud no solo de una persona sino también de una comunidad.

El creciente interés hacia la salud de un grupo de personas puede deberse a que el actual concepto de salud se ha vinculado con todo una serie de factores sociales, personales y biológicos, en este último grupo, podemos contar a la herencia, que se refiere a la disponibilidad de una persona para contraer una determinada enfermedad que algún miembro de su familia ya padezca (por ejemplo, diabetes).

"Entre los factores de origen social se encuentran:

➤ Los determinados por las primeras experiencias de socialización generalmente vinculadas al contexto familiar. Los padres inculcan comportamientos que se convierten en hábitos que tienden a

⁹ SÁNCHEZ VIDAL, Alipio, Psicología comunitaria: Bases conceptuales y operativas. métodos de intervención. Promociones y publicaciones universitarias, Barcelona, 1991, p.115

perturbar la vida y que son resistentes al cambio, un ejemplo de esto son los patrones de conducta agresiva.

➤ La pertenencia a una cultura o grupo socioeconómico particular donde existe un tipo de normas e incluso se determina el rol que debe jugar cada miembro de la comunidad.

➤ La influencia del grupo (amigos, compañeros de escuela) representa uno de los factores de riesgo más significativos en la adquisición de conductas nocivas para la salud.

Entre los factores personales se encuentran:

➤ Creencias y actitudes: Las creencias de que determinados comportamientos pueden contribuir a evitar una enfermedad, así como también la sensación de vulnerabilidad, llevan a la práctica de conductas saludables.

➤ Factores emocionales: éstos se refieren a comportamientos nocivos para la salud que se relacionan con ciertas reacciones emocionales, por ejemplo el comer en exceso o dejar de comer, se puede relacionar con la depresión¹⁰.

Es importante destacar que dentro de esta gama de factores, la cual retoma aspectos fundamentales del medioambiente en el que las personas viven, es posible identificar factores de riesgo y protectores capaces de desarrollar conductas que hacen más probable que una persona o una población experimenten algún padecimiento, o que ayuden a incrementar y mantener la salud. Pues bien, el **factor de riesgo** es

¹⁰ Cfr. MORALES CALATAYUD, Francisco, Introducción a la psicología de la salud, Paidós, México, 1999, p.

“cualquier evento de naturaleza química, física, biológica, mental, social o económica que al presentarse en unión de otros (más de un factor) aumenta la probabilidad de que aparezca un problema en particular”¹¹; en cuanto a los **factores protectores**, no existe una definición concreta, sin embargo, podemos decir que estos hacen referencia a las circunstancias o características positivas de las personas y del medioambiente que ayudan a incrementar el estado de salud.

Por otro lado , es importante señalar que la salud comunitaria sigue teniendo como objetivo principal incrementar la salud y mejorar la calidad de vida de las personas, sin embargo, también a puesto su interés en aquellos problemas que tienen su origen en una mezcla de causas psicosociales como puede ser el caso de la delincuencia juvenil. Es por ello que la familia, la escuela y la comunidad en general se han convertido en elementos clave para lograr un cambio favorable en la salud.

1.3. Disciplinas involucradas en el campo de la salud.

La expansión del concepto de salud hacia lo comunitario ha permitido la intervención de diversas disciplinas, entre las que podemos mencionar a la medicina, epidemiología, salud pública y Psicología, esta última de gran importancia para el presente trabajo.

1.3.1. Medicina

La Medicina es la disciplina que más protagonismo ha tenido y sigue teniendo dentro del amplio tema de la salud y la enfermedad. La medicina se practicó desde los tiempos más remotos, pero fue en el

¹¹ ZUZUNAGA CHOCAÑO, Juan Pablo, Diario salud. El portal de salud; en URL:<http://www.diariosalud.com>, 2002

renacimiento cuando comenzó a incorporar progresivamente el método científico, desarrollándose dos cuerpos teórico-prácticos muy importantes: la medicina clínica y la medicina social. La primera representa un paradigma individualista, la segunda uno social; el paradigma individualista se sustenta en una perspectiva de tipo biológica, la cual propone que las enfermedades pueden ser explicadas por disturbios en los procesos fisiológicos, los cuales resultan de infecciones bacteriales y virales. El paradigma social, se sustenta en la idea de que la ciencia médica es intrínseca, por lo tanto se debe ubicar a las personas en su ambiente social.¹²

Ambos paradigmas han hecho aportaciones de gran importancia al campo de la salud. La medicina clínica ha desarrollado diversas investigaciones que han llevado al descubrimiento de medicamentos y terapias para combatir enfermedades como la diabetes y el cáncer; en cuanto a la medicina social, podemos decir que su mayor contribución ha sido la concepción de ver a las personas como parte funcional de un sistema social, en el que los especialistas de la salud deben trabajar para determinar el grado de influencia que el medioambiente cotidiano de las personas tiene sobre la salud.

Es importante destacar que el avance científico de la medicina se debe en gran parte a los aportes de investigación y práctica que han tenido otras disciplinas importantes dentro del proceso salud – enfermedad, tal es el caso de la epidemiología y de la salud pública.

¹² Cfr. MORALES CALATAYUD, Francisco. Introducción a la psicología de la salud. Op. cit. pp.56-57

1.3.2. Epidemiología y Salud Pública.

Una de las disciplinas médicas que mejor representa la orientación social que hoy día tiene el concepto de salud es la epidemiología, que emerge como disciplina estrechamente relacionada con el estudio de las enfermedades infecciosas de carácter epidémico como el cólera, el sarampión, tifo y viruela; actualmente, su uso se ha ampliado a establecer la interrelación de todos aquellos factores ambientales y personales que pueden desequilibrar la salud de una comunidad.¹³

La epidemiología ha sido definida por Leavell y Clark (1965) como "la ciencia que se ocupa del estudio de los factores y condiciones que determinan la ocurrencia y distribución de la salud, enfermedad, defecto, incapacidad o muerte en una población humana"¹⁴.

Otra definición propuesta para esta disciplina es la de Beaglehole y Bonita, (1994) quienes la describen como "el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud en poblaciones específicas; además de la aplicación de este estudio al control de los problemas sanitarios".

Como puede verse, en ambas definiciones, se destaca el hecho de que la unidad de observación de esta disciplina es un grupo humano y no solo el individuo; su principal aportación al campo de la salud es el estudio de las enfermedades en su medio natural, así como la identificación de las medidas preventivas que ayuden a evitar la ocurrencia, desarrollo y consecuencias de cualquier padecimiento (físico y/o psicológico).

¹³ Cfr. VEGA FRANCO, Leopoldo; GARCÍA, Héctor. Bases esenciales de la salud pública, Prensa Médica Mexicana, México, 1987, pp.23-26

¹⁴ *Ibidem*, p. 27

La epidemiología es una disciplina muy amplia, que además de estudiar la interacción entre los diversos factores que se encuentran en el medioambiente capaces de desencadenar algún padecimiento, también se ha interesado en la influencia que el comportamiento y el modo de vida tienen sobre la salud, como se aprecia en la siguiente figura:

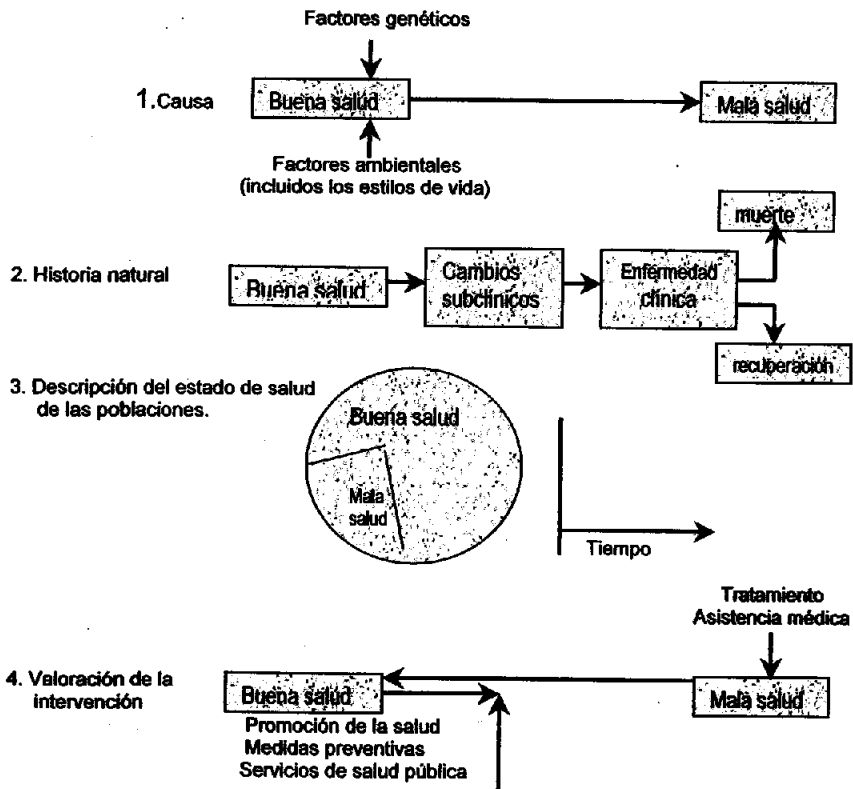


Fig. 1 "Usos de la epidemiología".¹⁵

¹⁵ Ibidem, p.4

De todo lo anteriormente dicho, podemos concluir que la epidemiología es un conjunto de conocimientos que ha ido creciendo a través del tiempo, tiene la función de determinar el nivel de salud y enfermedad de una población. Actualmente esos conocimientos también son utilizados para desarrollar medidas preventivas que mejoren en lo posible los estilos de vida de una comunidad, y es aquí donde resulta de gran importancia para la Psicología, ya que con la ayuda de ella podemos determinar con exactitud el grado de influencia que la conducta humana tiene en el proceso salud-enfermedad, tomando en cuenta características como la edad, sexo, ocupación, nivel socio-económico, etc., y con ello, demostrar que la psicología tiene los elementos necesarios para trabajar en conjunto con otros especialistas de la salud (doctores, trabajadoras sociales, enfermeras, etc.), desarrollar y aplicar programas preventivos que mantengan y aumenten el nivel de salud en bien de una determinada comunidad.

En cuanto a la **Salud Pública**, podemos decir, que ésta dispone de un siglo de existencia, y la definición más conocida y aceptada para esta ciencia es la propuesta por Winslow, quien se refiere a ella como : "la ciencia y el arte de: 1. Impedir las enfermedades. 2. Prolongar la vida y 3. Fomentar la salud y la eficiencia. Mediante el esfuerzo organizado de la comunidad. Para: 1. El saneamiento del medio. 2. El control de las infecciones transmisibles. 3. La educación de los individuos en higiene personal. 4. La organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades. 5. El desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud".¹⁶

Siguiendo con las definiciones de esta ciencia, tenemos la de Mustard y Stebbins, quienes consideran a esta disciplina "como el cuerpo

¹⁶ VEGA FRANCO, Leopoldo; GARCÍA Héctor, Bases esenciales de la salud pública, Op. Cit. P.6

de conocimientos y prácticas que contribuyen a la salud colectiva, ya sea con medidas preventivas, curativas o con ambas¹⁷

En estas definiciones, se hace notorio el carácter preventivo de la salud pública, al igual que su interés en la educación para la salud, ya que al igual que la epidemiología, su objeto de interés es un grupo de personas, por lo tanto se enfoca al trabajo multidisciplinario en el cual se involucran diferentes profesionales de la salud como médicos, pedagogos, psicólogos, sociólogos, enfermeras; lo cual nos encamina a poner atención en los determinantes sociales que producen los estados de salud-enfermedad y a los recursos y actividades que sean de utilidad para modificar favorablemente la situación de determinada población, y este objetivo puede lograrse a través de la participación organizada y consciente de la comunidad.

La salud pública debe tener la capacidad de desarrollar medidas para generar comportamientos saludables, y para ello puede auxiliarse de la perspectiva psicológica, que resulta de utilidad para hacer conscientes a las personas de que tanto la salud como la enfermedad se deben a determinados comportamientos que se han venido desarrollando a lo largo de nuestras vidas; sin embargo algunos de estos comportamientos que estén perjudicando nuestra salud pueden ser sustituidos por otros que nos ayuden a conservar o mejorar nuestro estado de salud.

1.3.3. Promoción de la salud y Educación para la Salud.

El concepto de promoción de la salud tiene sus orígenes en los años veinte cuando Winslow lo definió como "El vínculo entre los esfuerzos de la comunidad y las políticas públicas para mejorar las condiciones de

¹⁷ CONCHA GUTIERREZ, Carlos F., RODRÍGUEZ FRAGOSO Gerardo. Asertividad en estudiantes de ciudad universitaria: Un enfoque epidemiológico. Tesis de licenciatura; facultad de psicología, 2001, p.38

vida de la población"; pero fue hasta la década de los ochenta que se convirtió en una importante estrategia dentro del campo de la salud pública, cuando en Canadá, representantes de Estados Unidos y de Europa, redactaron la carta de Ottawa que se refiere a una promoción de la salud que proporcione a los pueblos los medios necesarios para que tengan mayor control sobre su vida y salud.¹⁸

La OMS ha definido a esta disciplina como "un proceso de auto transformación de los individuos en función de sus propias necesidades y las de su comunidad, que crea en ellos un sentido de responsabilidad sobre la salud y la capacidad de actuar en el desarrollo comunal"¹⁹

Como podemos ver, la promoción de la salud, es una disciplina que ha ido creciendo y tomando fuerza a través del tiempo, su interés se centra en la comunicación social y por supuesto en la participación comunitaria, siendo la educación para la salud la estrategia básica de intervención. La promoción representa la oportunidad de aprender comportamientos que faciliten el desarrollo de las habilidades físicas, sociales y personales que nos permitan funcionar de manera óptima dentro de nuestro ambiente social y familiar.

En cuanto a la **educación para la salud**, podemos decir que es una rama especializada de la salud pública y se constituyó formalmente como disciplina en 1921. Es descrita por Vega franco como: "a) un medio para mejorar la salud individual y colectiva; b) como el desarrollo de un

¹⁸ Cfr. ARROYO, Irma., CERQUEIRA MT., La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina. Un análisis sectorial. Editorial de la Universidad de San Juan Puerto Rico, San Juan Puerto Rico, 1997, p. 2.

¹⁹ SERRANO GONZALEZ, M., Educación para la salud y participación comunitaria. Díaz Santos, Madrid, 1990, p. 32

sentido de responsabilidad del individuo hacia su propia salud, ó c) como una fase que existe entre la conducta humana y la salud".²⁰

La educación para la salud se describe como un proceso que intenta lograr en las personas actitudes positivas hacia la salud, conocimientos prácticos que les permitan manipular su medio para conseguirla, busca hábitos saludables potenciando los recursos personales comunales.²¹

Con lo anteriormente descrito, podemos darnos cuenta de que tanto la promoción de la salud como la educación para la salud, representan todo un proceso de cambio, a través del cual se intenta conocer y aprender cuales son las capacidades de las personas que integran una comunidad y de que manera estas pueden contribuir a mejorar el entorno individual, familiar, comunal y social. Ambas estrategias promueven la participación conjunta de los especialistas de la salud y de la comunidad para lograr un cambio, pues sensibiliza a las personas acerca de las posibilidades de realizar acciones que ayuden a mejorar su entorno social.

1.3.4. Niveles de Atención y de Prevención a la salud.

La atención a la salud constituye una de las prioridades más importantes de América Latina, ya que a través de ella se pretende que las personas en todos los países del mundo alcancen un nivel de salud que les permita funcionar de manera óptima dentro de la sociedad, grupo, comunidad y familia.

²⁰ VEGA FRANCO, Leopoldo. GARCIA M. Héctor. Bases esenciales de la salud pública, Op. Cit. P.6

²¹ Cfr. GONZALEZ, Antonio Martín., CHACON FUERTES Fernando., MARTINEZ GARCIA, Manuel. Psicología comunitaria. Textos visor, Madrid, 1988, p. 62

El modelo de salud pública en México esta organizado en tres niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria.

La **atención primaria** de la salud surge como estrategia específica en 1978, en la reunión de Alma Ata, la cual señala que esta es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación. La atención primaria de la salud, representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud; las acciones de salud en atención primaria no solo actúan sobre los individuos, sino que alcanzan a las familias, consideradas como unidad, instituciones, la comunidad en general, sus organismos representativos y sus líderes.²²

*"El centro de salud, es la estructura física y funcional en la que se desarrolla una parte importante de las actividades de atención primaria de la salud, de forma coordinada, integral y con base en el trabajo en equipo de los profesionales que actúan en él. El centro de salud asume como institución la responsabilidad de la atención de una comunidad definida demográfica y geográficamente, en sus actividades han de estar contemplados tanto los aspectos de prevención de la enfermedad como los de promoción de la salud."*²³

Como puede verse, esta estrategia tiene como objetivo que la comunidad y las personas conozcan, participen y tomen decisiones sobre

²² Cfr. MORALES CALATAYUD, Francisco. Introducción a la psicología de la salud. Op. cit. pp.140, 141,142

²³ ZURRO, A., Martín., CANO PEREZ, J: F., Atención primaria: organización, conceptos y práctica clínica. Vol. 1, 4ª edición, México, DF., 1999, P. 7

su propia salud y asuman responsabilidades específicas ante ella; este cambio puede lograrse mediante el trabajo en equipo, mismo que debe estar conformando por profesionales de la salud, quienes aportaran el conocimiento y recursos necesarios para desempeñar esta labor en conjunto con la comunidad.

“Por su parte, la **atención secundaria** de la salud, pretende detener el avance de la enfermedad, se sustenta en el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno. Este segundo nivel de atención permite la adherencia del paciente a los tratamientos médicos, modificando su comportamiento y proporcionándole al paciente habilidades de afrontamiento ante su padecimiento. Cabe señalar que este tipo de atención se proporciona en *hospitales generales*, los cuáles atienden problemas de salud que requieran del uso de tecnología de mediana complejidad.

En cuanto a la **atención terciaria** de la salud, podemos decir que esta tiene como finalidad disminuir la discapacidad y ofrecer tratamiento y/o rehabilitación, así mismo participa evitando factores de riesgo que pudieran complicar la rehabilitación del paciente , elevando su calidad de vida, tratando de mantener su independencia como readaptador.” (Díaz Leal, 1998; en Tesis de licenciatura de Contreras Carolina). Este servicio se da en los hospitales de especialidades.

Es notorio que los niveles de atención están relacionados entre sí, proporcionan servicios a todos los sectores de la población, sin embargo se trabaja más en el nivel de atención primaria, porque a través de este, se trata de evitar que las personas lleguen a presentar cualquier padecimiento y mantengan un buen estado de salud, es decir, esta encaminado hacia la prevención.

La **prevención** puede entenderse como la protección de la salud, porque trata de impedir la exposición de la población a factores de riesgo, interviniendo en el mejoramiento del ambiente ecológico y social, para evitar que se presenten problemas físicos (enfermedades) o de tipo social (Fármaco dependencia, delincuencia juvenil).

"El modelo de prevención fue introducido en el campo comunitario por G. Caplan (1964/1979) a partir de la salud pública que lo había utilizado con éxito en las enfermedades transmisibles".²⁴ De acuerdo con este mismo autor, se distinguen tres niveles de prevención:

Prevención primaria: Su objetivo es modificar anticipadamente las condiciones sociales, ambientales o conductuales que puedan afectar negativamente la salud de las personas, al mismo tiempo promueve conductas que favorezcan a la misma. Algunas de las actividades que pueden realizarse dentro de este nivel de prevención son: "a) Realizar estudios epidemiológicos que proporcionen información relevante acerca de que factores de riesgo son los más prevalentes en la comunidad y actuar sobre ellos. b) Modificar los factores socio-ambientales que atentan contra el normal desarrollo psicológico del individuo o que potencian la aparición de patrones de conducta asociados con la enfermedad (mala alimentación, adicciones, delincuencia juvenil). c) Incrementar los recursos y habilidades personales de los individuos."²⁵

Prevención secundaria: "persigue la curación de los pacientes y la reducción de las consecuencias más graves de la enfermedad mediante el diagnóstico y tratamiento precoces; su propósito es reducir la prevalencia

²⁴ SÁNCHEZ VIDAL ALIPIO. Sicología comunitaria: Bases conceptuales y operativas: métodos de intervención. 2ª edición. Promociones y publicaciones universitarias. España, 1991.P. 348.

²⁵ GONZALEZ, Martín Antonio.et.al. Sicología comunitaria, op.cit. pp. 58,59.

de la enfermedad".²⁶ Las medidas más habituales en este nivel preventivo se refieren al diagnóstico temprano y a un tratamiento adecuado al problema.

Prevención terciaria: Tiene como meta reducir el progreso o las complicaciones de una enfermedad establecida, por ello se le considera importante dentro de la terapéutica y medicina rehabilitadora. Este nivel de prevención consiste en medidas encaminadas a reducir secuelas o posibles discapacidades, minimizar los sufrimientos causados por la pérdida de la salud.²⁷

Resumiendo, todos los niveles de prevención son muy importantes, ya que están íntimamente relacionados y cada uno de ellos tiene una función específica dentro del campo de la salud. Por ejemplo, la prevención primaria trata de evitar en lo posible que aparezca la enfermedad o cualquier tipo de padecimiento, su principal método es de tipo educativo, ya que proporciona recursos personales y socio-ambientales para que las personas se adapten lo mejor posible al ambiente en que viven. La prevención secundaria, se dirige a las personas ya enfermas, por lo tanto ayuda a las personas proporcionándoles el tratamiento más adecuado y lo más rápido posible. La prevención terciaria trata de minimizar en lo posible las consecuencias físicas, psicológicas y sociales provocadas por la enfermedad, trata de evitar recaídas posteriores.

La prevención es de gran importancia en el campo de la salud ya que sus acciones se orientan tanto al individuo como a los grupos de riesgo (Personas que por su condición social, biológica o económica, o por

²⁶ BEAGLE-HOLE, R., BONITA, R., KJELLSTRÖM, T. Epidemiología básica, op.cit. p. 96

²⁷ *Ibidem*. P.97

su conducta, o ambiente son más vulnerables a padecer alguna enfermedad o problema social)²⁸

Para lograr los objetivos de la prevención, se requiere que los profesionales interesados en el campo de la salud estén capacitados en el área, para que su labor rinda frutos tanto a nivel individual como comunitario. Si bien es cierto que el peso de las acciones preventivas recae sobre los profesionales de la salud, es indispensable que en esta labor se cuente con la participación activa de la comunidad.

1.4. Surgimiento de la psicología de la salud.

Para dar pauta al surgimiento y crecimiento de esta disciplina, fue necesaria la intervención de otras disciplinas, las cuales a través de su labor realizada con las personas a nivel individual y grupal, en distintos escenarios como clínicas y comunidades han contribuido de manera muy amplia a fomentar el trabajo de los psicólogos dentro del campo de la salud.

1.4.1. Psicología.

La psicología es una ciencia que actualmente ha extendido su campo de aplicación al campo de la salud, al igual que las disciplinas descritas anteriormente. A continuación se describirá como se ha ido integrando esta ciencia al campo de la salud.

Como sabemos, la psicología es la ciencia que se encarga del estudio de la conducta humana. Durante la segunda mitad del siglo XIX se separó de la filosofía, los diferentes y múltiples conocimientos acumulados

²⁸ Ibidem, p.95

se fueron configurando, pasando de la especulación a la experimentación; los recientes avances en los servicios de salud sostienen la idea de que al incorporar los descubrimientos científicos y las técnicas modernas de la psicología en las prácticas diarias, se produce un mejoramiento significativo en la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades.²⁹

1.4.2. Psicología clínica.

De todo el marco de conocimientos y avances de la psicología surge la psicología clínica, que puede considerarse como una disciplina independiente a partir de 1906 cuando Lightner Witmer fundó la primera clínica psicológica en la Universidad de Pensylvania. Esta disciplina se centra en la enfermedad mental y en el individuo, más que en la salud y en la comunidad; su principal aportación es de tipo asistencial, ya que permite realizar de manera precisa el diagnóstico de enfermedades mentales y de sus antecedentes, para hacer más eficaz la calidad de la atención de los enfermos y tomando en cuenta esto, es definida como: "un área de la psicología en la que se aplican técnicas de evaluación y modificación de conducta para la investigación, evaluación, tratamiento y prevención de trastornos psicopatológicos".³⁰

La psicología clínica ha ido creciendo como disciplina sobre todo en el campo de la investigación y evaluación de la conducta; si bien es cierto que se ha desarrollado en gran medida en el ambiente hospitalario, también es cierto que ha trasladado todo su trabajo hacia aspectos

²⁹ Cfr. PALACIOS VENEGAS, Jorge., GÓMEZ MAQUEO, Emilia. Sicología de la salud: Memorias del primer congreso internacional de la sicología de la salud. Facultad de sicología, UNAM, Sociedad Medica de Hospital General de México. México, 1993., p.141

³⁰ BUELA-CASAL, G., Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud., siglo XXI, Madrid, 1996. P.4

afectivos y de comportamiento social, un ejemplo de esto es el estudio que realizó William Healy "en 1909, sobre la conducta de los delincuentes, en colaboración con el Tribunal de Menores del Condado de Cook, Chicago".³¹

1.4.3. Medicina conductual.

El desarrollo de la psicología clínica en las últimas décadas, se debe en gran parte a la influencia del modelo conductual, lo cual ha dado origen a la medicina conductual, definida en el año de 1978 durante una conferencia en Yale, como: "Campo interdisciplinar referido al desarrollo e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas y de la conducta relevantes para la salud y la enfermedad, y a la aplicación de esos conocimientos y técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación"³²

Blanchard (1982) sugirió que ocurrieron tres grandes acontecimientos en los años 70' que ayudaron al crecimiento de esta disciplina: 1) Técnicas de tratamiento utilizadas para cambiar el comportamiento de enfermos mentales comenzaron a ser usadas en pacientes con otros problemas médicos como la obesidad y el hábito de fumar, 2) El campo de la biorretroalimentación estaba haciendo posible efectuar cambios fisiológicos comprobables en funciones corporales, 3) se puso mayor atención en como los cambios en el comportamiento podían ser de utilidad en la prevención y tratamiento en enfermedades cardiovasculares y cáncer.³³

La medicina conductual resalta el papel de los comportamientos que aprendemos a lo largo de nuestra vida y que pueden ayudarnos a

³¹ Cfr. MORALES CALTAYUD, Francisco, Introducción a la psicología de la salud. Op. Cit. P.68

³² RODRÍGUEZ MARÍN, Jesús., Psicología social de la salud. Síntesis., España, 1995. P.20

³³ Cfr. MORALES CALTAYUD, Francisco, Introducción a la psicología de la salud. Op. Cit. P.75,76.

mantener nuestra salud o en su defecto, desencadenar la aparición de algún padecimiento; a través de lo cual demuestra que el vínculo mente-cuerpo es directo y muy estrecho, con ello, esta disciplina reconoce el hecho de que los problemas de salud son multifactoriales, por lo tanto pone un mayor interés en la prevención.

1.4.4. Psicología comunitaria.

Otra de las disciplinas que surge dentro de todo el marco de conocimientos descritos anteriormente para ayudar a resolver los problemas de salud, y que es importante tomar en cuenta para el presente trabajo por sus aportaciones al ámbito comunitario, es la psicología comunitaria, disciplina surgida en 1965 durante la conferencia sobre la educación de psicólogos para la salud mental comunitaria, realizada en la ciudad de Swampscott.(Boston)³⁴

De acuerdo con Costa ((1984) en Morales, 1999) lo que anima a los psicólogos involucrados en el tema de salud a conformar esta disciplina es el hecho de diferenciarse de los objetivos marcadamente individuales de los psicólogos clínicos y dirigir su labor al campo comunitario y social bajo una perspectiva preventiva y educativa.

González, et.al. (1988) Propone la siguiente definición para describir a la psicología de la salud: "Ciencia de la salud aplicada en la que confluyen las diferentes disciplinas básicas, médicas, psicológicas, sociológicas, epidemiológicas, etc., que fundamenten los programas de intervención para la prevención de la enfermedad, la promoción y la educación para la salud".

³⁴ Ibidem, P.83

Lo que podemos decir al respecto de esta disciplina, es que representa al igual que las demás un antecesor muy importante para el surgimiento y desarrollo de la psicología de la salud.

1.4.5. Psicología de la salud.

En este contexto surge la psicología de la salud como un nuevo campo de la psicología aplicada. Concebida y denominada como tal, esta disciplina surge en "Estados Unidos en la década de los 70, y experimenta un rápido crecimiento en la medida en que los diferentes programas de investigación básica han ido demostrando la conexión entre los procesos psicosociales, comportamentales y cambios fisiológicos"³⁵.

La descripción más aceptada de lo que esta disciplina representa para el campo de la salud es la de Matarazzo, quien en 1980 propone la siguiente definición: "La psicología de la salud es un agregado de contribuciones específicas de educación, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de la etiología y diagnóstico de los correlatos de la salud-enfermedad y disfunción relacionada, y para el análisis y mejoramiento del sistema de cuidado de salud y la formación de políticas de salud"³⁶

Otra definición para describir a la psicología de la salud es la propuesta por Carrobbles(1993) quien nos dice lo siguiente: "Es el campo de especialización de la psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos o médicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar de rehabilitar

³⁵ RODRÍGUEZ MARÍN, Jesús., Psicología social de la salud. Síntesis. Op. Cit. P.21

³⁶ MATARAZZO, J., Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology., 1980. American Psychologist. No.35 p. 53

éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad³⁷

Se tomaron en cuenta estas dos definiciones, por que la primera, marca el inicio de esta disciplina tan importante para el campo de la salud y la segunda nos muestra el panorama de cómo ha crecido y se ha ido adaptando a las necesidades de la actualidad en cuanto al proceso salud-enfermedad.

De ambas definiciones, podemos decir que la psicología de salud hace hincapié en aspectos relacionados con la promoción, la prevención, pero sobre todo en la idea de que el origen de muchos padecimientos es multifactorial, es decir, se puede llegar a la enfermedad por causas de tipo biológico, o debido a los estilos de vida de una persona o una comunidad, por lo tanto se requiere de trabajo interdisciplinario para dar una solución pronta y efectiva; en este sentido, podemos decir que la labor del psicólogo de la salud y todo el equipo de personas interesadas en el campo de la salud es la modificación y mejora del entorno y de la conducta de las personas.

1.5. Estilos de vida.

Como se dijo anteriormente, en la actualidad se acepta que los factores que originan muchas enfermedades pueden ser ambientales o comportamentales, es decir, debidos a estilos de vida. Los estilos de vida constituyen una de las principales garantías de salud, pero también pueden

³⁷ BUELA-CASAL G., Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud., op.cit. P.8

convertirse en factores de riesgo para su deterioro, por ejemplo, fumar y beber en exceso, usar drogas, comer en exceso.

Por esto, es importante entender que son los estilos de vida. Para González, (1988) los estilos de vida son: "la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio y las pautas individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales". Otra definición es la propuesta por Henderson, Hall y Lipton,((1980) en Rodríguez García, 1998) quienes se refieren a este concepto como un "Conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona, es decir, la forma de vivir"

Basados en las definiciones presentadas, podemos decir, que los estilos de vida se adquieren a través de nuestras experiencias de vida, de lo que vemos y vivimos primero dentro de nuestro núcleo familiar, después en la escuela y la sociedad en general, sin olvidar el factor hereditario. Por ello los estilos de vida están muy relacionados con la modificación de la conducta y con otras áreas que van desde la practica médica hasta las relaciones personales, por ejemplo, el enseñar a los padres estrategias disciplinarias positivas, ayuda a que los niños aprendan y desarrollen conductas que les faciliten convivir con otros niños de su edad.

El hecho de conocer los estilos de vida es importante para los psicólogos de la salud, pues dado que al entender la relación ambiente-comportamiento, podemos buscar los medios necesarios para prevenir la adopción de aquellas conductas que puedan tener un efecto negativo tanto para el bienestar físico y emocional, siempre considerando todo el ambiente en que se desenvuelven las personas.

Para concluir, podemos decir que en este capítulo, se ha hecho mención de algunos conceptos importantes para el proceso salud-enfermedad, al mismo tiempo se han mostrado algunos cambios ocurridos en el mismo, por ejemplo: El concepto de salud, paso de lo individual a lo comunitario, la relevancia de la enseñanza del autocuidado por medio de conductas positivas de salud, la colaboración que se ha dado entre los profesionales de esta área (médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales) para formar equipos de trabajo que ayuden a desarrollar programas encaminados a prevenir y mantener la salud individual y comunal.

La salud es el marco en el que se estructura el equilibrio interior y la conducta del ser humano, así como las relaciones interpersonales que nos permiten funcionar de manera adecuada como parte del medio social en que vivimos, por lo que se hace necesario desarrollar estrategias que nos permitan alcanzar un estado de salud óptimo; esto representa un compromiso tanto para las autoridades de nuestro país como para todos aquellos organismos del sector salud.

A este respecto, la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, a través del Programa de Internado en Psicología General, (área de salud) ha contribuido a este compromiso, preparando y guiando a los alumnos para realizar investigación comunitaria encaminada a la prevención y promoción de la salud. De toda esta preparación y experiencia (descrita en el capítulo siguiente) surge el presente trabajo de tesis.

2. Elementos que forman los programas de intervención comunitaria.

Antes de iniciar con el tema que nos compete en este capítulo, es importante hacer una breve descripción de lo que es una comunidad y la importancia que tiene la participación activa de la misma dentro del trabajo preventivo.

2.1. Definición de comunidad y participación comunitaria.

La palabra comunidad puede significar simplemente un número de personas que viven en la misma zona, pero puede también implicar intereses comunes y compañerismo; una definición que toma en cuenta estas características es la propuesta por Rosa Benito Grafias (en Hernán San Martín, 1992) La comunidad, se refiere a "grupos de población situados en un área geográfica determinada que tiene intereses y necesidades comunes, entre los cuales existen interrelaciones y que en su conjunto forman una entidad individualizada".

Otra definición propuesta para referirse a este término es la de Ander-Egg, E. ((1982), en Contreras Carolina, 2001) quien nos dice: "La comunidad es una agrupación organizada de personas que se perciben como unidad social, cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elemento, objetivo o función común, con conciencia de pertenencia, situados en una determinada área geográfica, en la cual existe una interacción directa"

En ambas definiciones es notorio el hecho de que los autores perciben a la comunidad como una entidad conformada por personas que habitan un determinado lugar, con características propias, en la que debe existir la interacción entre los miembros que la conforman para lograr el

crecimiento social de la misma. Por nuestra parte, podemos considerar a la comunidad como un sistema dinámico, ya que tanto las personas como las condiciones de vida cambian constantemente, lo cual nos habla de que los miembros de la comunidad deben adaptarse a estos cambios y esto puede lograrse a través de la participación activa de la comunidad.

La participación comunitaria, "es el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunal"³⁸

En esta definición se menciona que la participación es un proceso ya que para lograr un cambio tanto a nivel individual como colectivo es necesario un esfuerzo continuo que va ocurriendo a lo largo del tiempo y con el trabajo conjunto entre los profesionales de la salud y la comunidad. La participación comunitaria se refiere en gran parte al interés que los miembros de una determinada comunidad tienen en contribuir a mejorar sus condiciones de vida, una alternativa para lograr este objetivo son los programas de salud encaminados sobre todo hacia la prevención, como se muestra en el siguiente apartado.

2.2. Intervención comportamental-educativa.

Frente a las actuaciones tradicionales de intervención terapéutica y las estrategias de educación para la salud en la prevención de la enfermedad y la promoción, basadas anteriormente en la mera transmisión de información y la creciente necesidad de lograr un cambio positivo y duradero en la salud, surgen el programa de intervención comportamental-educativo para la salud en atención primaria, el cual afirma que los

³⁸ ALVAREZ ALVA, Rafael., Educación para la salud., Manual moderno, México, 1995, p.54

esfuerzos por aliviar los problemas personales y comunitarios deben vincular tanto la modificación y mejora de las situaciones y contextos del entorno como los repertorios conductuales de las personas.

Esta estrategia de intervención surge de la confluencia de varios hechos entre los que destacan la consideración de un nuevo concepto de salud, en el que se entiende el proceso salud-enfermedad como resultante de la interacción completa entre factores biológicos, psicológicos y sociales, debiéndose centrar la atención sanitaria en estos niveles y ser abordada de forma interdisciplinar.³⁹

2.2.1. Fases del modelo comportamental- educativo.

Pese a las dificultades que puedan surgir en la práctica respecto a las competencias de los distintos niveles de administración, Méndez, (1996) afirma que este modelo dispone de una metodología y objetivos precisos. Las fases que componen este modelo son las siguientes:

"1) Examen preliminar: en éste se incluye la definición y conocimiento de la comunidad, la detección de las necesidades reales y sentidas de la comunidad. La definición de la población se refiere al tamaño, y características demográficas, dicha información puede obtenerse de fuentes oficiales como censos poblacionales.

2) Diagnóstico comunitario: Cuando se han definido los problemas específicos que parecen merecer la investigación y una posible intervención puede procederse al diagnóstico. En esta etapa se elige a la

³⁹ Cfr. MÉNDEZ CARRILLO Francisco Xavier, MACÍA ANTÓN Diego, OLIVARES RODRÍGUEZ José., Intervención conductual en contextos comunitarios I: Programas aplicados de prevención., Pirámide. Madrid, 1996., p. 32

población que esté más expuesta a factores de riesgo. En este punto se evalúa, la viabilidad de la intervención.

3) Diseño de la intervención, durante el diseño se debe tomar en cuenta los recursos con que cuenta la comunidad; para este modelo, el diseño consta de tres subfases:

a) Fase educativa: Se discute sobre el problema de salud y su prevención. El objetivo es incrementar la información y modificar las actitudes frente al problema.

b) Fase de entrenamiento en habilidades: En esta se deben planificar actividades en que las personas aprendan habilidades o competencias comportamentales, las más frecuentes son, las de resolución de problemas, autocontrol y de tipo social.

c) Fase de aplicación: Para la consolidación de lo aprendido en el diseño, se debe tomar en cuenta la posibilidad de que las personas lleven a cabo lo aprendido ya sea en situaciones artificiales ó naturales. Y que esto se complemente con tareas en casa.

4) Ejecución de la intervención: Un programa puede incluir actividades dirigidas a la promoción, prevención, detección precoz, tratamiento o cualquier combinación de estos objetivos. Se puede centrar en un aspecto específico de la salud o en factores conductuales y ambientales.

El programa puede ser definido en forma que se centre en la comunidad total o en un subgrupo seleccionado, como los ancianos o los niños.

5) Valoración de los resultados: Terminada la intervención preventiva se valora su eficacia mediante la comparación de los resultados antes y después de la intervención y/o con grupos de control⁴⁰

La intervención comportamental-educativa utilizada como estrategia en los servicios socio-sanitarios integrados a nivel de atención primaria presenta un ámbito muy extenso de aplicación, por ejemplo los programas de atención al niño, los cuales tienen como contexto de aplicación el centro escolar y su objetivo es que el alumno adquiera actitudes y hábitos adecuados. Estos programas van encaminados a detectar niños aislados, con problemas de ajuste y situación de riesgo para sufrir problemas emocionales, haciéndolos blanco para ser entrenados en habilidades sociales.⁴¹

Como puede verse, el trabajo comunitario requiere de profesionales bien preparados para proporcionarle a las personas una mayor calidad en los servicios de salud que están a su disposición, y de esta manera alentarlas a participar en los programas que se llevan a cabo dentro de sus comunidades.

2.3. Experiencia en el internado de psicología general.

La necesidad de fortalecer y actualizar los planes de estudio de la carrera en psicología; así como la vinculación de los mismos a los requerimientos y demandas de la sociedad originaron la creación en 1998 del Programa de Internado en Psicología General, orientado a formar psicólogos capaces, que se desempeñen profesionalmente con niveles elevados de calidad académica. La formación del psicólogo se realiza a

⁴⁰ Ibidem. p.p. 34, 36

⁴¹ Ibidem. p. 39

través de un entrenamiento práctico bajo supervisión en diferentes escenarios. (salud-social, Organizacional y educativa)⁴²

El objetivo del internado se cumplió gracias al trabajo conjunto psicólogo-institución, por lo que el coordinador del programa (Dr. Héctor Ayala Velásquez) contempló la inserción de los estudiantes a los diversos escenarios, en este caso en el Centro de Salud "Gustavo Rovirosa" perteneciente a la colonia Santa Ursula (D.F) de la cual se seleccionó el área geoestadística (AGEB 100-1) para contribuir a este esfuerzo, realizando trabajo comunitario.

Durante la participación en este programa se tuvo la oportunidad de desarrollar habilidades como, evaluar, diagnosticar problemas y necesidades socialmente relevantes, planear, organizar y administrar programas de intervención a nivel comunitario, enseñar a los miembros de la comunidad habilidades y actitudes que les sean de utilidad para proteger su salud.

Para lograr cambios satisfactorios dentro de una comunidad, es necesario contar con la total colaboración y participación de la misma. Como puede lograr esto el psicólogo de la salud; una alternativa es la identificación de las necesidades de la comunidad, así como de los recursos que existen dentro de la ésta para facilitar el camino que nos lleve a los programas de intervención y alternativas que ayuden a solucionar la problemática de determinada comunidad.

⁴² Ayala, H. y Vázquez, F. (eds.) (2001) La Formación Profesional del Psicólogo en el Campo de la Salud, la Educación, los Procesos Sociales y las Organizaciones: El Internado en Psicología General de la Facultad de Psicología de la UNAM. México: Facultad de Psicología, UNAM – PAPIIME.

Finalmente, cabe destacar que si se atienden los principales problemas de salud comunitaria como puede ser el caso de la agresión o la violencia, comprendiendo que en su origen pueden estar involucrados factores que a través de su interrelación pueden crear las condiciones necesarias para que dicha problemática ocurra, desarrollando condiciones preventivas, existe la posibilidad de resolver a corto o largo plazo los problemas que involucran a la comunidad en particular y a la sociedad en general.

2.4. Trabajo comunitario como parte de la formación en el internado de psicología general.

El trabajo comunitario que se llevó a cabo como parte de la formación en el internado de Psicología General, y que se refiere al diagnóstico – intervención, (descrito en el apartado de Método) se basa en el modelo llamado "iniciativas comunitarias"⁴³

Este modelo, fue desarrollado bajo la creencia de que las comunidades son construidas cuando las personas trabajan juntas en cosas que les interesan para mejorar su salud. El propósito fundamental del modelo es incrementar las oportunidades que tienen las personas para trabajar juntas y mejorar la calidad de vida, interviniendo así en la resolución o disminución de problemas particulares de una determinada comunidad, lo cual permite mejorar las condiciones de vida hasta donde es posible.

Dentro de este abordaje se habla de una metodología participativa que involucra a los miembros de la comunidad:

⁴³ FAWCETT, S., et al., The community tool box, University of Kansas, 2000. Cap. 1, sec. 1,2,3,; Cap. 3, sec. 1, en <http://ctb.ukansas.edu/>

➤ **Líderes comunitarios:** Son personas representativas para su comunidad, en el sentido de que alientan a las personas a reunirse y lograr un cambio. Reúnen a las personas de toda la comunidad, es decir que representan alianzas para mejorar la salud o las condiciones de la comunidad. Estos pueden ser maestros, miembros de algún comité, etc.

➤ **Grupos focales:** son pequeños grupos conformados obviamente por miembros de la comunidad y que desean participar de alguna manera para lograr un cambio positivo.

El modelo de iniciativas comunitarias, tiene dos características importantes, la primera: Esta hecho para ser sencillo e interactivo; segunda: Fue diseñado para estar en continuo ciclo, es decir mejoras en resultados más lejanos, por ejemplo reducir las tasas de violencia. Plantea las siguientes etapas:

1) Contexto de la comunidad y planeación: El primer paso es entender el contexto en el cual la gente actúa. Este esta influenciado por cosas como: Las expectativas de las personas, demandas familiares y de trabajo, pobreza, entre otros. En cuanto a la planeación, reúne a las personas para determinar cual puede ser la mejor alternativa para lograr el cambio deseado. El plan de acción significa identificar cambios específicos en la comunidad o en sistemas amplios y los pasos relacionados a las acciones, al mismo tiempo se identifica a quienes realizaran la acción, en que momento se llevará a cabo y los recursos necesarios para ejecutarlo.

2) Acción comunitaria e intervención: El proceso de planeación debe ser seguido por acción, al mismo tiempo que se lleva a cabo el plan se debe estar preparado para vencer los obstáculos que puedan presentarse.

3) Comunidad y sistema de cambio: Al hablar de cambio en la comunidad, nos referimos al desarrollo de un nuevo programa o modificar los ya existentes, realizando cambios en la política (penalidades más fuertes para las personas que cometen algún delito grave).

4) Factores de riesgo y de protección: Estos se refieren a aspectos del medioambiente de las personas que hacen más probable o menos factible el que se pueda desarrollar un problema particular.

5) Resultados a largo plazo: Las metas fundamentales en el trabajo comunitario son mejorar los resultados a largo plazo, por ejemplo, reducir la violencia.

Como podemos ver, el modelo de iniciativas comunitarias es muy amplio y promueve la participación activa de los miembros de las comunidades.

Ambos modelos (Comportamental – educativo e iniciativas comunitarias) coinciden en que antes de realizar cualquier acción, es necesario investigar las características de una determinada población, desde las expectativas de las personas, hasta el ambiente geográfico y social en el que viven. Así mismo, se plantea que para llevar a cabo el plan de acción es importante tomar en cuenta los recursos con los que se cuenta dentro de la comunidad; en el paso 5 de los modelos, se hace referencia a los resultados, pero el comportamental – educativo hace la valoración a corto plazo, en cambio el modelo de iniciativas comunitarias además de evaluar los resultados a corto plazo, se preocupa porque estos sean permanentes y se mejoren a largo plazo.

Puede decirse que el modelo de iniciativas comunitarias es el más completo, ya que una de sus metas es lograr la participación comunitaria, a través de la ubicación y colaboración de líderes comunitarios y grupos focales.

En el trabajo desarrollado en la comunidad con este modelo, se realizó el diagnóstico y la intervención en una comunidad perteneciente a la colonia Pedregal de Santa Ursula, con ello se contribuyó a que los miembros de la comunidad se manifestaran y organizaran con los profesionales de la salud, en este caso psicólogos, para lograr un cambio. Este modelo es muy flexible y como mencionan sus creadores (Fawcett, et al., 2000) es sencillo y facilita el trabajo dentro de la comunidad, porque al trabajar bajo una perspectiva de participación que articula la investigación y la acción, creemos conveniente la integración del psicólogo a la vida cotidiana, así como a las formulaciones y el desarrollo de proyectos comunitarios que mejoren la salud.

De lo expuesto en este capítulo, se plantea lo siguiente:

- El diagnóstico e intervención comunitarios son fundamentales para lograr la calidad de vida de las personas que habitan en una determinada comunidad.
- La formación y/o colaboración de los grupos focales, impulsan la participación comunitaria.
- Un modelo tan organizado como el propuesto por Fawcett, resulta una herramienta que nos da la oportunidad de interesar a las personas a que modifiquen sus comportamientos, con la finalidad de prevenir enfermedades y mantener la salud.

Este modelo está diseñado para llevarse a cabo con grupos de personas más vulnerables a las condiciones de vida de la comunidad y de ellas mismas.

Uno de los grupos de alto riesgo es el de los niños que presentan conductas agresivas y de desobediencia tanto en casa como en la escuela, ya que este tipo de comportamientos suele avanzar hasta llegar a convertirse en un problema de mayor dimensión como lo es la delincuencia juvenil (Kazdin, 1988).

Por lo tanto, la intervención realizada en la presente tesis, es de tipo preventiva, ya que al incidir en las conductas de agresión y desobediencia se pretende evitar que lleguen a la delincuencia o vandalismo.

Para entender mejor el planteamiento de la intervención preventiva propuesta en esta tesis, es importante conocer los fundamentos teóricos que sustentan la relación entre la conducta agresiva y la delincuencia, tema descrito en el siguiente capítulo.

3. Conducta agresiva y antisocial.

El ambiente que rodea al niño durante la lactancia, la vida preescolar y la edad escolar, tiene una importancia decisiva en su desarrollo tanto emocional como físico. Se piensa que la familia y la escuela son determinantes en este hecho ya que son lugares que sirven como modelos en el aprendizaje de conductas adecuadas, por ejemplo, respetar a los demás niños, obedecer a los adultos que conviven directamente con él; sin embargo, también pueden ser el marco donde los menores aprendan y desarrollen conductas inadecuadas que les provoquen problemas a lo largo de su vida.

3.1. Descripción de la conducta agresiva y antisocial.

Desde muy temprana edad, el niño aprende que puede emplear distintos medios para satisfacer sus necesidades, pero algunos de ellos merecen aprobación y otros no, tal es el caso de la agresión y la conducta antisocial.

El primer paso para comprender la agresión es establecer una definición clara de este término, en general, se define a la agresión como "cualquier forma de conducta que pretende herir física o psicológicamente a alguien".⁴⁴ Otra definición para agresión es : "conducta física o verbal que conlleva la intención de lastimar al prójimo."⁴⁵

En ambas definiciones se destaca la intención de herir a otra persona, pero en ocasiones, la conducta agresiva puede darse solo para demostrar poder sobre otras personas.

⁴⁴ BERKOWITZ Leonard., Tr. Jasone Aldekoa. Agresión: consecuencias y control. Desclee de Brouwer, Argentina, 1996. P25

⁴⁵ BLANCO PICABIA Alfonso. Fundamentos de psicología. Tirant lo blanch, Valencia, 1994, p. 285

En lo que respecta a la manifestación de esta conducta, Cerezo (1999) menciona que es difícil situar el momento preciso en que aparece la agresión. En los niños de menos de un año, las manifestaciones agresivas suelen ser provocadas por la ausencia de cuidados; a los dos años aparecen las rabietas causadas por conflictos con la autoridad, es decir con los límites que los adultos puedan ponerle, entre los tres y cuatro años, la agresión surge como reacción ante la frustración, cuando el niño encuentra obstáculos para satisfacer sus deseos, y se orienta hacia personas u objetos que el menor percibe como responsable de su insatisfacción.

La manifestación de la agresión, puede disminuir paulatinamente a medida que los adultos importantes o significativos para el niño estimulan el desarrollo de habilidades sociales que lo ayuden a comportarse adecuadamente y le faciliten la interacción positiva con otros niños y adultos.

En el caso de la conducta antisocial, ésta "es considerada como una desviación significativa de la conducta normal y los niños son identificados a menudo a través de instituciones de salud o tribunales como psicópatas o delincuentes".⁴⁶

La conducta antisocial incluye una variedad de actos específicos como pelear, robar, mentir y desobedecer, cuando éstos son extremos y persisten, afectan el funcionamiento diario del niño y tienen implicaciones importantes para quienes están en contacto con él (los padres no pueden controlar al niño o la conducta de este puede ser peligrosa).

Los niños que presentan conductas inadecuadas tendrán problemas al llegar a la adolescencia si ellos y sus familias no reciben un

⁴⁶ KAZDIN, Alan E., Tr. Corbera Xavier. Tratamiento de la conducta antisocial en la infancia y adolescencia. Martínez Roca, España, 1988, P.28

tratamiento efectivo, sin él muchos de estos menores no lograrán adaptarse a las demandas que conlleva el ser adulto y continuarán presentando problemas en sus relaciones sociales e incluso pueden llegar a desafiar a la ley cometiendo algún delito (robar, destruir propiedad privada, etc.)⁴⁷

Actualmente la conducta agresiva y antisocial se han convertido en un problema muy frecuente, hasta constituir un antecedente de la violencia social. Se presentan en distintos contextos, hogar, escuela y comunidad. Así que los padres y maestros juegan un papel muy importante para mejorar o incrementar estas conductas.

3.2. Papel de los padres y maestros en el desarrollo y mantenimiento de la conducta agresiva.

La importancia del diagnóstico y tratamiento tempranos de las primeras manifestaciones de los trastornos emocionales en el niño ha tomado gran relevancia, por lo que se ha investigado con especial atención la influencia de los padres en la conducta de los menores, ya que con niños pequeños, la familia comprende el ambiente social más cercano.

Los recientes estudios de Patterson, Capaldi y Bank (1991, en Cerezo, 1999) explican cómo el modelo de familia puede ser predictor de la delincuencia en los niños. En él afirman que las conductas antisociales que se generan entre los miembros de una familia sirven de modelo y entrenamiento para la conducta antisocial que los jóvenes exhiben en otros lugares como la escuela, debido a un proceso de generalización de dichas conductas.

Al respecto, Patterson ha desarrollado una teoría e investigaciones confirmatorias para explicar los patrones específicos de

⁴⁷ Idem.

interacción, incluyendo las prácticas disciplinarias de los padres que conducen al desarrollo de la conducta antisocial en el hogar. Este autor denomina su perspectiva como *"la teoría de la coerción"*. La coerción se define como un tipo de interacción interpersonal en que la conducta anómala de una persona (por ejemplo el niño) es apoyada o indirectamente reforzada por otra persona (Madre o padre) al someterse o transigir al comportamiento del niño⁴⁸ como se muestra en la siguiente figura.

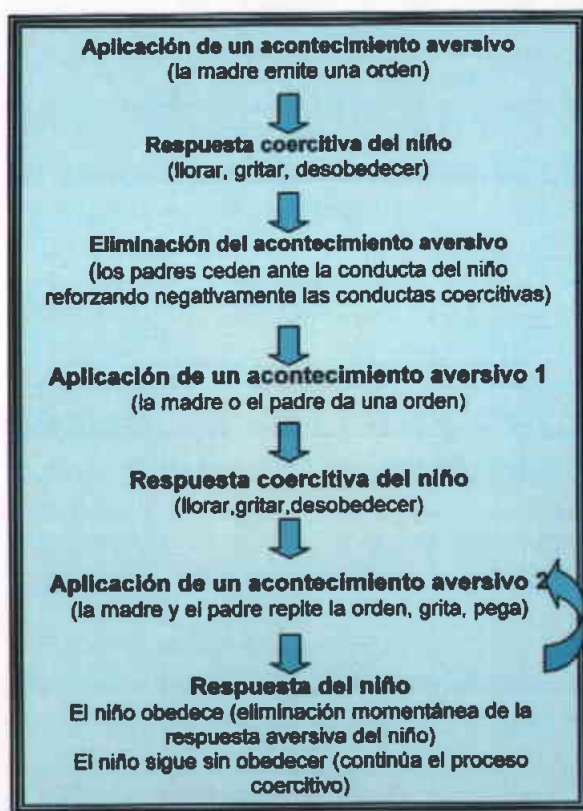


Fig. 5. Formación del proceso coercitivo (en Caballo, 1995)

⁴⁸ KAZDIN, Alan E., Tr. Corbera Xavier. Tratamiento de la conducta antisocial en la infancia y adolescencia. Op.cit. P.136

En general, las variables que se encuentran en la etiología familiar de la agresión son: Las prácticas de disciplina inconsistente, es decir, censurar algunas veces lo que en otras ocasiones es alabado o ignorado, el que uno de los cónyuges apruebe una determinada conducta y el otro no esté de acuerdo, el refuerzo positivo a la agresividad, el empleo de castigos corporales, falta de supervisión de los padres y la historia familiar de conductas antisociales. (Cerezo, 1999)

Se ha considerado que la desobediencia y la agresión en los niños, reflejan patrones de interacción formados en la familia y que el niño reproduce en la escuela, generando a corto plazo: bajo rendimiento académico, conducta disruptiva y problemas de relación con profesores y compañeros; a largo plazo: fracaso y/o deserción escolar, imposibilidad de mantener un empleo, delincuencia y drogadicción. (Cavell, 2000; McCord, et.al, 1994, en Chaparro, 2001)

La escuela es uno de los primeros lugares donde los niños tienen la oportunidad de aprender las mínimas normas de convivencia y cooperación. Los niños que son agresivos y desobedientes en el hogar a los 3 años de edad continúan teniendo problemas similares cuando entran a la escuela y alrededor de la mitad de los preescolares cuyo problema de conducta no es tratado, sigue mostrando problemas similares cuando llegan a los 6 años.⁴⁹

Ayala y cols. (2000), señalan que los niños agresivos presentan comportamientos negativos dentro del aula, por ejemplo no seguir instrucciones del profesor, agredir verbalmente a sus compañeros y la destrucción de objetos que se encuentran dentro del aula; durante el recreo, se encontró que al interactuar con sus compañeros, los niños agresivos presentaron conductas más severas, como: agresión física,

⁴⁹ REID John B., *Development and psychology*. Cambridge, University Press, USA, 1993, cap. 8

destrucción de objetos que están en el patio escolar, entre otras; dando como resultado que estos niños permanezcan aislados del grupo.

Este aislamiento y rechazo excluyen a los menores de las experiencias básicas de interacción social, necesarias para el desarrollo de la competencia social. Lo que provoca que los niños busquen la compañía de otros compañeros con las mismas características de comportamiento, generándose así grupos de niños problema. (Ison, 1997; en Chaparro, 2001).

Por su parte Farrington (1991, en Ayala & Barragán, 1997) encontró que los alumnos calificados por sus maestros como agresivos en la infancia o en la adolescencia, posteriormente emitieron más conductas de fumar y beber en exceso, conducir en estado de ebriedad, ingerir drogas y cometer con más frecuencia actos delictivos en la edad adulta, comparados con las conductas de los alumnos calificados como no agresivos; lo que nos indica que el castigar, amenazar, culpar y criticar a los alumnos como una forma de controlar su comportamiento solo tiene efecto a corto plazo, por que el comportamiento seguirá presentándose si el profesor no mejora sus técnicas en el manejo de la conducta agresiva.

Es aquí donde se hace necesaria la participación del profesor para la recuperación del alumno socialmente desintegrado; como señala Cerezo (1999) ésta puede lograrse a través de una doble vía: 1) Creando un clima de clase óptimo para el establecimiento de interacciones sociales positivas y 2) la introducción de actividades instruccionales centradas en el empleo de grupos de trabajo que favorezcan las interacciones alumno – alumno.

Retomando lo expuesto, podemos decir que el desarrollo y mantenimiento de la conducta inadecuada de los niños tanto en el hogar como en la escuela se debe principalmente a la falta de habilidades para el

manejo de ésta por parte de los padres y maestros, por lo tanto se hace necesario desarrollar medidas preventivas que ayuden a detectar a tiempo a los menores que presenten estas conductas y evitar que se conviertan en una problemática de mayores dimensiones.

3.3. Conducta agresiva en niños y su relación con la delincuencia juvenil.

Se considera a la delincuencia o criminalidad como el producto de trastornos psicológicos provocados por factores sociales adversos que impiden la optima adaptación de las personas a su medio.

Al respecto, tenemos que la violencia y la delincuencia en nuestro país representa un problema cada vez más serio. En diversas investigaciones, se ha encontrado que la delincuencia en la mayoría de los casos es el resultado de un proceso que inicia desde la infancia, ya que generalmente los niños reportados con problemas de conducta (principalmente la agresión), aunados a otros factores presentan alta probabilidad de convertirse en delincuentes al llegar a la adolescencia.⁵⁰

Es importante señalar que han aumentado los delitos cometidos por niños y adolescentes; La Dirección General de Prevención y Tratamiento de Menores (DGPTM) reporta un incremento del 13.8% de 1995 a 1996, los delitos efectuados con mayor frecuencia son: robo, delitos contra la salud, tentativa de robo y daño en propiedad ajena.

⁵⁰ AYALA, H., FULGENCIO, M., CHAPARRO, A., PEDROZA, F., "Resultados preliminares del proyecto de estudio longitudinal del desarrollo de la conducta agresiva en niños y su relación con el establecimiento de la conducta antisocial en la adolescencia". Revista Mexicana de Análisis de la conducta. No.26, México, junio del 2000, p.p. 65-89.

Por otro lado , el Consejo Tutelar de Menores, reporta las siguientes cifras en cuanto a delitos cometidos por niños con edades entre los 10 y los 16 años en el D.F. en el año 2000.

Robo calificado	70%
Robo simple	18.4%
Tentativa de robo	5.7%
Lesiones calificadas	3.4%
Daños en propiedad ajena	2.5%

Tabla 1. Porcentaje de delitos cometidos por niños entre 10 y 16 años de edad. (Consejo Tutelar de Menores, 2000)

En términos generales, con respecto a estos índices de delitos cometidos a edades tempranas, varias investigaciones demuestran que los tipos y severidad de la conducta antisocial exhibida por los jóvenes varía y puede incluir conductas como: mentir, intimidar, robar, iniciar peleas, vandalismo, fraudes, asaltos, violaciones y homicidios (Kazdin, 1993).

Por su parte Pierce, Ewing y Campbell (1999, en Chaparro, 2001) señalan que los niños que presentan problemas de conducta en la infancia temprana continúan presentándolos en la infancia media, teniendo conductas como berrinches, protestas y oposición, llegando hasta la agresión, destrucción de propiedades y violación a reglas cotidianas.

En México también se han realizado estudios con adolescentes para identificar predictores de la delincuencia y pandillerismo, por ejemplo: Lara y Figueroa (1990) encontraron que las familias donde existen miembros que pertenecen a pandillas se caracterizaron por una menor escolaridad por parte de las madres (lo que probablemente influyó en su

habilidad para manejar los problemas familiares), un mayor consumo de alcohol por parte del padre y la comunicación con los hijos es pobre.

Castro y Chávez (1986, en Ayala & Barragán, 1997) llevaron a cabo una investigación para determinar los predictores del consumo de drogas de jóvenes mexicanos, reportando que el modelo que obtuvo un mayor valor predictivo fue el que involucró variables como actividades antisociales (participación en pandillas y vagancia), el tipo de familia (caótica e inestable) y la inconformidad social.

De los estudios descritos en este apartado podemos decir que las variables asociadas principalmente a la conducta antisocial son, la baja supervisión de los padres, carencia en habilidades de control y falta de comunicación.

Con respecto al hecho de que cada vez más niños y adolescentes están involucrados en actividades delictivas, podemos decir que existe la necesidad urgente de realizar intervenciones tempranas en niños que presentan conducta agresiva ya que ésta sigue un patrón de estabilidad a través del tiempo (Kazdin, 1988). Por esta misma razón es igualmente importante investigar los factores que determinan la adquisición y manifestación de esta conducta, desde los diferentes escenarios en que se desenvuelven los niños (casa, escuela y comunidad) y utilizando como agentes de cambio a las personas más significativas (padres, maestros y compañeros de la misma edad); así como desarrollar intervenciones preventivas en población mexicana.

Por esta razón en el siguiente apartado se hace una revisión de las investigaciones más relevantes sobre el tema.

3.4. Programas desarrollados para manejar y disminuir la conducta agresiva.

Los programas e intervenciones que se han propuesto desde los años setentas para solucionar los problemas de agresión y conducta antisocial, se encaminan principalmente hacia el desarrollo del adiestramiento educativo de los padres, basados en los procedimientos enmarcados por el condicionamiento operante (reforzamiento y castigo).

“Hace aproximadamente 25 años empezaron a aplicarse técnicas de reforzamiento a distintas poblaciones en diversas ubicaciones, tales como hospitales psiquiátricos, aulas normales y de educación especial; en estas aplicaciones el personal o los maestros eran entrenados para administrar aprobación y otras gratificaciones por la conducta apropiada, lo que comunmente conducía a cambios en los síntomas psiquiátricos de los pacientes crónicos, en el comportamiento y rendimiento escolar”.⁵¹

Bajo este contexto, surge el “Entrenamiento a padres”, considerado como una manera de incrementar la duración de los cambios en el niño, puesto que los padres tenían el acceso a la mayor parte de la conducta de los niños, fue utilizado, para resolver problemas sencillos de conducta que forman parte del desarrollo normal, por ejemplo, los padres a menudo desean aumentar el cumplimiento de órdenes, los modales apropiados en la mesa, la realización de los deberes escolares, así como disminuir los arrebatos y las discusiones.

⁵¹ KAZDIN, Alan E., Tr. Corbera Xavier. Tratamiento de la conducta antisocial en la infancia y adolescencia. Op.cit. P. 134

3.4.1. Programa de entrenamiento a padres de Patterson. (1975)

En el programa de Patterson y sus colegas se proporciona tratamiento ambulatorio a niños que incurren en conductas antisociales, pero especialmente en conducta agresiva y provocativa. Este programa puede variar en sesiones, las cuales puede durar desde semanas hasta varios meses, dependiendo del progreso de los padres.

Este programa se basa en la *teoría de la coerción* (descrita en el Apartado 3.2 de este capítulo). Se ha llevado a cabo por más de dos décadas, han sido tratadas unas 200 familias, las edades de los niños oscilaban entre 3 y 12 años, se han atendido problemas graves de conducta en el salón de clases y altos niveles de agresividad en el hogar.

"Descripción el programa:

- Los padres son adiestrados para identificar, definir y observar la conducta problema a través de descripciones cuidadosas, en términos tan objetivos y descriptivos como sea posible. Los conceptos globales (arrebatos, agresión) se definen específicamente para cada niño.
- Definidas las conductas, son observadas por los padres en el hogar durante un período de tiempo diario o casi diario.
- Las sesiones terapéuticas engloban varios conceptos y procedimientos. Se dedica un tiempo al reforzamiento positivo, en el que se incorpora el uso de la aprobación, la atención, castigo y pérdida de privilegios.

En el tratamiento también se hace uso de otros procedimientos que ayuden a su efectividad, por ejemplo: Moldeamiento (Proporcionar reforzamiento por las aproximaciones graduales a la conducta final), extinción (Ignorar la conducta ligeramente inapropiada), la administración de instrucciones (normas claramente establecidas) y la aplicación de las consecuencias con firmeza.

Las sesiones proporcionan oportunidades para que los padres vean como se aplican las técnicas y las practiquen; para desarrollar las habilidades de los padres, el terapeuta utiliza instrucciones, modelamiento, representación de papeles y ensayos (el terapeuta puede asumir el papel del progenitor en tanto que este adopta el papel del niño mientras representan un problema que se ha manifestado en el hogar).

*El objetivo inmediato del programa es: Desarrollar las habilidades educativas de los padres.*⁵²

Es importante destacar que este programa ha sido la base para el resto de las intervenciones que se han sugerido desde el surgimiento de este, ya que se ha aplicado durante mucho tiempo por el mismo Patterson y por otros profesionales de la conducta, lo que ha dado pie para probar su efectividad en el manejo y desaparición de la conducta agresiva, además se ha probado como una intervención efectiva a largo plazo en la prevención de la delincuencia en adolescentes.

⁵² Ibidem, p.p. 140-142

3.4.2. Un ejemplo de entrenamiento a padres: Ayudando al niño desobediente de Forehand y McMahon. (1981)

La desobediencia se describe en forma consistente como el problema de conducta más predominante en los niños y actualmente se ve como una de las conductas clave en el desarrollo y mantenimiento de problemas de conducta como la delincuencia.

Al respecto, Forehand y McMahon (en Caballo, 1995) desarrollan este programa específicamente para tratar la conducta desobediente y otros problemas de conducta en niños de 3 a 8 años de edad. Originalmente fue desarrollado por Constance Hanf en la escuela de Medicina de la Universidad de Oregon a principio de los años setenta para tratar a niños con incapacidades físicas, pero ha sido estudiado por distintos investigadores para evaluarlo y adaptarlo. Este programa se basa en el aprendizaje social (el cual postula que el comportamiento es aprendido).

Los objetivos a largo plazo de este programa son: 1) La prevención secundaria de problemas de conducta grave en niños de edad preescolar y de los primeros años de escuela y 2) La prevención primaria de la delincuencia juvenil posterior.

A corto plazo los objetivos son: a) La interrupción del estilo coercitivo de la interacción Padres-hijos y el establecimiento de patrones de interacción más positivos y prosociales. b) Un aumento en el uso de la alabanza (Elogiar) y otras expresiones verbales positivas para con el niño. c) Dar instrucciones claras y proporcionar consecuencias adecuadas tanto para la obediencia como para la desobediencia y otras conductas del niño.

Este programa es descrito por los autores como muy activo ya que su función es ayudar a los padres a desarrollar habilidades para manejar y controlar la conducta de sus hijos, para ello se hace uso de los siguientes procedimientos: Se explican los principios básicos del aprendizaje social. El terapeuta demuestra una habilidad por medio de la representación de papeles, Los padres practican lo aprendido mientras el terapeuta representa el papel de niño.

El número de sesiones establecido para este programa es normalmente de 10, pero pueden darse de 5 a 15 sesiones, tienen lugar una o dos veces por semana con una duración de 90 min.

3.4.3. Estudio longitudinal de la conducta agresiva en México y su relación con la conducta antisocial en la adolescencia, de Ayala y cols. (2000).

A pesar de que este es un estudio, se toma en cuenta dentro de los programas para manejar y disminuir la conducta agresiva ya que al tratarla como un problema multideterminado y multiagente, los diferentes tratamientos incluyeron intervenciones a padres y maestros.

Con el objetivo de medir la evolución de la conducta agresiva a lo largo de tres años, realizaron un estudio de corte longitudinal en una muestra de 350 niños, alumnos del 1° a 6° de educación primaria, dividida en grupos experimentales. El 50% de la muestra fue seleccionada por sus antecedentes de comportamiento agresivo, mediante referencias de padres y maestros, el 50% restante fueron niños sin estos antecedentes.

La submuestra de niños agresivos se subdividió a su vez en dos grupos, uno recibió tratamiento y al otro grupo sólo se les aplicó los instrumentos de medición.

Para la evaluación de los niños, se utilizaron sistemas tanto de observación directa como escalas de medición psicológica que miden factores que se han asociado al desarrollo del comportamiento agresivo y antisocial. Los instrumentos fueron los siguientes:

- Sistema de observación directa: Todas las categorías de observación fueron elaboradas a partir de una serie de registros anecdóticos del comportamiento y probadas a través de varias aplicaciones.
- Escalas de medición psicométrica.
- Cuestionario de agresividad infantil (CAI; Chaparro, Fulgencio, Mercado, 1997). Con él se obtiene un índice del comportamiento agresivo del niño, a través del reporte del padre.
- Índice de estrés en la crianza: (Abidin, 1996, tr. al español y adaptación, Ortiz & Ayala, 1999). Identifica las áreas estresantes en las interacciones padre-hijo.
- Inventario de prácticas disciplinarias: (Chiquini, 1997), se basa en el DSM-IV Review for parent inadequate discipline, consta de 22 reactivos que evalúan la disciplina de los padres.
- Escala de Ambiente Familiar: (Moos, 1974, tr. al español y adaptación, Chaparro & Ayala, 1997).

Los resultados generales de este estudio señalan que los niños presentaron varios problemas de conducta, desobediencia, agresión verbal, gíroteo, entre otras. Los padres de estos niños carecían de las habilidades necesarias para el control de la conducta inadecuada de sus hijos, ya que manifestaron un alto porcentaje de críticas.

En este estudio se encontró que los niños agresivos presentaron varios comportamientos negativos en el salón de clases, por ejemplo, no

seguían las instrucciones del profesor. En este sentido se hizo notorio que los maestros no controlaron de manera adecuada este comportamiento, puesto que ignoraron más a los niños agresivos que a los no agresivos, criticando con mayor frecuencia su comportamiento.

Es importante señalar que los resultados de este estudio constituyen datos preliminares, se continúa recabando información que permita evaluar la estabilidad a través del tiempo del comportamiento agresivo.

Aportaciones:

- Este estudio sienta precedente en investigar los factores de la conducta agresiva longitudinalmente en población Mexicana.
- El hecho de programar intervenciones en las diferentes áreas involucradas con este problema (entrenamiento a padres, entrenamiento a maestros en el control de la conducta en el aula y recreo, entrenamiento a niños en habilidades sociales, etc.)
- Elaboración de instrumentos: registros de observación conductual y medidas psicométricas específicamente para la población mexicana.⁵³

Los programas descritos, muestran que la falta de habilidades tanto de los padres como de los profesores para manejar la conducta agresiva puede de alguna manera contribuir a que ésta llegue a convertirse

⁵³ Para un revisión más detallada revisar: AYALA, H., FULGENCIO, M., CHAPARRO, A., PEDROZA, F., "Resultados preliminares del proyecto de estudio longitudinal del desarrollo de la conducta agresiva en niños y su relación con el establecimiento de la conducta antisocial en la adolescencia. Op. Cit.

en delincuencia, por ello existe el creciente interés de trabajar en estos dos ambientes (casa y escuela).

Una característica que debe resaltarse, es que en su mayoría, las intervenciones son de tipo longitudinal, es decir, que realizan mediciones de la conducta en diferentes períodos para observar la estabilidad de la misma e ir evaluando los cambios logrados a mediano y largo plazo.

Todo lo expuesto en este capítulo, pone de manifiesto la necesidad de estructurar programas dirigidos a entrenar a los padres en habilidades que les sean de utilidad para controlar la conducta inadecuada de sus hijos, estableciendo una interacción positiva con ellos y sobre todo que a través de estas habilidades se fomente en los menores el aprendizaje de conductas prosociales.

Además de los padres, los maestros constituyen un pilar en la prevención del comportamiento antisocial debido a que es probable que el entrenamiento a padres no funcione como una estrategia por sí sola, ya que el trabajo realizado por los terapeutas y los padres en el hogar, debe ser reforzado en el escenario escolar.

Por lo tanto, resulta de gran importancia enseñar al maestro técnicas específicas que le permitan controlar la conducta inadecuada de los niños dentro del salón de clases. Una opción viable para lograr el manejo de la conducta agresiva dentro del aula es que los docentes cuenten con un material de apoyo que les ayude a llevar a cabo esta labor.

Lo cual nos lleva al objetivo de la presente tesis: identificar y dar una alternativa para el manejo de la conducta agresiva y antisocial en niños preescolares a través de dos ambientes de vital importancia para el bienestar emocional de los niños, la familia y la escuela. Con los padres, a

través del programa de "Entrenamiento a Padres", y en el ambiente escolar se propone la elaboración de un manual que sirva a las docentes de nivel preescolar como una herramienta para manejar la conducta agresiva y al mismo tiempo les ayude a crear un ambiente de respeto y cordialidad dentro del salón de clases.

Con respecto a la propuesta del manual, autores como Patterson, 1971 Reid, Jones y Conger, 1975; McMahon y Forehand, 1978, han verificado y destacado la ventaja de la facilitación de técnicas de modificación de conducta en forma de guías o manuales dirigidos a padres y educadores, como método eficaz para resolver problemas de conducta en niños.

De igual manera, Méndez Carrillo, et.al.(1996) han señalado el importante ahorro de tiempo y de recursos económicos que supondría la puesta en práctica y la generalización del uso de este tipo de programas junto a las grandes ventajas educativas y sociales que se derivan de la extensión de los mismos a padres y maestros como responsables de las futuras generaciones.

Otra de las ventajas de realizar estas guías o manuales, es que se puede dar capacitación en cascada, es decir, el psicólogo enseña a un docente a utilizar las técnicas propuestas en el manual, posteriormente, el docente puede transmitir ese conocimiento a otros maestros y quizá se logre que las técnicas de dicho manual formen parte de la labor cotidiana de la educación.

En el siguiente apartado se expone el trabajo que nos llevó a desarrollar la propuesta de la presente tesis. El apartado incluye el diagnóstico y la intervención comunitaria como primera fase; en la segunda fase se presenta el manual dirigido a maestras de educación preescolar para el manejo de la conducta agresiva en el ambiente escolar.

Justificación de la propuesta de tesis.

A partir del diagnóstico comunitario bajo el modelo de iniciativas comunitarias de Stephen Fawcett (2000), que se abordó en el cap. 2 del presente trabajo; y los conocimientos adquiridos durante la formación en el Internado en Psicología General (Conceptos revisados en el cap.1) se propuso un acercamiento con las personas de la comunidad de Santa Ursula, en el sur del D.F. El modelo de iniciativas comunitarias permite al psicólogo realizar un diagnóstico de salud general y riesgo psicosocial, e intervención precisos en una comunidad poco privilegiada, contribuyendo de esta manera a que los miembros de la comunidad se manifiesten, organicen y participen activamente en todo el proceso de diagnóstico.

La intervención propuesta, fue el taller de "*Entrenamiento a Padres*", basado en investigaciones previas, realizadas por Patterson (1975), Forehand y McMahon (1981) Ayala y cols. (2000) (investigaciones descritas en el cap. 3). En estas investigaciones se prueba la efectividad de enseñar a los padres habilidades para interactuar positivamente con sus hijos y controlar eficazmente la conducta agresiva que los niños presentan en el hogar.

Para reforzar la intervención con los padres y tomando en cuenta que la escuela al igual que el hogar es un vehículo de socialización muy importante para los niños, se propone como parte complementaria de esta tesis, una intervención en forma de manual dirigido a las maestras de educación preescolar para el manejo de la conducta agresiva y desobediente en el ambiente escolar.

Esta herramienta aunque sencilla pero práctica puede ser de gran utilidad para las maestras, ya que a través del manual pueden manejar la conducta agresiva o de desobediencia en el momento en que éstas se presentan; al mismo tiempo les ayudará a crear un ambiente escolar en el cual se fomente el respeto, la cordialidad y convivencia positiva entre los niños.

El trabajo comunitario, desde el diagnóstico, la intervención con los padres y la propuesta del manual, tienen el propósito de coadyuvar a que las personas de la comunidad sean conscientes de que los problemas existentes en la misma pueden ser resueltos si participan activamente en el proceso de investigación y trabajan de la mano con los profesionales de la salud.

Método

La presente investigación forma parte de un esfuerzo conjunto del Internado en Psicología General (área de salud) en el que participaron 30 personas aplicando cuestionarios y pruebas que ayudarán a detectar las necesidades reales y sentidas, así como los aspectos más relevantes en cuanto a salud; esto se realizó en diferentes áreas geostadísticas (AGEB's) del D.F., con la finalidad de realizar intervenciones preventivas relevantes e incidir en la problemática de salud y psicosocial específica de cada área. El presente trabajo se llevó a cabo en dos fases: la primera comprende el diagnóstico y la intervención en la comunidad, la segunda, a partir de los resultados de la intervención, es la propuesta de un manual de intervención para maestras de un escenario escolar de la comunidad que complementa las acciones del manejo de la conducta agresiva infantil.

Fase 1.

Diagnóstico comunitario.

Comunidad:

Como parte de las actividades del Internado en Psicología General, La Facultad de Psicología de la UNAM estableció un convenio con el sector salud del D.F., para colaborar con el personal de los centros de salud en tareas encaminadas al trabajo comunitario. Por lo tanto, se trabajó en el AGEB 100-1 perteneciente a la colonia Pedregal de Santa Ursula; este fue elegido conjuntamente con el personal de trabajo social del Centro de Salud Gustavo Roviroso. En esta primera fase 40 personas de la comunidad respondieron de manera voluntaria el cuestionario de "Evaluación Diagnóstica".

Instrumentos :

Para conocer las necesidades reales y sentidas de la comunidad se aplicó el cuestionario de evaluación diagnóstica (Anexo 1) este cuestionario está integrado por 7 áreas, las cuales se describen a continuación:

Nivel socioeconómico: Delimita los datos generales de la comunidad; consta de 16 preguntas, de las cuales 8 son abiertas e incluyen la edad, estatura, peso, complexión, ocupación, religión y número de personas que integran la familia; 8 preguntas son cerradas con opción múltiple y señalan el estado civil, la escolaridad, así como los servicios y problemas existentes dentro de la comunidad.

Salud y vida cotidiana: (tomado del cuestionario de salud y vida cotidiana HDL de Moos y Moos, 1983, citado en Aduna, 1992). Integrado por 32 preguntas dicotómicas (sí/no), indica las enfermedades más frecuentes de la población, así como algunos síntomas generales en los que se incluyen: insomnio, dolor de cabeza, falta de apetito, entre otros.

Redes de apoyo Social: (tomado del cuestionario de salud y vida cotidiana HDL de Moos y Moos, 1983, citado en Aduna, 1992). Consta de 43 preguntas de opción múltiple, 11 de las cuales miden autoconcepto, 32 definen las conductas de afrontamiento, solución de problemas y uso de recursos sociales.

Formas de consumo: (Medina, 1998). Detecta el consumo de alcohol, tabaco y drogas, consta de 34 preguntas de las cuales 21 son abiertas, determinan la edad de inicio en el consumo, alguna adicción, 13 de ellas son cerradas y permiten conocer la frecuencia de consumo.

Hábitos alimenticios: (Medina, 1998). Integrado por 8 preguntas de opción múltiple, mide la frecuencia del consumo de la ingesta de alimentos.

Uso de tiempo libre: (Medina, 1998). Formado de 7 preguntas de opción múltiple, las cuales precisan el tipo y frecuencia en que se realizan actividades fuera del trabajo.

Expresividad: (Medina, 1998). Conformado por 5 preguntas de opción múltiple que permiten conocer la frecuencia en que las personas se expresan en el hogar, trabajo o comunidad.

Procedimiento.

El diagnóstico comunitario se llevó a cabo en cinco pasos. 1) Elección del área geoestadística (AGEB), 2) Mapeo ecológico, 3) Detección de líderes comunitarios y grupos focales, 4) Aplicación del cuestionario de evaluación diagnóstica, 5) Planeación de la intervención.

Paso 1. Elección del AGEB: Las personas del área de trabajo social del centro de salud Gustavo Roviroso, tienen ubicadas las zonas en las que hace falta realizar trabajo comunitario, nos hablaron del AGEB 100-1, y de algunas de sus características sociales y se determinó llevar a cabo la labor comunitaria en dicha zona.

Ubicación y descripción geográfica de la zona: El Distrito Federal tiene una superficie de 1,479 Km², es la más pequeña de las entidades federativas que integran la República Mexicana, sin embargo alberga al 10% de la población total (Gaceta del Diario Oficial, 1994). El D.F. se divide en 16 delegaciones políticas: Álvaro Obregón, Azcapotzalco, Benito Juárez, Cuajimalpa, Cuahutémoc, Gustavo A. Madero, Iztacalco, Iztapalapa,

Magdalena Contreras, Miguel Hidalgo, Milpa Alta, Tláhuac, Tlalpan, Venustiano Carranza, Xochimilco y Coyoacán.

Dentro de la delegación Coyoacán, ubicada al sur del D.F., se localiza la colonia Santa Ursula, considerada como una zona marginal, moderada marginal y baja marginal (INEGI, 2000) El AGEB 100-1 colinda al norte con la Av. Santa Ursula, al sur con la Av. Estadio Azteca, al este con la calle San Isaura y al oeste con Av. Las Flores (guía roji de la ciudad de México, 2000).

La colonia cuenta con una población aproximada de 8,638 habitantes, de los cuales 4,193 son población masculina y 4,445 son mujeres.(INEGI, 2000)

Paso 2. Mapeo Ecológico: El cual consiste en realizar la observación física del lugar, la cual se realizó partiendo de la periferia al interior del AGEB.

Obras de vialidad: la zona, cuenta con calles pavimentadas, algunas de las cuales no cuentan con banquetas, y muchas de las existentes no pueden ser utilizadas por los habitantes debido a la presencia de cascajo y material de construcción.

Obras hidráulicas: la comunidad cuenta con agua potable y servicios de drenaje y alcantarillado, existen de dos a cinco coladeras por calle, sin embargo algunas se encuentran tapadas debido a la acumulación de basura en las mismas, provocando la formación de pequeños charcos de agua.

Servicios de limpieza: El servicio de limpieza es eficiente, ya que el camión recolector realiza su recorrido diariamente por la zona, pese a esto, existen calles en las que hay montoncitos de basura.

Servicios comerciales: Dentro de la colonia existen diversos comercios: tiendas de abarrotes, misceláneas, cremerías, pollerías, Camicerías, servicio automotriz, hojalatería y pintura, recauderías, estéticas, Vidrieras, mercado fijo y tianguis, el cual se instala sobre la Av. Santa Ursula.

Alumbrado y vías de comunicación: Las calles cuentan con alumbrado público, pero existen calles en donde el alumbrado no es suficiente porque esta descompuesto. La colonia cuenta con líneas telefónicas privadas, al igual que teléfonos públicos (por lo menos dos por calle). La principal vía de comunicación de esta colonia es la Av. Santa Ursula, ya que se conecta con otras avenidas importantes, como Tlalpan. Cuenta con transporte público continuo.

Áreas Recreativas: Se cuenta con 6 clubes de fútbol, un parque que no es frecuentado por los habitantes ya que tiene mucha basura, los columpios y pasamanos están en malas condiciones, este se encuentra ubicado a orillas del circuito del estadio Azteca, lo cual representa un peligro para los niños o las personas que acuden debido al constante tránsito de automóviles que pasan a alta velocidad.

Instituciones escolares: Se cuenta con 5 jardines de niños, uno oficial (Centro de Atención Infantil Comunitario) y 4 particulares, una primaria y secundaria pública, instituto particular a nivel medio, escuela de informática.

Servicios de salud: Para satisfacer la necesidad de este servicio, la comunidad cuenta con un consultorio de medicina familiar un sanatorio y una clínica ortopédica particular, un consultorio homeópata y tres consultorios dentales, la gente de bajos recursos acude al Centro de Salud "Dr. Gustavo Roviroso", el cual cuenta con 8 consultorios de medicina general, y se dan los servicios de rayos x, laboratorio de análisis clínicos y farmacia. También cuenta con el departamento de Salud Mental, atendido por la psiquiatra Ernestina Jiménez y el psicólogo Ernesto Lima, Aquí se realizan Historias y valoraciones clínicas.

Paso 3. Detección de líderes comunitarios y grupos focales: Este paso se realizó en colaboración con los miembros del área de servicio social del centro de salud Gustavo Roviroso, debido a que ellos ya tenían localizadas a algunas de las personas interesadas en participar para mejorar su comunidad, los líderes comunitarios pertenecen a clubes y nos permitieron acudir al lugar donde se reúnen, lo cual nos dio pauta para darnos a conocer, se seleccionaron tres grupos focales, formados por 7 adolescentes (Parte del equipo de fútbol femenino), 19 adultos (club de cocina) y 20 adultos mayores (del club de manualidades), esto con el fin de tener diferentes puntos de vista sobre la comunidad.

Paso 4. Una vez seleccionados los grupos focales, se procedió a la aplicación del Cuestionario de Evaluación Diagnóstica, dicha aplicación se llevó a cabo de manera grupal; posteriormente se realizó el análisis estadístico de dicho instrumento.

Paso 5. Con los resultados del cuestionario de evaluación diagnóstica, se llevó a cabo una discusión guiada por los supervisores del área de salud, Silvia Morales Chaíne y Francisco Pedroza, quienes a través de sus conocimientos en el trabajo comunitario nos ayudaron a determinar

cual era la intervención más adecuada para el problema social más relevante en la comunidad (pandillerismo).

Intervención comunitaria.

El programa de intervención "Taller de Entrenamiento a Padres" se empleo como estrategia de prevención para los problemas de agresión y sus implicaciones en la delincuencia juvenil. Este taller se fundamenta en la propuesta de diversos autores como Patterson, McMahon y Ayala, quienes señalan que si las conductas agresivas o desobedientes de los niños no son atendidas tempranamente pueden convertirse en un factor determinante en la delincuencia juvenil durante la adolescencia.

Para llevar a cabo el taller se integró un grupo de madres de familia en el Centro de Atención Infantil Comunitario (CAIC Sammy). Este centro recibe a niños de bajos recursos y carece de apoyo psicológico, se localiza dentro del AGEB 100-1.

Participantes:

Se trabajo con 5 díadas madre-hijo. Los niños (3 niñas y 2 niños) pertenecientes al segundo y tercer grado de educación preescolar con una edad de 4 y 5 años. Estos niños fueron reportados por las maestras del CAIC por presentar desobediencia, berrinches, golpes y peleas constantes. Las madres se encuentran en un rango de edad de 24 a 35 años, tienen una instrucción de primaria o secundaria, se dedican al hogar y pertenecen a un nivel socio-económico bajo.

Escenario:

Este taller se realizó dentro de las instalaciones del centro escolar ya mencionado.

Materiales:

Proyector de acetatos, Rotafolios, mesas y sillas.

Instrumentos:

➤ *Entrevista inicial*, formada por las siguientes áreas: Ficha de identificación que incluye los datos generales del niño, nombre y edad; nombre de la madre, dirección, teléfono, etc. Antecedentes, en donde se incluye información acerca de la gestación del niño, si fue planeado, deseado. Área familiar y socio-económica, permite conocer la dinámica familiar y el nivel socio-económico de la familia. Presentación del problema, identifica la conducta inadecuada del niño, los eventos que la antecedieron y siguieron, Este formato finaliza con una carta compromiso. (Ver anexo 2)

➤ *Registro Antecedente Conducta Consecuente (ACC)*: (Ayala, 1998) Este se utilizó con el fin de que las madres identifiquen ejemplos de conducta inadecuada de sus hijos y las medidas disciplinarias que emplean. Este registro es llenado en casa por las madres; los ejemplos vertidos en él, se emplearon en cada sesión del taller para dar retroalimentación. (Ver anexo 3).

➤ *Registro diario de obediencia (RDO)*, (Ayala, 1998) Consta de 10 instrucciones seleccionadas por la madre y una opcional, Estas instrucciones se le dan al niño diariamente y se registra si obedece a la primera vez que se le da una instrucción, a la segunda o no obedece al darle cada instrucción. Se utilizó como pre y postest, tomando el registro de la primera y última semana. (anexo 4)

➤ *Cuestionario de satisfacción*: Para evaluar los resultados del taller se aplicó el cuestionario de satisfacción a las participantes al finalizar las sesiones. Consta de 20 preguntas, tiene opciones de respuesta tipo Likert que va desde totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo, los

reactivos fueron agrupados en 4 áreas: Cambio en las habilidades de la madre, cambio en la conducta del niño, Satisfacción con el terapeuta y satisfacción con el programa. (Ver anexo 5)

Procedimiento:

La trabajadora social Marcela Gutiérrez del Centro de Salud, nos llevó al Kinder y nos presentó con las maestras, quienes nos describieron la situación de algunos de los niños en cuanto a su conducta; se obtuvieron los reportes de las maestras y se realizaron registros anecdóticos durante una semana.

Posteriormente se dio una plática de sensibilización (40 min.) a todas las madres de la institución, para hablarles de manera general sobre la conducta de los menores y de algunos de los factores importantes que pueden desencadenar las conductas inadecuadas; para lo cual se les propuso como una alternativa el Taller de Entrenamiento a Padres. La participación de las madres en el taller fue voluntaria, y los requisitos para estar en el taller fueron:

- Estar inscrito en la institución y acudir regularmente.
- Ser reportados por las maestras y presentar conductas inadecuadas (pegar, jalonear, gritar, desobediencia).

Antes de iniciar el taller se habló con las maestras para pedirles que nos permitieran utilizar las instalaciones de la escuela para llevar a cabo el taller, a lo que accedieron; se prosiguió a realizar la entrevista inicial, durante la cual se les explicó a las participantes como llenar el registro ACC y RDO, recordándoles que ambos registros debían ser llenados en casa durante el tiempo que durará el taller.

Impartición del Taller de Entrenamiento a Padres:

Este se llevó a cabo en 5 sesiones de 1 hora 30 minutos cada una. En ellas se dio a conocer el programa a las participantes. En cada una de las sesiones se empleó el modelamiento, juego de roles y retroalimentación.

Sesión 1:

➤ Bienvenida

objetivo del taller. Dotar a las madres de familia de habilidades que les ayuden a corregir las conductas inadecuadas de sus hijos y mejorar su interacción mediante técnicas cognitivo-conductuales.

Temas revisados durante la sesión:

- Consecuencias positivas y negativas (definición, importancia y factores más importantes que mantienen las conductas de agresión y desobediencia),
- Técnicas de modificación de la conducta inadecuada y características de un programa exitoso,
- Manejo del tiempo disponible,
- Como controlar la influencia de otros.

Temas Impartidos en la sesión 2:

- Sorpresa al niño siendo bueno
- Consistencia
- Procedimientos para incrementar la conducta
- Recompensas
- Ignorar como una técnica de manejo infantil
- Reglas para el uso de castigos

Temas de la sesión 3:

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

Temas vistos en la sesión 4:

- Enseñanza incidental
- Solución de problemas en la familia

Temas revisados en la sesión 5:

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

Al término de esta sesión se las agradeció a las asistentes su participación en el taller, se abrió un espacio para resolver dudas y se finalizó con la aplicación del cuestionario de satisfacción.

Resultados.

En esta sección se presentarán, en primer lugar, los resultados obtenidos en el diagnóstico y la intervención comunitaria; en segundo lugar se presenta la propuesta de Manual dirigido a maestras de educación preescolar para el manejo de la conducta agresiva en el ambiente escolar.

Diagnóstico comunitario.

Estos son los resultados de la batería de "Evaluación Diagnóstica":

Nivel socio-económico: Como se mencionó anteriormente, las personas encuestadas fueron 40, comprendiendo un rango de edad de 15 a 73 años con una media de 30 y una desviación de 67. de las cuales el 70% pertenecen al sexo femenino y el 30% al sexo masculino, en su mayoría son personas casadas (62%).

En lo que respecta al *nivel de escolaridad*, se encontró que en su mayoría las personas estudiaron la primaria (30%), la secundaria (27.5%), tienen estudios a nivel bachillerato el 25% y solo el 15% cuenta con nivel de profesional, el 2.5% no tiene estudios.

Los principales problemas que existen dentro de la comunidad, se representan en figura 2, siendo los más representativos el pandillerismo (75%), ingesta de drogas (55%), falta de vigilancia pública (47%), daño en propiedad ajena (47%) y asalto a domicilio (27%). Cada uno de estos problemas se encuentran relacionados entre sí y fomentan los altos niveles de violencia y/o agresión dentro de la colonia.

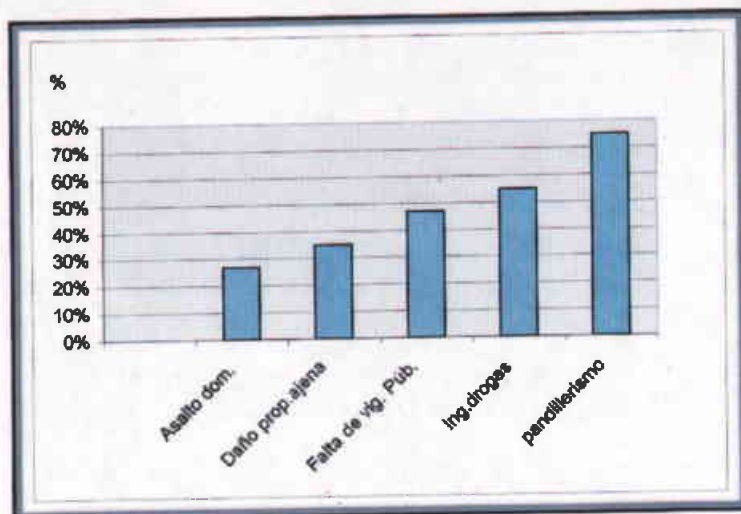


Fig. 2. En ésta se muestran los porcentajes de los cinco problemas más representativos dentro de la comunidad (n = 40).

Salud y vida cotidiana: Con respecto a las enfermedades, el 32% de la población encuestada, contestaron no sentir ninguna de las enfermedades mencionadas en este apartado, el rango de edad de estas personas es 15 a 20 años; la población restante reportó lo siguiente: dolor de cabeza, indigestión y acidez estomacal 22%, el 23 % manifestó sentirse preocupado. Un 70% se describió como activo, El 42% describe sentirse feliz y el 38% se considera algo agresivo.

Redes de apoyo social: En cuanto a las estrategias para resolver un problema indicaron que frecuentemente tratan de saber más acerca de la situación (62%), nunca hablan con profesionales para resolver sus problemas (45%) También reportaron que frecuentemente formulan un plan y lo llevan a cabo (42%).

En lo concerniente a la manera en que reducen la tensión ante los problemas, la mayoría suele comer (27%), hacen ejercicio el 23%, beben alcohol el 13%. Sobre el apoyo que reciben de otras personas en situaciones difíciles la mayoría reporta contar con 2 o 3 amigos.

Formas de consumo: En esta área un 45% reportó no haber consumido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses y un 42 % no ha fumado durante el último año.

Hábitos alimenticios: En este rubro las personas manifestaron que frecuentemente realizan tres comidas diarias (75%), El 50% manifiesta que realiza otra actividad mientras come y algunas veces incluyen en su dieta verdura o fruta (55%).

Uso del tiempo libre: En este apartado el 57% mencionó que tiene una afición especial como leer, bailar o practicar algún ejercicio, mismas que llevan a cabo dos veces por semana (35%), por otro lado las personas tratan de no ocupar su tiempo en reuniones con amigos o familiares haciendo uso de bebidas alcohólicas (40%).

Expresividad: En este rubro la gente señaló que frecuentemente tiene una comunicación significativa con algunos de sus seres queridos (42%), casi nunca sienten que lo que expresan no es bien recibido por sus seres queridos (39%) y nunca se han sentido limitados por las personas con las que conviven (32%).

Los resultados del cuestionario en cuanto a salud-social, apartado que toma en cuenta los problemas presentes la comunidad, de los cuales, el de mayor relevancia es el pandillerismo, relacionado con las conductas de agresión y desobediencia durante la infancia, por lo que se

propuso realizar como estrategia preventiva, el "Taller de Entrenamiento a Padres", el cual ha probado su efectividad para controlar dichas conductas en los niños, como ya se mencionó en el capítulo 3.

Taller de entrenamiento a padres.

Como se mencionó anteriormente, este taller se impartió en el CAIC Sammy, con un grupo integrado por 5 díadas madre- hijo, a continuación se muestran los resultados obtenidos:

a) *En la entrevista inicial*, los problemas de conducta en los niños reportados por las madres fueron: peleas con los hermanos o primos, en las que se manifestaron empujones, mordidas, gritos, manotazos; otra de las conductas inapropiadas de los niños fue la desobediencia cuando los adultos dan una instrucción y berrinches.

b) *Registro anecdótico*, se tomó en cuenta lo siguiente: La conducta de los niños seleccionados en el salón de clases y en recreo (tres del segundo grado de preescolar, 1 niño y 2 niñas. Dos del tercer grado, 2 niños), y la manera en que las maestras de cada grupo manejaban la conducta inadecuada de los niños.

En lo que respecta a la conducta, se observó que los 5 niños participantes en el programa, pelearon con otros compañeros por el material escolar (plástilina, colores, hojas de papel), esto se suscitó cuando los niños observados querían utilizar al mismo tiempo que sus otros compañeros el material, al no poder hacerlo, les daban manotazos en la cara, les arrebataban los objetos de las manos e incluso hubo una niña de segundo grado que le mordió el brazo a su compañero de banca. A estas situaciones las maestras respondían diciendo a los niños: "Ya vas a

empezar de pegador o ya vas a empezar otra vez", cambiando a los niños de lugar, y en 2 ocasiones uno de los niños de tercero, le arrebató a su compañero un color, al verlo, la maestra le pidió al niño que se lo devolviera, el niño no obedeció, se puso a llorar, cuando la maestra le repitió la instrucción el niño respondió levantando la voz "no" y arrojó el color al suelo.

Durante la hora del recreo, 4 de los niños observados, se integraban a los juegos de los demás, una de las niñas de segundo, proponía juegos (ejem. La comidita) y si el resto de las niñas no jugaban a eso las empujaba y gritando les decía: "ya no juego". La otra niña del mismo grado permanecía la mayor parte del tiempo sola y las pocas veces que interactuó con sus compañeros, les arrebató la pelota y los empujó. En cuanto a los niños, jugaban en algunas ocasiones con el resto de sus compañeros, pero al estar jugando a las luchas los dos del tercer grado, aventaban muy fuerte a los demás, por lo que después nadie quería jugar con ellos y respondían dando patadas a los niños que ya no los dejaban jugar, cuando jugaban con la pelota el niño de segundo no esperaba su turno, jalaba del brazo a sus compañeros y les arrebataba la pelota.

De manera general, se obtuvo en los registros anecdóticos que las conductas inadecuadas de los niños que más se presentaron durante la observación fueron, gritar, pegar, arrebatar y desobedecer a las maestras; conductas que se hacen presentes también en el hogar.

c) *Impartición del taller.* Se notó una progresiva mejoría en la relación madre-hijo y una notable disminución de la conducta inapropiada de los niños, Esto pudo constatarse en cada sesión del taller a través de los ejemplos que las madres anotaban en los registros ACC y que servían para la interpretación de roles, modelamiento y retroalimentación. Esta mejoría fue reportada durante el taller por las madres, al señalar que

gritaban menos a sus hijos, y notaban que se iba dando un acercamiento emocional con ellos que antes del taller no tenían.

d) *Registro diario de obediencia en casa (RDO)*, como se muestra en la figura 3, antes del tratamiento un promedio de 29.7% de los niños obedeció a la primera instrucción, un 32.9% obedeció la segunda vez que se le dio la una instrucción y el 37.4% no obedeció. En el postest el 61.2% obedeció a la primera, el 26.6% a la segunda y el 12.2% no obedeció.

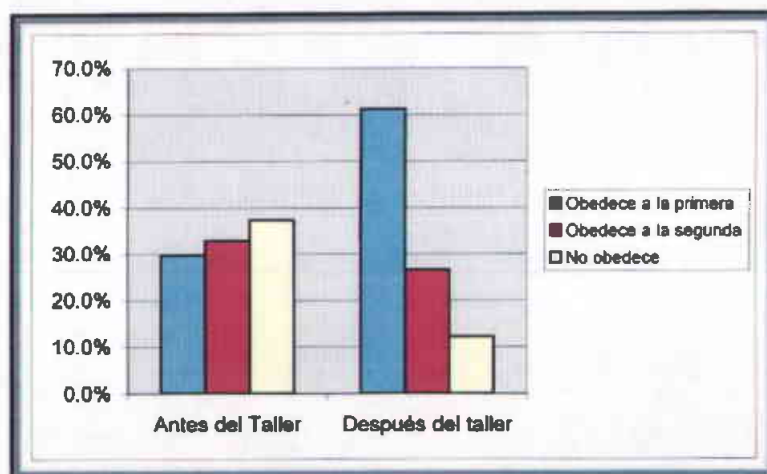


Fig. 3 Muestra el porcentaje de obediencia de los 5 niños (pre y postest).

e) *Cuestionario de satisfacción*: En la figura 4, se muestran los porcentajes obtenidos en la aplicación del cuestionario de satisfacción a las 5 madres que asistieron al taller en las 4 categorías que conforman el cuestionario.

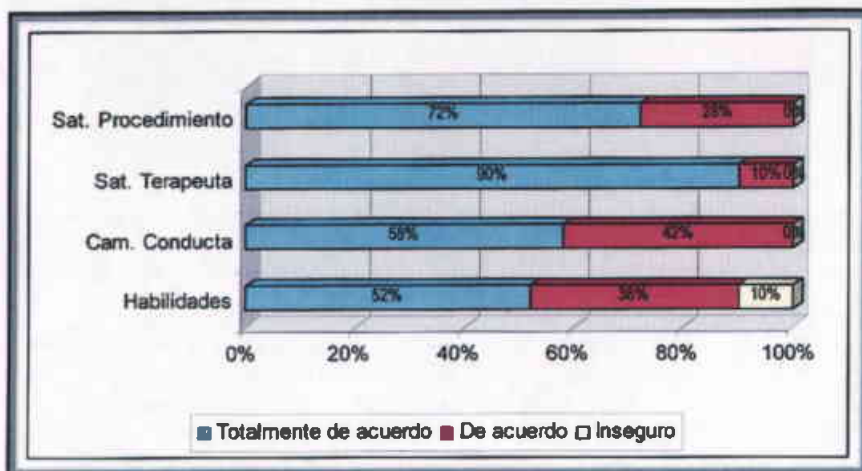


Fig. 4. Porcentaje de satisfacción de los cinco participantes del taller.

Habilidades adquiridas por las madres. Los resultados indican que estuvieron totalmente de acuerdo en que sus medidas disciplinarias cambiaron positivamente después del taller, en cuanto a los procedimientos de consecuencias positivas y negativas, e instrucciones claras ayudaron a corregir la conducta inadecuada de los niños, El 52% estuvo totalmente de acuerdo, el 38% de acuerdo y el 10% respondió inseguro.

Cambios en la conducta de los niños. En este rubro las madres manifestaron estar totalmente de acuerdo (58%) en que el asistir al taller, mejoró la conducta de los niños y que las técnicas impartidas ayudaron a fortalecer la interacción con ellos. También reportaron estar de acuerdo (42%) en que el taller fue apropiado para resolver problemas de desobediencia, agresión y berrinches.

Satisfacción con el terapeuta. Reportaron que el terapeuta estableció una relación de confianza con las participantes, mostró interés en su caso, explicó el contenido de cada sesión de manera clara y resolvió

sus dudas. El 90% respondió totalmente de acuerdo y el 10% respondió estar de acuerdo.

Satisfacción con el taller. En cuanto a la manera en que se impartió el taller, el material didáctico utilizado para la exposición y los ensayos realizados en cada sesión respondieron lo siguiente: totalmente de acuerdo 72%, de acuerdo 28% e inseguro 10%.

Análisis de resultados y conclusiones.

En lo referente al diagnóstico comunitario podemos decir que el hecho de realizar el trabajo exploratorio dentro de una comunidad, así como analizar sistemáticamente las necesidades y problemas de salud existentes en la misma, nos conducen a formular y llevar a cabo alternativas de intervención que contribuyan a la prevención y mantenimiento de la salud física y mental. En el caso del presente trabajo el diagnóstico comunitario nos llevó a aplicar el programa de intervención, "Taller de Entrenamiento a Padres".

En lo concerniente a la fase de intervención, el Pretest (RDO) muestra que la mayoría de los niños obedecía después de la segunda instrucción dada por las madres, provocando amenazas, gritos o la realización de la instrucción por parte de ellas, condición que cambió conforme las madres de familia aplicaban en casa las técnicas aprendidas durante el taller (consistencia, establecimiento de reglas, elogiar, etc.) con ello que se logró que los niños obedecieran la primera vez que se les dio una instrucción.

Aunado a esto, también se logró una mejoría de las madres dentro del taller, ya que al inicio del mismo se mantenían atentas pero poco participativas, sobre todo cuando se les pedía que compartieran con el

grupo los ejemplos de conducta de sus hijos registrados en el formato Antecedente, conducta, consecuente (ACC). Situación que cambió rápidamente durante el taller; sin que se les pidiera ellas levantaban la mano y leían su ejemplo, el resto del grupo sugería y actuaba (juego de roles) las posibles alternativas para solucionar la conducta inapropiada de los niños, como terapeuta se siguió dando retroalimentación a cada participante y corrigiendo el desempeño de las madres ante la conducta de sus hijos, como mantener contacto visual, demostrar afecto, felicitar cada vez que el niño mostraba conducta positiva.

A través de los temas revisados durante el taller las participantes lograron identificar las conductas adecuadas e inadecuadas de sus hijos, al igual que las estrategias que reforzaran las conductas adecuadas de los niños y corregir las de agresión y desobediencia aplicando el uso adecuado de recompensas, castigos, dar instrucciones claras. Todo esto llevó a mejorar la relación madre-hijo, haciéndola más estrecha y fomentando la confianza mutua.

Con lo que respecta al ambiente escolar, las maestras reportaron una mejoría en el comportamiento de los menores que presentaban conductas inadecuadas. Animadas por estos resultados, manifestaron interés en hacer algo dentro de la institución para evitar que la conducta de agresión y desobediencia de otros niños les cause problemas en sus actividades escolares (por ejemplo distracciones recurrentes de los alumnos e inclusive que este comportamiento sea imitado por otros niños). Esto contribuyó a desarrollar la propuesta del presente trabajo (fase II).

De todo lo expuesto se deduce con claridad la conveniencia de que los servicios de salud desarrollen trabajo comunitario, abarcando las diversas problemáticas psicosociales a las que se enfrenta la sociedad

(violencia, delincuencia, drogadicción, embarazo en adolescentes etc.) y no solo las de tipo físico; La labor comunitaria propicia el acercamiento con la comunidad facilitando la detección de grupos de alto riesgo, y dando lugar al trabajo conjunto (profesionales de salud- comunidad) para mejorar la calidad de vida de las personas, haciéndoles notar que su estado de salud no depende sólo de los profesionales, sino que ellos contribuyen en gran medida a través sus hábitos y actitudes a mejorarla o desarrollar algún padecimiento.

Por otro lado, el entrenamiento a padres puntualiza la importancia de establecer repertorios de seguimiento instruccional en los niños para incidir en el manejo de la conducta agresiva y desobediente, por lo que se muestra como una de las aproximaciones de tratamiento preventivo más efectivas en el desarrollo de conductas delictivas como en el caso de la delincuencia juvenil.

Es por ello que de la experiencia en el Internado en Psicología General, que incluye el trabajo de campo en atención primaria (Diagnóstico e intervención comunitarios), y con la finalidad de reforzar los beneficios obtenidos durante éste, se desprende el interés por desarrollar una intervención en forma de manual dirigida a maestras de educación preescolar para el manejo de la conducta agresiva en el ambiente escolar.

Fase II: Presentación de la propuesta.

La propuesta del manual aquí presentado forma parte del trabajo comunitario enfocado a la prevención, ya que los resultados obtenidos tanto en el diagnóstico como en la intervención, nos permitieron identificar el problema de mayor relevancia dentro de la comunidad (pandillerismo); así como a un grupo de alto riesgo (niños que presentaban conductas agresivas), y al lograr cambios positivos con la intervención dirigida a padres, se plantea la necesidad de que dichos beneficios sean reforzados y mantenidos en otro de los ambientes de gran importancia para los niños, la escuela.

El hecho de realizar intervenciones a nivel comunitario en un subgrupo de la comunidad, en este caso Padres y maestras del Centro de Atención Infantil Comunitario "Sammy", representa la posibilidad de que los beneficios logrados durante este trabajo se extiendan al resto de la comunidad y al mismo tiempo coadyuven a prevenir problemas de mayor dimensión (delincuencia juvenil) dentro de la misma.

El manual dirigido a maestras de educación preescolar para el manejo de la conducta agresiva dentro del ambiente escolar, está diseñado para ser aplicado de manera grupal y no individual como en el entrenamiento a padres; tiene la finalidad de ayudar a las maestras a integrar al niño al ambiente escolar de una manera positiva sin que ello represente un trabajo extra, a través del uso de las estrategias contenidas en éste, se pretende prevenir la presencia de la conducta agresiva dentro del salón de clases; así como el bajo rendimiento escolar de los niños por este comportamiento, y/o actuar en el momento en que dicha conducta se presente.

**MANUAL DIRIGIDO A MAESTRAS DE EDUCACIÓN
PREESCOLAR PARA EL MANEJO DE LA
CONDUCTA AGRESIVA EN EL AMBIENTE
ESCOLAR.**

Alma Delia Najera Ortega



INTRODUCCIÓN.

La escuela preescolar es el primer contacto que tienen los menores con adultos y niños ajenos a su familia, por eso es muy importante que en este lugar se les ofrezca un ambiente organizado que les enseñe a respetar los derechos de los demás.

Es indudable que dentro de este ambiente se presentan problemas de conducta como la agresión o desobediencia, para los cuales se han desarrollado programas disciplinarios en el aula, que van desde los basados en premios y castigos que controlan la conducta inadecuada, hasta programas cuyo propósito es enseñar las aptitudes y conocimientos necesarios para resolver constructivamente los conflictos interpersonales.

Como aportación a los mismos, se presenta este manual, en el que se proponen algunas estrategias que pretenden ser útiles a las maestras para establecer relaciones positivas entre los alumnos y con ellos, convirtiéndolos en sus aliados para el manejo de la conducta agresiva.

Al elaborar este manual se tuvo en cuenta que las maestras al igual que los padres son modelos muy importante en el aprendizaje de habilidades y comportamientos que el niño pondrá en práctica a lo largo de su vida, por ello es importante que se cuente con herramientas que nos ayuden a fomentar el buen comportamiento de los niños.

OBJETIVOS:**Objetivo general:**

- Proporcionar a las maestras de educación preescolar información relevante y estrategias de modificación de conducta que les ayuden a manejar de una manera efectiva la conducta agresiva dentro del salón de clases.

Objetivos particulares:

- Crear dentro del salón de clases un ambiente de respeto y cordialidad mutua.
- Fomentar el aprendizaje de conductas positivas, por ejemplo: cooperación en las actividades escolares.
- Integrar las estrategias propuestas a las actividades cotidianas del docente dentro del salón de clases.

El papel de las educadoras como agentes de socialización durante la infancia.

La complejidad del mundo social actual, el cambio en la estructura familiar en cuanto al número de integrantes y el cambio en los sistemas educativos, fruto de la escolarización obligatoria, entre otros factores, han generado una serie de problemas que desde el campo de la psicología se pretende responder, ya que padres y maestros solicitan con mayor frecuencia ayuda psicológica para excesos conductuales como la hiperactividad, conducta antisocial y agresiva (Jiménez, 1997). Cabe señalar que estas dos últimas conductas representan un antecesor importante de la delincuencia (Patterson, 1991; en Cerezo, 1999).

La aparición de la conducta agresiva sucede cada vez a edades muy tempranas en forma de rabietas, oposicionismo, emisión de gritos, hostilidad, etc., y suele presentarse en distintos contextos, hogar, escuela y comunidad, interfiriendo en el desarrollo de la actividad social y académica de los niños.

Al respecto, las educadoras señalan la desorientación de sus alumnos, así como el desconocimiento que ellas mismas poseen sobre técnicas y métodos adecuados para hacer frente a la problemática que se les plantea en el aula (Méndez, 1996).

La edad preescolar representa una etapa importante para el desarrollo infantil, por ser la edad en que los niños aprenden a controlar su conducta; al respecto, Cerezo (1999) nos dice que la expresión manifiesta del comportamiento agresivo se va inhibiendo a medida que avanza la socialización, lo que indica el desarrollo de controles internos de formas más eficaces y aceptables desde el punto de vista social de resolver conflictos, dicho desarrollo se inicia en esta etapa.

"La socialización es el proceso a través del cual el individuo adquiere el conocimiento, las habilidades y las disposiciones que le permiten actuar eficazmente como miembro de un grupo". (García Sicilia, 1992).

Este proceso de aprendizaje es lo que ha reforzado el hecho de que las personas que rodean al niño van modelando en forma progresiva sus habilidades y características sociales, dichas personas actúan como factores externos que contribuyen al desarrollo del niño. Las personas más representativas para la socialización son los padres, hermanos, compañeros de escuela y por supuesto los maestras.

Todo esto nos lleva a los principios básicos del nuevo modelo educativo y de la pedagogía pacífica, en los que se plantea eliminar la violencia de la educación tradicional y proponer un sistema basado en el uso del diálogo, el aprendizaje cooperativo y la solución de problemas (Harris, 1990; Alzate, 1998; en Brandoni, 1999).

Esto resalta la importancia que tienen las educadoras para ayudar a los alumnos a desarrollar habilidades y comportamientos que les permitan integrarse lo mejor posible al ambiente social que los rodea y del que forman parte.

La acción socializante de las educadoras.

La forma en que las maestras se relacionan con los alumnos durante las actividades académicas, mediante las técnicas disciplinarias que usen y el tipo de comportamientos que refuercen o castiguen influye en la manera en que los niños se comportan o relacionan entre sí.

Los docentes por tanto, constituyen una importante fuerza de socialización en los primeros años de los niños, y sus interacciones con los estudiantes pueden incrementar en algunos casos el comportamiento agresivo o pueden desarrollar la conducta prosocial de los menores.

Se ha encontrado que aquellos profesores que podrían describirse como rígidos o autoritarios, tienden a promover sistemas de funcionamiento dentro del aula con escasa participación de los niños; en cambio, los maestros que son flexibles y afectuosos, fomentan la libre expresión de sentimientos, la responsabilidad y la cooperación de los alumnos. (García Sicilia, 1992)

Algunos maestros asumen que si un niño presenta conductas inadecuadas en el aula, es porque hay problemas en el hogar o porque tiene un problema de maduración, sin embargo, muchas de esas conductas se encuentran bajo su control, es decir, un maestro puede modificar y controlar el comportamiento de sus alumnos a través de su propia conducta (Chaparro, 2001).

Debido a este desconocimiento, cuando los alumnos presentan conductas disruptivas dentro del salón de clases, las educadoras, ponen en práctica técnicas disciplinarias que incrementan las conductas inapropiadas de los niños, tal es el caso de la disciplina punitiva, que además de herir,

resulta ineficaz e incluso puede ser interpretada por los alumnos como violencia y ofrecer un modelo que refuerce su propia conducta agresiva.

Una disciplina punitiva pone de manifiesto que el más fuerte puede dominar al más débil, y si lo que pretendemos es educar para la convivencia positiva, este tipo de disciplina resulta ineficaz; así que el castigar, amenazar y criticar a los alumnos como una forma de controlar su comportamiento solo tiene efecto a corto plazo. (Cerezo Ramírez, 1999).

Por otro lado, White, Sherman y Jones (1996) señalan que la retroalimentación positiva de las maestras puede ser una forma de corregir la conducta inadecuada del niño y una manera de fomentar la conducta prosocial, propiciando interacciones positivas entre los niños, y entre la maestra y los alumnos. la docente puede realizar otras acciones que ayuden a facilitar la aceptación de los compañeros hacia niños con comportamientos inadecuados. La participación de las maestras en la recuperación del alumno socialmente rechazado por sus compañeros, puede producirse de dos maneras:

- Adoptando una metodología y un estilo de enseñanza que responda a las necesidades de los niños, creando un clima dentro del salón de clases óptimo para el establecimiento de interacciones sociales positivas.

- Facilitando y promoviendo directamente las interrelaciones sociales entre los alumnos, mediante la introducción de actividades centradas en el empleo de grupos de trabajo. (Cerezo Ramírez, 1999).

A este respecto, López (1999) señala que cuando las maestras de jardín de niños, muestren aceptación hacia los menores con conductas disruptivas, y cuenten con las herramientas necesarias para disminuir esta problemática en el salón de clases, fomentarán el desarrollo de la autoestima y confianza del niño en sí mismo, promoverán la capacidad de relacionarse con los demás, pero sobre todo, les ayudarán a ser sensibles a las necesidades de otras personas.

Como podemos ver, la enseñanza es una situación en que la educadora arregla las contingencias de reforzamiento a fin de dar lugar al aprendizaje de los niños (académico y social); la función de la maestra como organizadora de un ambiente positivo, consiste en ayudar al niño a descubrir soluciones ante aquellas situaciones que aún no puede manejar (discutir con algún compañero de clase por un juguete) a través de su intervención (Bijou, 1978).

¿Como crear un ambiente de confianza y respeto dentro del salón de clases?

Cuando corregimos la conducta de los alumnos, esperamos que nuestras medidas disciplinarias sean suficientes, pasando por alto la importancia del ambiente en el que los niños se desenvuelven, en este caso la escuela, así que es indispensable crear un ambiente de confianza en el salón de clases que en conjunto con el uso de estrategias conductuales disminuyan las conductas inapropiadas de los menores y faciliten la labor educativa.

Los docentes que contribuyen a crear un ambiente positivo, apoyan la resolución de conflictos y el comportamiento prosocial. Kreidler (1990, en Brandoni, 1999) define un ambiente de confianza como aquel que surge de la interacción de cinco principios:

- *Cooperación:* Los niños aprenden a trabajar juntos, ayudar y compartir con los demás.
- *Comunicación:* Los niños aprenden a observar cuidadosamente, comunicarse con precisión y a escuchar a los demás.
- *Aprecio por la diversidad:* Aprenden a respetar y apreciar las diferencias entre personas. (características físicas, raza, sexo)
- *Expresión positiva de las emociones:* Aprenden a expresar sus sentimientos, especialmente la ira – enojo, encauzándolos en formas no agresivas ni destructivas, de ese modo aprenden autocontrol.
- *Resolución de conflictos:* Los niños aprenden las habilidades de responder creativamente a los conflictos en el contexto de un grupo cooperativo.

Estos principios al igual que las estrategias que a continuación se presentan no son exclusivos, existen muchas más de las cuales podemos echar mano para mejorar la conducta de los niños con quienes convivimos diariamente dentro del ambiente escolar. Lo que se pretende con este manual es que la información presentada coadyuve a las maestras a realizar su labor educativa

ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA AGRESIVA EN EL SALÓN DE CLASES.

El presente manual, esta compuesto de cinco estrategias que consideramos prácticas en el fomento de la buena conducta y el manejo del comportamiento agresivo.

Cabe mencionar que las estrategias descritas a continuación, han sido probadas con éxito por algunos profesionales de la conducta, (Shure, 1992; Solloa, 2001; Chaparro, 2001) en diferentes contextos como preescolar, primaria y secundaria.

Los componentes del manual son:

➤ **Resolución de conflictos**, basada principalmente en la expresión de sentimientos, sobre todo de aquellos que cusan problemas con los demás.

➤ **El juego de la tortuga**, que tiene como objetivo ayudar a los niños a desarrollar habilidades de autocontrol y mejorar la comunicación alumnos-maestra.

➤ **Eliminación del uso de regaños**: Esta técnica se basa en el uso de advertencias en lugar de regaños para mejorar la conducta inadecuada de los niños.

➤ **Establecimiento Reglas y consecuencias**: Es una estrategia de apoyo que nos ayuda a decirle los alumnos lo que esperamos de ellos de forma clara, y establecer con ellos lo que puede ocurrir cuando no llevamos a cabo dichas reglas.

➤ **Reconocimientos**: El uso de estos nos ayudará a promover el buen comportamiento dentro del aula, y sobre todo deja ver a los niños que las maestras son personas que se interesan por ellos.

La intención de desarrollar este manual es que los componentes descritos, sean de utilidad a las educadoras para fomentar en los alumnos la cooperatividad y respeto, y al mismo tiempo actuar en el momento en que alguno de los menores presente comportamiento agresivo; también se plantea la posibilidad de que el presente manual sea tomado en cuenta por las instituciones educativas para formar parte de las actividades diarias dentro del salón de clases.

Es probable que al poner en práctica las estrategias propuestas, se encuentren algunas limitantes, como el tiempo que se dedicará a ellas dentro de las actividades académicas, el número de alumnos en el aula; a este respecto, García (1990) señala que cuando el profesor se encuentra con un grupo pequeño interactúa más con los niños, es menos restrictivo y existe la posibilidad de participar en actividades extracurriculares, y los estudiantes se implican más, así que lo ideal sería que los grupos de preescolares fueran pequeños, sin embargo, eso lo determinan las autoridades académicas.

Para eliminar estas barreras, es necesario promover este instrumento en algunas instituciones, con la intención de despertar el interés de las autoridades académicas en este instrumento, así mismo, es indispensable entrenar a las docentes en el uso del manual a fin de adaptarlo a sus necesidades; y verificar la viabilidad de las estrategias. Es posible que al principio las maestras inviertan un poco más de su tiempo en aprender y poner en práctica la información contenida en el manual, pero los beneficios a largo plazo, podrán ser mucho más valiosos.

RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

(Fuente: Shure, 1992, en Brandoni Florencia, 1999)

La capacidad de pensar en soluciones alternativas o en múltiples opciones para resolver problemas interpersonales tales como desear el juguete de otro niño y la capacidad de pensar en las consecuencias de los actos, pueden reducir y prevenir las conductas de alto riesgo como la agresión en niños pequeños (que no superan los 4 o 5 años de edad).

Para ayudar a los niños en la solución de conflictos es importante enseñarlos a identificar y nombrar sus emociones, para lo cual se propone lo siguiente.

Expresión de sentimientos.

Esta actividad puede ponerla en práctica antes de iniciar las actividades académicas, durante 20 min.



Figura 1.

Muestre a los niños el dibujo de una cara feliz y haga las siguientes preguntas:

- ¿Cómo piensan que se siente este niño?
- ¿Cómo se dan cuenta?
- ¿Pueden oírlo con sus oídos?

-¿Pueden hacerle preguntas?

-¿Pueden verlo con los ojos?

-Sí, pueden verlo, pero no pueden escucharlo ni hacerle preguntas.

¿Pueden todos ustedes poner una cara Feliz?, pongamos todos juntos una cara feliz.

-¿Puedo ver sus caras FELICES con mis ojos?

-¿Puedo preguntarles como se sienten?

Ahora les voy a preguntar:

Al niño 1: ¿Qué te hace sentir contento?

Ah, te pregunté y escuché lo que me dijiste.

Al grupo: Si lloran, puedo oír que están CONTENTOS?

No, muy bien ¿Qué pueden hacer ustedes para yo escuche que están felices?.

Pregúnteles a tres o cuatro niños más que les hace sentir contentos, luego muéstreles la cara triste. (de la figura1)

-¿Cómo se siente esta niña?

-¿Se siente de la misma manera que este niño (dibujo de la cara FELIZ) o de una manera diferente?

-¿Cómo se dan cuenta de que ella esta TRISTE? (si un niño dice: "ella esta llorando".)

Continué preguntando.

-¿Puedes oírla?

-¿Puedes preguntarle?

No, pero puedes verla con (señale sus ojos)

Veamos como todos ponen una cara triste. Pregúntele a un niño: ¿Qué cosas te ponen triste?

-¿Cómo descubrí que cosas te ponen triste?

Sí, te lo pregunte y escuche lo que dijiste.

Al grupo: Si se rien, ¿Puedo oír que se sienten tristes?

No. ¿Qué tienen que hacer para que yo oiga que se sienten tristes?. Exactamente, pueden llorar.

Pregunte a dos o tres niños más si el tiempo lo permite.

En la vida real.

Con el propósito de ayudar a los niños a relacionar lo que piensan con lo que hacen y como se comportan, los docentes aplican lo aprendido en las situaciones ficticias a la vida real, pues es aquí donde los niños expresan sus verdaderos sentimientos; por ejemplo, si un alumno no escucha a la maestra, ésta puede preguntarle: "Si tu no me escuchas cuando te hablo, ¿Cómo piensas que me siento? ¿Me sentí (enojada / triste) cuando dejaste de escucharme?".

El llevar a cabo estos juegos didácticos dentro del salón de clases utilizando las situaciones reales, sin dedicar un tiempo específico, sino como parte de las actividades cotidianas ayuda a que los menores piensen en los derechos propios y en los de los demás. Por ejemplo, Cuando hay un niño que participa mucho durante cualquier actividad y no deja participar a otros compañeros podemos llevarlo a la reflexión con las siguientes preguntas: "¿Es justo que a ti te toquen todos los turnos y a Juan no le toque ninguno?, ¿Cómo podría sentirse Juan si no le tocara ningún turno?".

Con esta práctica actividad podemos llevar al niño a explorar distintas opciones para resolver un conflicto, hasta lograr que adquieran la habilidades necesarias para resolver un conflicto.



Figura 2.

La habilidad para encontrar soluciones alternativas.

El propósito de esta actividad es lograr que los niños se concentren en las razones por las cuales la gente actúa de determinada manera. Esto puede lograrse mediante el uso de las palabras *Por qué* /*porque*. Ejemplo:

-Oh, esos niños se están peleando, (figura 2) me pregunto POR QUÉ pelean.

-¿Pueden decirme POR QUÉ? (Deje que los niños respondan.)

-Ese es un PORQUE (razón)

-Vamos a pensar en montones de razones, escribiré todas sus razones en el pizarrón.

Aliente a los niños a que den tantas razones como puedan y escríbalas en el pizarrón. Continúe hasta que se hayan agotado las respuestas. Luego elija, por ejemplo, "un chico rompió el avión de juguete de un compañero".

-Vamos a ver lo que ocurrió ANTES de que este niño (Señálelo en la figura 2) rompiera el avión de este otro niño (señálelo en la misma figura).

-¿Qué PUDO haber ocurrido ANTES de que él hiciera eso?, quiero decir, ¿POR QUÉ este niño rompió el avión del otro niño?.

Posible respuesta: -PORQUE se rió de él.

-Muy bien, Este niño (señalar) PUDO haberse reído del otro niño (Señalar) . ¿Y POR QUÉ se rió este niño?

Posible respuesta: -PORQUE el otro niño se manchó los pantalones con pintura.

-De acuerdo, comencemos por ahí.

-¿Cómo pudo mancharse los pantalones con pintura?

-¿Cómo creen que se sintió el niño?

-Muy bien, entonces el otro chico se rió de él, ¿Fue buena idea?.

-¿Qué sucedió DESPUÉS de que el otro niño se rió de él?

-Rompió el avión.

Al principio muchos docentes pueden creer que el proceso de diálogo para resolver conflictos lleva mucho tiempo, en realidad, lleva más tiempo cambiar la conducta de los niños con exigencias y órdenes que les provocan rabia y frustración.

A continuación se presenta un cuadro que los docentes pueden colgar en la pared a fin de recordar las preguntas básicas del diálogo para resolver problemas de niño a niño.

PREGUNTAS PARA EL DIÁLOGO.

.....

Paso 1. Defina el problema:

- ▶ ¿Qué sucedió?
- ▶ ¿Cuál es el problema?

Paso 2. Explicite los sentimientos.

- ▶ ¿cómo te sientes?
- ▶ ¿Como se siente.....?

Paso 3. Explicite las consecuencias:

- ▶ ¿Qué paso cuando hiciste eso?

Paso 4. Explicite los sentimientos acerca de las consecuencias:

- ▶ ¿Cómo te sentiste cuando...(él te sacó tu juguete)?

Paso 5. Aliente al niño a pensar en soluciones alternativas:

- ▶ ¿Puedes pensar en una manera DIFERENTE de solucionar este problema de modo que.....?

Paso 6. Haga que el niño evalúe la solución:

- ▶ ¿Es una buena idea o no lo es?
- ▶ Si es una buena idea, ¿La pondrás en práctica?
- ▶ Si no es buena idea tendrás que pensar en algo diferente.

Paso 7. Elogie la acción cognitiva del niño:

- ▶ Si la solución da resultados positivos: "Es maravilloso que hayas pensado todo eso por tí mismo".
- ▶ Si la solución da resultados negativos: "Bueno tendrás que pensar en algo diferente. Sé que tú puedes hacerlo".

EL JUEGO DE LA TORTUGA

(Fuente, Solloa García, 2000)

Esta es una estrategia para el desarrollo de habilidades de autocontrol. Estrategia desarrollada por Schnerider y Robin en 1976, para ser utilizado con niños pequeños que presentan problemas de conducta. Consta de cuatro pasos muy sencillos.

Esta actividad puede incluirse como un ejercicio al terminar las clases, antes de irse a casa. Se les muestra a los alumnos el dibujo de una tortuga y se les muestra como hace la tortuga cuando se va a meter a su caparazón. Posteriormente pídale lo siguiente: "Ahora todos vamos hacer como la tortuga, recuerden que cada vez que yo diga TORTUGA, todos haremos los movimientos de la tortuga"

Después de realizar esta actividad durante tres días consecutivos para que los menores aprendan el juego, la maestra puede llevar a cabo esta actividad cuando note que algún alumno esta distraído ó discutiendo con otro alumno para calmarlo y resolver el conflicto, siguiendo los siguientes pasos:

1. *Aprender a responder a la palabra "Tortuga"*, se le enseña al niño que cuando escucha esta palabra debe actuar como tal, es decir, cerrar sus ojos y jalar sus cuatro extremidades hacia su cuerpo como lo hacen las tortugas cuando se meten a su caparazón.

2. *Relajarse mientras permanece en la posición de tortuga*, con esto, se le enseña al niño un proceso de tensión y relajación de músculos que le ayuda a eliminar la tensión en todo su cuerpo.

3. *Soluciones alternativas*; Se le ayuda al niño a identificar la situación problemática que ocasiona su reacción agresiva. Para lo cual el niño requiere de la guía del docente, que consiste en llevar al niño hacia la reflexión de su comportamiento siguiendo las siguientes preguntas, similares a las de la estrategia de resolución de conflictos:

- ¿Cuál es mi meta?
- ¿Qué estoy haciendo?
- ¿Lo que estoy haciendo, me sirve para alcanzar mi meta?
- ¿Qué puedo hacer distinto?

También puede recurrir al cuadro de preguntas básicas para el diálogo (descrito en la estrategia de resolución de conflictos).

4. *Aplicación de los pasos*, el niño debe aprender a aplicar los pasos de la estrategia "tortuga" en la escuela utilizando pistas que les den las maestras, por ejemplo, la maestra puede iniciar con la pregunta ¿Cuál es tu meta al comportarte así?. Lo puede hacer con un tono de voz tranquilo, para que el niño sienta la confianza de explicar sus motivos y sentimientos por el incidente.

El objetivo de esta estrategia, además del autocontrol es mejorar la comunicación entre los miembros del grupo.

ELIMINACIÓN DEL USO DEL REGAÑO

(Fuente, Chaparro Caso-López, 2001)

EL uso del regaño como medida correctiva para la conducta agresiva o desobediente es la estrategia de disciplina más comúnmente utilizada tanto por los padres como por los docentes. Sin embargo no resulta efectiva, ya que a través de ella se propicia el comportamiento inadecuado porque representa un tipo de atención, por ello es muy importante que si usted desea evitar la conducta agresiva dentro del salón de clases le diga adiós al regaño como medida disciplinaria.

Para eliminar el uso de regaños como medida disciplinaria, se deben emplear ADVERTENCIAS en lugar de regaños, es decir, cuando un mal comportamiento ocurra, únicamente hay que advertirle al niño que si continua comportándose así , es muy probable que se le aplique una consecuencia (Tema descrito en el siguiente apartado). Para ello la Advertencia debe guardar las siguientes características:

➤ Debe describir exactamente (en términos observables) cual es el comportamiento inadecuado que esta presentando el niño. Ejemplo: - "Juanito estás haciendo mucho ruido, si continuas haciéndolo....."

➤ Debe establecerse claramente cual será la consecuencia. Ejemplo: ".....si continuas haciéndolo se te cambiará de lugar".

➤ Nunca usar primera persona al aplicar una advertencia, procure siempre utilizar la voz pasiva de tal manera que el niño vea que no es usted quien aplica la consecuencia, sino que es él quien se ha hecho acreedor a ella, Ejemplo:

- ✓ "...Si continúas haciéndolo se te cambiará de lugar".
- ✗ "...Si continúas haciéndolo te cambiaré de lugar"

Si aún después de la advertencia el niño continúa comportándose de forma inadecuada, entonces invariablemente debemos aplicar la consecuencia que hayamos establecido.

Existen conductas ante las cuales no podemos dar una advertencia, por ejemplo las peleas, la agresión física o verbal hacia otro niño. Cuando esto ocurra lo importante es frenarlas de inmediato (utilizando cualquiera de las estrategias descritas en los apartados anteriores) y aplicar una consecuencia que garantice que tal comportamiento inadecuado no vuelva a presentarse.

ESTABLECIMIENTO DE REGLAS Y CONSECUENCIAS.

(Fuente, Chaparro Caso-López, 2001)

Establecimiento de reglas.

Las reglas son acuerdos que se establecen entre alumnos y maestros, tienen la finalidad de proporcionar el adecuado desarrollo de las actividades académicas. Las reglas son importantes porque permiten que todos sus alumnos conozcan el comportamiento básico que deberán mostrar.

Las reglas deberán ser claras y consistentes. No es conveniente formular reglas adicionales para los niños difíciles, ya que las primeras podrán perder su valor y esto sería además una forma de señalar y etiquetar a los niños que presentan conducta agresiva. (Solloa García, 2001).

Al establecer las reglas dentro del salón de clases, se deben tomar en cuenta una serie de lineamientos que garanticen el cumplimiento de estas:

➤ Siempre deberán ser escritas en forma afirmativa :

- ✓ Permanecer sentado.
- ✗ No pararse de su lugar.

- ✓ Hablar en voz baja.
- ✗ No gritar.

➤ Deben ser redactadas lo más sencillamente posible, explicando claramente cual es el comportamiento implicado:

- ✓ Permanecer sentado.
- ✗ Evitar estar en el lugar de otro compañero y pararse sin permiso o salirse del salón.

- ✓ Jugar solamente en el patio.
- ✗ Nunca traer juguetes al salón, ni sacarlos en clase o jugar de cualquier otra forma dentro del salón.

Establecimiento de consecuencias.

Es importante recordar que la principal manera de lograr un cambio positivo en la conducta de los niños es la motivación, la cual ocurre entregando reconocimientos por su buen comportamiento.

Sin embargo, habrá ocasiones en que los alumnos presenten algún comportamiento inadecuado grave (golpear a otro niño) que amerite alguna sanción, ante estas situaciones es necesario utilizar las consecuencias.

Las consecuencias son eventos desagradables que siguen a un comportamiento inadecuado y que tienen como objetivo prevenir que éste vuelva a presentarse. Es importante señalar que una CONSECUENCIA no necesita ser severa para ser EFECTIVA, la clave esta en aplicarla de manera consistente. Ejemplos de consecuencias que pueden utilizar las maestras:

- Mandar notas a los padres.
- Concertar una cita con los padres.

Al establecer las consecuencias, es importante tomar en cuenta lo siguiente:

➤ Las consecuencias **NO DEBEN SER FÍSICA NI PSICOLÓGICAMENTE DAÑINAS** para los niños.

➤ Evitar frases hirientes cuando damos una consecuencia (como tonto, burro, inútil, me decepcionas, no se como tus papas te aguantan, etc.)

➤ Evitar ridiculizar al niño, poniéndolo en evidencia frente a sus compañeros.

➤ Evitar obligarlo a hacer trabajos forzados (Como permanecer parado en el sol, escribir 200 veces "debo portarme bien", etc).

➤ Evite tratar al niño como si este no estuviera presente (ignorarlo sin prestarle atención cuando quiere decir algo aún cuando se comporte adecuadamente).

Una recomendación que puede facilitar el establecimiento de reglas y consecuencias es tomar en cuenta la opinión de los alumnos para evitar que estas sean severas y que usted parezca autoritario ante ellos.

RECONOCIMIENTOS

(Fuente, Chaparro Caso-López, 2001)

El promover el buen comportamiento de los alumnos en el aula es quizá, junto a la enseñanza y aprendizaje la meta más importante de la docencia, por lo tanto, es indispensable que se cuente con métodos que ayuden a motivar a los niños para mantener un comportamiento adecuado que no interfiera con su aprendizaje escolar y social.

Los ROCONOCOMIENTOS son eventos agradables que siguen a una conducta adecuada, y que incrementan la probabilidad de que esta vuelva a presentarse.

Tipos de reconocimientos:

- Sociales
 - Reconocimientos verbales
 - Atención del maestro
 - Aplausos
 - Elogios
 - Sonrisas

- Acceso a actividades
 - Salir antes al recreo
 - Borrar el pizarrón
 - Escribir en el pizarrón
 - Repartir material para la clase

➤ **Materiales**

- Un dulce
- Un juguete
- Un lápiz
- Calcomanías

Efectividad:

Todos los reforzadores resultan ser muy efectivos, si se aplican adecuadamente; sin embargo, el reconocimiento social es quizás el más importante, ya que éste es altamente estimulante para los niños y lo podemos utilizar en cualquier momento y lugar.

Además cuando el reconocimiento material o el acceso a actividades se acompaña por el reconocimiento social se aumenta su efectividad.

Características para su aplicación:

➤ **Ser inmediato**, si deseamos que una conducta adecuada, (permanecer sentado) incremente su frecuencia, debemos aplicar inmediatamente algún reconocimiento positivo. De esta manera el niño aprende la relación entre su buena conducta y la presentación del reconocimiento positivo: "permanecer sentado = salir antes al recreo".

Si por alguna circunstancia, usted no puede entregar inmediatamente el reconocimiento (material o actividad) recurra al elogio y especifique al niño que su conducta amerita un reconocimiento, que más tarde usted le dará.

Es muy probable que cuando dejemos pasar demasiado tiempo entre la ocurrencia de la conducta adecuada y la presentación del reconocimiento, el niño no aprenda la asociación entre ambos eventos y por lo tanto no incremente la ocurrencia de la conducta adecuada.

➤ **De alta preferencia:** Esto se refiere a que el reconocimiento debe ser algo que le sea totalmente agradable al niño. Cuando utilizamos un reconocimiento que no es de preferencia para el niño, es muy probable que no tenga efecto sobre su comportamiento.

Para seleccionar los reconocimientos adecuados, usted puede recurrir a lo siguiente:

- Observando que es lo más le gusta al niño
- Preguntar cuales son sus reconocimientos favoritos
- Ofreciendo al niño varios reconocimientos y dejar que sea él quien elija.

➤ **Consistente,** La consistencia se refiere a la acción de otorgar un reconocimiento siempre y de forma invariable ante el comportamiento adecuado del niño; es decir tratar de que nunca pase desapercibido aquel comportamiento que deseamos incrementar.

El no ser consistente provocará que el niño no aprenda verdaderamente la relación entre su comportamiento adecuado y el reconocimiento. Otorgue reconocimiento a todas aquellos comportamientos que le interesa mantener, por ejemplo: Permanecer sentado, permanecer callado, trabajar, compartir el material con los compañeros, participar en clase, etc.

Comentarios finales.

Las estrategias presentadas en este manual, no son exclusivas, existen muchas más, sin embargo estas fueron tomadas en cuenta por su practicidad y por considerar que pueden ser llevadas a cabo dentro del salón de clases como parte de las actividades cotidianas, sobre todo por que existe interacción entre éstas.

El propósito fundamental del contenido de este manual es que sea de utilidad a las docentes para llevar a cabo su labor educativa, la cual ya no consiste solo en transmitir conocimientos, sino en ayudar a los niños (por supuesto en colaboración con los padres) a desarrollar sus capacidades y habilidades sociales para adaptarse lo mejor posible al medioambiente en el que vive.

La importancia de proponer estrategias para el manejo de la conducta agresiva a nivel preescolar, es porque cuando los problemas son tratados en la primera infancia parece que puede frenarse la acumulación y complicación de estos en las etapas de crecimiento posteriores (niñez y adolescencia principalmente).

DISCUSIÓN.

El trabajo comunitario realizado en la primera fase que abarca tanto el diagnóstico como la intervención, apoyan los supuestos teóricos planteados por el modelo de iniciativas comunitarias en el que se afirma que a través de la colaboración y participación activa de los miembros de la comunidad en el proceso de investigación se facilita el trabajo y se logran intervenciones de mayor relevancia y utilidad para la comunidad.

Otro de los aspectos que se toman en cuenta en este modelo y que se llevó a cabo en este trabajo, fue el identificar a los líderes comunitarios y realizar trabajo conjunto con el centro de salud Gustavo Roviroso, con ello se obtuvo un conocimiento más amplio de las características sociales y de salud del AGEB 100-1, al mismo tiempo que nos permitió la interacción con los miembros de la comunidad, la identificación del problema de mayor prioridad en la comunidad (pandillerismo) y un grupo de alto riesgo (los niños del Centro de Asistencia Infantil Comunitario que presentaban conducta agresiva).

Tal como lo plantea este modelo (Fawcett, 2000) y el comportamental-educativo (Méndez, 1996) se estructuró cuidadosamente la intervención que consistió en el taller de entrenamiento a padres.

Al respecto, los resultados obtenidos en este trabajo demuestran al igual que en las investigaciones realizadas por otros autores (Patterson, 1975; Forehand y McMahon, 1981, Ayala y cols., 2000) que el entrenamiento a padres resulta efectivo para disminuir y controlar la conducta agresiva y desobediente de los niños.

Los datos obtenidos en la entrevista inicial, ponen de manifiesto que las madres no contaban con las habilidades para el manejo de la conducta inadecuada de sus hijos por que las peleas y la desobediencia hacia los adultos se hacían más frecuentes, esto último se corrobora en el alto porcentaje que obtuvieron los niños en no obedecer las instrucciones dadas por las madres.

Esto hace evidente la necesidad de seguir llevando a cabo y crear más intervenciones dirigidas a dotar a los padres de estrategias disciplinarias para el control efectivo de la conducta, ya que se sabe que el uso de prácticas disciplinarias inconsistentes (regaños, golpes, refuerzo positivo a la agresión, etc.) propician el uso de ciclos coercitivos dentro de la familia (Patterson, 1975; en Caballo, 1995).

En cuanto a los datos obtenidos en los registros anecdóticos se pudo constatar que la conducta agresiva se generaliza a otros escenarios como la escuela, como lo señala en su estudio Ayala (2000). Al igual que este autor, se encontró que los niños agresivos presentaban en el aula comportamientos inadecuados (Desobedecer las instrucciones de las maestras, gritar y arrebatar pertenencias a sus compañeros, entre otras); en el recreo los niños manifestaron conductas como patear y empujar a sus compañeros de juego, propiciando el rechazo de los niños agresivos por parte de sus compañeros (Ison, 1997, en Chaparro, 2001; Kazdin, 1988).

Al igual que los padres, pudo observarse que las maestras también recurren a métodos disciplinarios inadecuados para manejar los problemas de conducta en el ambiente escolar, ya que criticaban más y evidenciaban la conducta de los niños agresivos ante sus demás compañeros. Esto resalta el interés y la necesidad de estructurar programas de intervención y herramientas prácticas (como la propuesta en

este trabajo) que doten a las maestras de habilidades para el adecuado manejo de la conducta agresiva en el salón de clases, lo cual junto al entrenamiento a padres potenciará la efectividad para incidir significativamente en dicha conducta (Ayala y cols., 2000).

A pesar de haberse comprobado la efectividad del entrenamiento a padres como un estrategia efectiva para el manejo adecuado y decremento de la conducta agresiva en el hogar, este trabajo tiene una limitación importante, ya que al no contar con una fase de seguimiento, no es posible constatar la permanencia de los beneficios obtenidos durante la intervención.

Así que para reforzar los cambios logrados en el ambiente familiar, se propone el manual dirigido a maestras de educación preescolar para el manejo de la conducta agresiva en el ambiente escolar; que tiene como objetivo favorecer el proceso de enseñanza - aprendizaje que se lleva a cabo en la escuela. Además puede ser una herramienta muy útil en el manejo de la conducta agresiva que algunos niños pueden presentar en el salón de clases, porque permite que las maestras actúen en el momento en que la conducta inapropiada se presente, pero sobre todo le ayudará a prevenir la presencia de dicha conducta al crear un clima de respeto y cordialidad dentro del aula.

Sin embargo, para corroborar la utilidad de esta propuesta, es indispensable llevar a cabo la validación empírica, dentro de la cual se debe buscar la promoción del programa, es decir darlo a conocer a algunas instituciones educativas para despertar el interés tanto de las autoridades educativas como de las maestras.

Otro de los aspectos que debe ser tomado en cuenta en esta validación, es la capacitación del personal docente en el uso del manual, para tomar en cuenta sus posibles dudas o sugerencias sobre las estrategias contenidas en éste e ir adaptándolo a sus necesidades y facilitar de ese modo el proceso enseñanza-aprendizaje.

Por su puesto, también es necesario realizar la supervisión inmediata y a largo plazo de la efectividad de esta herramienta, ésta última puede realizarse vía telefónica con algunas de las docentes o incluso con las directoras de las instituciones para dar la retroalimentación necesaria.

Por otro lado, es importante señalar que el fin de esta tesis es lograr la diseminación de los conocimientos y habilidades adquiridas, en el hogar, la escuela y por supuesto en la comunidad, es decir, que las personas que ya participaron en programas de intervención o han recibido la capacitación en estrategias útiles para mejorar su salud y comportamiento, se vuelvan promotores de los beneficios logrados, para que éstos sean permanentes y así logren extenderse a la mayor parte de la comunidad.

CONCLUSIONES.

Dado que los factores que intervienen en el proceso salud – enfermedad implican aspectos biológicos, psicológicos, ambientales y sociales, así como de las características en la organización de los servicios de salud es necesario seguir abordando dicho proceso de manera integral y multidisciplinaria, estableciendo un puente de unión entre los profesionales interesados en este amplio campo, porque de esta manera se facilita por un lado, la investigación de aquellos factores que están ligados a la conservación de la salud y por otro, la posibilidad de identificar grupos de alto riesgo con los cuales es factible instrumentar estrategias de acción bajo un enfoque preventivo.

Por otro lado el enfoque comunitario incorpora a la psicología aspectos teóricos importantes sobre la problemática social, mientras que la tecnología conductual ha hecho posible actuar de forma eficaz ante problemas de este tipo. De este modo la intervención psicológica o comportamental ha dirigido su atención desde el tratamiento de la disfunción patológica e individual, al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de comunidades, buscando ayudar a las personas en su adaptación al medio y por tanto prevenir la enfermedad (física, mental o ambiental).

El trabajo que actualmente están realizando los psicólogos en el ámbito de atención primaria de la salud va encaminado a capacitar a las personas para lograr una autonomía y responsabilidad de su salud, más que decirles lo que deben y lo que no deben hacer. Con ello se trata de prevenir la aparición de todas aquellas circunstancias o comportamientos que puedan llevar a la enfermedad, por lo tanto, es tarea fundamental para la psicología desarrollar los enfoques, la tecnología, los recursos humanos y materiales necesarios para contribuir al bienestar de las personas.

BIBLIOGRAFÍA.

ALVAREZ ALVA, Rafael. Educación para la salud. Manual Moderno. México, 1995.

ARROYO, Irma; M.T. Cerqueira. La promoción de la salud y la educación para la salud en América latina. "Un análisis sectorial". Editorial de la Universidad de San Juan Puerto Rico. San Juan Puerto Rico, 1997.

AYALA, Héctor, Noemí Barragán. Estudio longitudinal de la conducta agresiva en la infancia y su relación con la evolución del desarrollo de la conducta antisocial en la adolescencia. Proyecto PAPIIT.UNAM. México, 1997.

AYALA, Héctor, Fernando Vázquez. (eds.) La formación profesional del psicólogo en el campo de la salud, la educación, los procesos sociales y las organizaciones. "El Internado en Psicología General". Facultad de psicología. UNAM-PAPIME. México, 2001.

BEAGLE-HOLE, R. etal. Epidemiología básica. Organización panamericana de la salud. Washington, D.C., 1994.

BERKOWITZ, Leonard. Agresión: consecuencias y control. (tr.) Jasone, Aldekota. Desclee de Brower. Argentina, 1996.

BIJOU, Sydney. Análisis conductual aplicado a la instrucción. (comp.) Ely Rayes. Trillas. México, 1978.

BUELA-CASAL, Gualberto. Manual de evaluación de psicología clínica y de la salud. Siglo XXI. Madrid, 1996.

BUELA-CASAL, Gualberto. Psicología preventiva. "Avances recientes en técnicas y programas de prevención". Siglo XXI. Madrid, 1997.

BLANCO PICABIA, Alfonso. Fundamentos de psicología. Tirant lo blanch. Valencia, 1994.

BRANDONI, Florencia. (comp.) Medición escolar. "propuesta, reflexiones y experiencia". Paidós. México, 1999.

CABALLO, Vicente. (comp.) Manual de técnicas de terapia de modificación de conducta. Tercera edición. Siglo XXI. Madrid, 1995.

CEREZO RAMÍREZ, Fuensanta. Conductas agresivas en la edad escolar. "Aproximación teórica y metodológica, propuesta de intervención". Pirámide. Madrid, 1999.

GARCÍA, Sicilia; Elena Ibáñez. Psicología evolutiva y educación preescolar. Santillana. México, 1992.

GONZÁLEZ, Antonio Martín. Psicología comunitaria. Fextor visor. Madrid, 1988.

JIMÉNEZ HERNÁNDEZ, Manuel. Tratamiento psicológico de problemas infantiles. Aljibe. España, 1997.

KAZDIN, Alan. Tratamiento de la conducta antisocial en la infancia y en la adolescencia. (tr.) Xavier Corbera. Martínez Roca. Madrid, 1988.

LÓPEZ, Felix. etal. Desarrollo afectivo y social. Pirámide. Madrid, 1999.

MÉNDEZ CARRILLO, Francisco; etal. Intervención conductual en contextos comunitarios I. "Programas aplicados de prevención". Pirámide. Madrid, 1996.

MORALES CALATAYUD, Francisco. Introducción a la psicología de la salud. Paidós. México, 1999.

REID, John. Development and psychology. University Press. Cambridge, USA, 1993.

RODRÍGUEZ GARCÍA, M. Rojas. La psicología de la salud en América Latina. Porrúa-UNAM. México, 1998.

RODRÍGUEZ MARIN, Jesús. Psicología social de la salud. Síntesis. Madrid, 1995.

SÁNCHEZ VIDAL, Alipio. Psicología comunitaria. "Bases conceptuales y operativas, métodos de intervención". Segunda edición. Promociones y publicaciones universitarias. Barcelona, 1991.

SAN MARTÍN, Hernán. Salud y enfermedad. Séptima reimpresión, Prensa médica mexicana. México, 1992.

SERRANO GONZÁLEZ, Ma. Isabel. Educación para la salud y participación comunitaria. Díaz-santos. Madrid, 1990.

SOLLOA GARCÍA, María. Los trastornos psicológicos en el niño. "Etiología, características, diagnóstico y tratamiento". Trillas. México, 2001.

VEGA FRANCO, Leopoldo; Héctor García. Bases esenciales de la salud pública. Prensa médica mexicana. México, 1987.

VARGAS MENCHACA, José Manuel. Manual para la elaboración de tesis profesionales. "Reglas y consejos prácticos para preparar trabajos de investigación documental". México, 1993.

ZURRO, Martín; J. F., Cano Pérez. Atención primaria: Organización, conceptos y práctica clínica. Vol. 1. Cuarta edición. Harcourt brase. Madrid, 1999.

HEMEROGRAFÍA.

AYALA, Héctor; cols. "Resultados preliminares del proyecto de 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. Núm. 1. México. Junio, 2000. Pp. 65-89.

LARA, María Asunción; Ma. Laura, Figueroa. "Familias con hijos en bandas juveniles". Revista Mexicana de Psicología. Vol. 7. Núms. 1 y 2. 1990. Pp. 37-42.

MATARAZZO, J. "Behavioral health and behavioral medicine, frontiers for a new health psychology". American Psychologist. Núm. 35. USA, 1980. Pp. 52-69.

WHITE, K. J.; M. D. Sherman; K. Jones. Children's perception of behavior problem peer. Effects of teacher feedback and peer-reputed status. Journal of School Psychology. Vol. 1. Núm. 34. Pp. 53-72.

OTRAS FUENTES.

CONCHA GUTIERREZ, Carlos; Gerardo Rodríguez Fragoso. Asertividad en estudiantes de ciudad universitaria: Un enfoque epidemiológico. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología-UNAM. México, 2001.

CONTRERAS MEJIA, Carolina; Ruth, González. Atención primaria en factores de riesgo en salud comunitaria, sedentarismo y malos hábitos alimenticios. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología-UNAM. México, 2001.

CHAPARRO CASO-LÓPEZ, Alicia Alefí. Desarrollo y evaluación de un programa para el cambio de conducta disruptiva de niños agresivos en el salón de clases. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología-UNAM. México, 2001.

FAWCETT, Stephen; etal. The community tool box. University of Kansas. USA, 2000. En <http://ctb.ukansas.edu>

PALACIOS VENEGAS, Jorge; Emilia Gómez Maqueo. Psicología de la salud. "Memorias del primer congreso internacional de la psicología de la salud". Facultad de psicología. UNAM-Sociedad Médica del hospital General de México. México, 1993.

ANEXOS.

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 cuántas 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 \downarrow		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 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

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

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

—

Quando tengo un problema muy fuerte...

60. Trata de saber más sobre la situación

—

61. Habló 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 olvida 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.

100. ¿Ha bebido en los últimos 12 meses?

Si: 1 No: 2

101. ¿Ha bebido en los últimos 30 días?

Si: 1 No: 2

102. ¿Ha bebido en la última semana?

Si: 1 No: 2

103. ¿Qué acostumbra beber? (Puede marcar más de una opción)

() Pulque

() Vino de mesa

() Cerveza

() Destilados

() "Coolers"

() Bebidas preparadas

() Mezcal

() Aguardiente

() Alcohol puro

() Otra: _____

104. ¿Cuántas copas bebe por ocasión?

() 3 copas o menos () 4 copas () 5 copas () 6 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 salud ha tenido por beber? (agudos o crónicos)

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

110. ¿Ha fumado en los últimos 12 meses?

Si: 1 No: 2

111. ¿Ha fumado en los últimos 30 días?

Si: 1 No: 2

112. ¿Con qué frecuencia fuma actualmente?

() Diario () Frecuentemente () Ocasionalmente () Rara vez

113. Si no ha fumado en el último año y lo hizo anteriormente

¿Con qué frecuencia fumaba?

() 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.)

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

Si: 1 No: 2

122. ¿Cuáles? Puede marcar mas de una:

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

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

124. ¿Cómo la obtuvo?: _____

125. ¿En que lugar? _____

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

Si: 1 No: 2

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

Si: 1 No: 2

128. ¿Qué sustancia usa actualmente?: _____

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

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

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

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

133. ¿Ha adquirido alguna enfermedad grave por utilizar sustancias (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.

ENTREVISTA INICIAL PARA PADRES

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

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Evaluador: _____
 Fecha de aplicación: _____ No. de expediente: _____
 Nombre del niño: _____
 Fecha de nacimiento: Mes _____ Día _____ Año _____ Edad: _____
 Sexo: F M _____ Sala: _____
 Nombre de la madre: _____
 Nombre del padre: _____
 Nombre de otro informante: _____ Parentesco: _____
 Dirección del informante: Calle: _____ No.: _____ Colonia: _____
 C.p.: _____ Delegación: _____ Tel. casa: _____
 Datos de un familiar o amigo:
 Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

ANTECEDENTES.

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

Tipo de comunicación:
 Manejo de la autoridad:
 Problemas de pareja:
 Medidas disciplinaria:

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

AREA FAMILIAR.

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

Nombre	Edad	Edo. Civil	Parentesco	Ocupación	Núm. Niño	Hrs. trabajo	Ingresos	Razón de desempleo

Si la mujer responsable del hogar no es la madre biológica o si no hay una mujer responsable de la familia, continúe con la pregunta 18, si no es así responda a partir de la pregunta 24.

18. ¿La madre biológica del niño vive?
 19. ¿Desde cuando dejó el (la) niño (a) de vivir con su madre biológica?
 ¿Motivo? _____
 20. ¿De que manera afecto esto a la conducta del niño? _____
 21. ¿En la actualidad, ve a su madre el niño? SI NO ¿Frecuencia? _____
 22. ¿Cuándo el niño ve a su madre, nota algún cambio en su conducta? SI NO
 23. ¿En qué consiste este cambio?
 ¿Frecuencia? _____ ¿Duración? _____ ¿Intensidad? _____

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

24. ¿El padre biológico del niño vive? SI NO
 25. ¿Desde cuando dejó el (la) niño(a) de vivir con su padre biológico?
 ¿Motivo? _____
 26. ¿De que manera afecto esto la conducta del niño?
 27. ¿En la actualidad, ve a su padre el niño? SI NO ¿Frecuencia? _____
 28. ¿Cuándo el niño ve a su padre, nota algún cambio en su conducta? SI NO
 29. ¿En qué consiste este cambio?
 ¿Frecuencia? _____ ¿Duración? _____ ¿Intensidad? _____
 30. ¿Cuántos años llevan viviendo juntos los adultos responsables de la casa?
 31. Número de matrimonios: _____

- De la madre incluyendo el actual _____
 Del padre incluyendo el actual _____
32. ¿Han ocurrido separaciones prolongadas con su pareja actual? SI NO
 ¿Razón? _____
33. Desde su nacimiento, ¿El niño ha tenido cambios de casa? SI NO
 ¿Cuántos? _____ ¿Motivo? _____

AREA SOCIOECONÓMICA.

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

PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA:

38. ¿Describame el (los) tipo (s) de conducta que presenta el niño? _____
39. ¿Desde cuando presenta está (s) conducta (s)? _____
40. ¿En que situaciones presenta esta (s) conducta (s) (*comida, tarea, dormir, etc*)? _____
41. ¿Describame una situación, en la que el niño haya presentado esta (s) conducta (s)?

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

43. ¿Con qué frecuencia se presenta está (s) conducta (s) en el niño?

44. ¿De que manera resuelve este tipo de situaciones (*regaños, golpes, ignora, etc*)?

45. ¿El niño ha presentado problemas escolares por este motivo? SI NO ¿Cuáles?

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

49. ¿El niño ha acudido a algún otro tipo de tratamiento anteriormente? SI NO

CARTA COMPROMISO PARA LOS PADRES.

México, D.F. a _____ de _____ del 2000

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

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

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

- A) Asistir puntualmente a las citas establecidas.
- B) Aclararme cualquier duda respecto al programa.
- C) Guardar la confidencialidad de los datos que se obtengan de las evaluaciones que se nos apliquen.

Nombre del padre

Nombre de la madre

Firma

Firma

Nombre de la terapeuta

Firma

Registro ACC

Nombre del niño: _____ Fecha: _____

Nombre del responsable: _____ Núm. Registro _____

HORA	ANTECEDENTE	CONDUCTA ¿Cómo es la conducta	CONSECUENTE	LUGAR	PERSONAS PRESENTES

ENTRENAMIENTO A PADRES

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN.

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

Habilidades

1. Desde que asistí al taller mis habilidades para controlar la conducta inadecuada de mi hijo ha mejorado.

1	2	3	4	5
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo.

2. Considero que las técnicas impartidas en el tratamiento (Uso de reglas, recompensas, seguimiento instruccional, solución de problemas familiares, etc.) han sido de utilidad para mantener una buena relación con mi hijo.

1	2	3	4	5
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo.

3. Las técnicas fueron fáciles de aplicar.

1	2	3	4	5
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo.

4. Las técnicas adquiridas, las utilizo con otras personas (hijos, sobrinos, etc) con resultados efectivos.

1	2	3	4	5
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo.

5. Desde que le doy instrucciones claras a mi hijo ha cambiado su conducta.

1	2	3	4	5
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo.

6. Considero que las técnicas impartidas (Obtener atención, establecimiento de reglas, instigar, pérdida de privilegios, etc.) me ayudaron a educar a mi hijo.

1	2	3	4	5
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo.

7. A través de la información del taller logre mejorar mis medidas de disciplina.

1	2	3	4	5
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo.

Cambios en la conducta del niño.

8. Al utilizar el procedimiento de consecuencias positivas y negativas, he logrado que la conducta de mi hijo cambie.

1	2	3	4	5
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo.

9. El taller es de utilidad para resolver problemas como desobediencia, berrinches, peleas entre hermanos.

1	2	3	4	5
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo.

10. Los ensayos realizados durante las sesiones me ayudaron a mejorar la conducta inapropiada del niño.

1	2	3	4	5
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo.

11. El dar instrucciones claras a mi hijo me ayudo a mejorar la conducta de desobediencia.

1	2	3	4	5
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo.

Satisfacción con la terapia.

12. La Exposición de la información por parte de la terapeuta fue clara y precisa.

1	2	3	4	5
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo.

13. Los materiales de apoyo (acetatos, cartulinas y guías) Fueron adecuados.

1	2	3	4	5
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo.

14. Cuando tuve dudas respecto al tratamiento, el terapeuta me ayudó a resolverlas.

1	2	3	4	5
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo.

15. El terapeuta mostró interés en mi caso.

1	2	3	4	5
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo.

16. El terapeuta estableció una relación de confianza conmigo.

1	2	3	4	5
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo.

Satisfacción con el taller

17. El taller al que fui invitada a participar fue el indicado para mi problema.

1	2	3	4	5
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo.

18. Estuve de acuerdo con el terapeuta sobre los objetivos del taller.

1	2	3	4	5
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo.

19. Este taller realmente me ayudó a modificar la conducta inadecuada de mi hijo.

1	2	3	4	5
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo.

20. Después de asistir al taller, cambie mis medidas de disciplina.

1	2	3	4	5
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo.