



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**“EVALUACION DE LA ADQUISICION DE CONOCIMIENTOS SOBRE  
HABILIDADES DE MANEJO CONDUCTAL INFANTIL EN  
PROFESIONALES DE LA SALUD”**

**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**  
**VIOLETA FELIX ROMERO**

**DIRECTORA DE TESIS: DRA. SILVIA MORALES CHAINÉ**  
**REVISORA: LIC. NOEMÍ BARRAGÁN TORRES**  
**SINODALES:**  
**DR. JULIO ESPINOSA RODRÍGUEZ**  
**MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA**  
**MTRA. LETICIA ECHEVERRÍA SAN VICENTE**



**ABRIL 2010**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## AGRADECIMIENTOS

A mi mamá, quien ha sido para mí un ejemplo de vida, a quien le debo lo que soy y para quien no tengo más que respeto, admiración y profundo amor. Gracias mamá por lo que eres, por cuidarme, por enseñarme, por guiarme y por apoyarme tanto y siempre.

A mi hermana Karina, por confiar en mí y escucharme cuando lo necesité, por todas las veces que nos reímos juntas y por todas las tonterías que decimos. Gracias por estar a mi lado y por creer en mí.

A mi papá, por enseñarme su manera de ver la vida. He aprendido mucho de ti y te admiro.

A mis amigos, por haber compartido conmigo tantas cosas en la escuela y fuera de ella. Gracias por su tiempo, por sus sonrisas y por su cariño. Los quiero muchísimo.

Al grupo que me adoptó y en donde conocí personas maravillosas. Gracias por su amistad y por cada momento que hemos pasado juntos. Soy afortunada porque son parte de mi vida.

A Marce por estar conmigo en este trabajo y haberme aguantado tanto tiempo. Somos un buen equipo. Te quiero amiga.

A los buenos maestros con los que me topé en la Universidad, en especial a la Dra. Silvia Morales Chainé. Gracias por enseñarme el sentido de la Psicología y por guiarme en mi formación como profesional.

A la Facultad de Psicología, en donde adquirí conocimientos y valores para ser un profesional útil para la sociedad y en donde se encuentran personas comprometidas con la Psicología y su desarrollo.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, cuyos espacios están llenos de pluralidad, tolerancia, cultura y calidad. No hay cosa que me enorgullezca más que pertenecer a esta Universidad.

## ÍNDICE

RESUMEN .....	4
INTRODUCCIÓN .....	5
MARCO TEÓRICO .....	7
Problemas de conducta .....	7
Prácticas parentales .....	12
Sustento empírico del entrenamiento a padres .....	16
Evaluación de la adquisición de habilidades de manejo conductual infantil .....	25
MÉTODO .....	29
Participantes .....	29
Instrumentos .....	30
Procedimiento .....	31
RESULTADOS .....	36
Comparación por género .....	39
Comparación por ocupación .....	45
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....	51
ANEXOS .....	64
Anexo 1: Cuestionario de habilidades de manejo infantil basado en situaciones hipotéticas de crianza .....	64
Anexo 2: Codificación de las respuestas al Cuestionario de habilidades de manejo infantil basado en situaciones hipotéticas de crianza .....	67
REFERENCIAS .....	69

## RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue evaluar la adquisición de conocimientos y habilidades de manejo conductual infantil por los profesionales de la salud, a partir de la capacitación en un entrenamiento a padres. Se empleó un diseño cuasiexperimental pre-pos-test, considerando las variables de género y ocupación (profesionales o estudiantes). 340 profesionales de la Secretaría de Salud de diversas entidades del país, participaron en una capacitación que incluye habilidades como análisis funcional de la conducta, interacción social y académica, instrucciones claras, corrección de comportamiento, actividades planeadas, establecimiento de reglas y solución de problemas. Se evaluó el conocimiento sobre estas habilidades antes y después de la intervención. Los resultados indicaron que hubo un incremento significativo en los conocimientos sobre las habilidades en los profesionales de la salud de manera general, resultando indistinto el género de los participantes, mientras que la ocupación favoreció a los estudiantes en dos de los seis factores del instrumento empleado. El incremento en las habilidades de manejo conductual en los participantes es un indicador del éxito de la intervención y de su efectividad como una forma de prevenir la progresión de conducta inadecuada en niños.

*Palabras clave:* Entrenamiento a profesionales, entrenamiento a padres, conducta infantil, prevención, evaluación.

## INTRODUCCIÓN

Los padres y cuidadores de niños se enfrentan diariamente con conductas que les resultan difíciles de manejar. Comportamientos como la desobediencia y la agresión, aparecen de manera natural en los niños a edades tempranas como una forma de aprender a manejar su entorno. Sin embargo, si estas conductas no son manejadas adecuadamente por las personas que se encuentran a cargo de los niños, pueden escalar a problemas que son más difíciles de controlar, tales como violencia, actos delictivos o consumo de drogas.

Estas conductas que resultan en problemáticas comunes de nuestra sociedad se pueden prevenir de manera temprana, si se enseña a los padres y cuidadores habilidades que les permitan corregir el comportamiento inadecuado y promover las conductas adecuadas en los niños.

Es necesario entonces, desarrollar estrategias costo-efectivas orientadas a enseñar las habilidades pertinentes para manejar adecuadamente la conducta infantil. Esta labor de capacitación a padres y cuidadores está a cargo de profesionales de la salud, quienes deben ser suficientemente competentes para lograr que los participantes en este tipo de intervenciones adquieran las herramientas necesarias para prevenir la progresión de problemas conductuales en los niños.

Algunas instituciones como el Consejo Nacional contra las Adicciones y la Universidad Nacional Autónoma de México, actualmente realizan esfuerzos por capacitar a profesionales de la salud en la prevención de problemas sociales como lo son las adicciones, mediante la promoción de la crianza positiva en padres de familia.

Por esta razón, el objetivo del presente trabajo es evaluar la adquisición de conocimientos y habilidades de manejo conductual infantil por los profesionales de la salud, quienes tienen la tarea de diseminar estas habilidades en padres y

cuidadores de niños. Para ello se presentan a continuación antecedentes empíricos relacionados con los problemas de conducta, las prácticas parentales, el entrenamiento a padres y la evaluación de la adquisición de habilidades de manejo conductual; en seguida se presenta el método que se siguió en la presente investigación; posteriormente se presentan los resultados obtenidos; se discuten sus implicaciones más importantes y finalmente se presentan las limitaciones del estudio y los posibles cursos de acción posteriores.

## 1. Problemas de conducta

Los problemas de conducta infantil se han vuelto una de las razones más frecuentes para que los padres de un niño decidan solicitar ayuda psicológica o médica. De acuerdo con Kratzer y Hodgins (1997), dichos problemas ocurren en un 4 a 12% de la población mundial infantil, presentándose con mayor frecuencia en niños (7. 2%) que en niñas (2.1%). En México, el 6.1% de la población ha presentado alguna vez en su vida problemas de conducta (Medina-Mora, et al., 2003).

En México, los trastornos de conducta son el segundo lugar de los trastornos psicológicos más comunes (Medina-Mora, et al., 2003). Los problemas que más ocurren en niños entre los 4 y 7 años de edad son la conducta oposicionista, la desobediencia y la conducta agresiva (Baker & Abbott Feinfeld, 2007). Específicamente en niños mexicanos, la ansiedad de separación (mediana de 5 años) y el trastorno de atención (mediana de 6 años) son los dos padecimientos que aparecen primero durante la infancia. La fobia específica aparece alrededor de los 7 años de edad, y el trastorno oposicionista alrededor de los 8 años de edad (Medina-Mora, et al., 2003).

Algunos trastornos psicológicos son caracterizados también por conductas disruptivas. Tal es el caso del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, el trastorno negativista desafiante, el trastorno disocial, los trastornos del desarrollo como el trastorno autista, el trastorno de la Tourette, los problemas a la hora de dormir, entre otros (DSM IV, 2005).

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es el desorden neuroconductual más común en la niñez (Robinson, Sclar, Skaer, & Galin, 1999) Además de sus componentes centrales, este trastorno está generalmente asociado con dificultades en el funcionamiento académico, social y familiar. El TDAH se presenta en un 3 a 7% de la población escolar mundial (DSM IV, 2005). En México la media de edad de inicio es de 6 años (Medina-Mora, et al., 2003). Aproximadamente, 55% de los niños con TDAH también tienen características de



conducta propias del trastorno negativista desafiante (Barkley, 2006) y pueden presentar paralelamente problemas de aprendizaje, trastorno afectivo y trastorno de ansiedad (Biederman, Newcorn, & Sprich, 1991; DuPaul & Stoner, 1994).

Otro trastorno que se presenta en la infancia es el trastorno negativista desafiante. A nivel mundial, se estima que el trastorno negativista desafiante afecta entre un 2 y 16% de la población infantil (DSM IV, 2005). En México este trastorno afecta al 1.5% de la población (Medina-Mora, et al., 2003). La aparición de este trastorno normalmente ocurre antes de los 8 años de edad (Hommersen, Murray, Ohan, & Johnston, 2006; DSM IV, 2005). En niños mexicanos, específicamente, la media de edad de inicio es de 9.24 años (Medina-Mora, et al., 2003). El trastorno negativista desafiante tiene como principales características un patrón de comportamiento oposicionista y hostil, que puede incluir frecuentes discusiones y desafíos con adultos, molestar deliberadamente a otras personas, comportamiento colérico, resentido, rencoroso o vengativo (Breviario DSM IV, 2007).

El Trastorno disocial es otro trastorno común que se presenta entre el 6 y 16% de los niños y entre el 2 y 9% las niñas de la población mundial (DSM IV, 1995). En México afecta al 6.1% de la población (Medina-Mora, et al., 2003). El inicio del Trastorno disocial puede darse entre los 5 o 6 años de edad, pero usualmente se observa al final de la infancia o al inicio de la adolescencia (DSM IV, 2005); en niños mexicanos este trastorno inicia en promedio a los 11 años de edad (Medina-Mora, et al., 2003). Este trastorno afecta más comúnmente a niños que a niñas (Dretzke, et al., 2005). Las características de este trastorno son agresión a personas y animales, destrucción de la propiedad, fraudulencia o robo y violaciones graves de normas (Breviario DSM IV, 2007).

Una gran porción de niños preescolares con discapacidades de desarrollo, incluyendo discapacidad intelectual y el trastorno autista, presentan problemas de conducta significativos, y en muchos casos éstos persisten en la niñez y la adolescencia (Baker, 1998). En el grupo de edad de niños entre 4-7 años, la

conducta oposicionista, la desobediencia y la agresión se encuentran dentro de los problemas de conducta con mayor prevalencia en niños con trastornos del desarrollo (Baker & Abbott Feinfield, 2007).

Más del 80% de los casos de niños referidos clínicamente con el trastorno de la Tourette también presentan coocurrencia de problemas de conducta disruptiva, incluyendo episodios explosivos de enojo, discusiones y desobediencia (Coffey, et. al. 2000).

Existe evidencia de que la desobediencia a la hora de dormir es también un problema común en la infancia. Las estimaciones varían mucho, pero la mayoría de los estudios sugieren que entre el 5 y 10% de los niños en edad escolar presentan problemas de obediencia a la hora de dormir (Blader, Koplewics, Abikoff, & Foley, 1997; Mindell, 1993).

Como se ha descrito anteriormente, los niños que padecen algún trastorno psicológico o de desarrollo, presentan problemas de conducta. Sin embargo, el resto de la población infantil, es decir, aquella que no tiene un diagnóstico psicológico, no está exenta de presentar conductas disruptivas.

De acuerdo con un estudio realizado por Achenbach y Edelbrock (1981), el 50% de los padres de niños no referidos de entre cuatro y siete años de edad, reportan que la desobediencia en casa es un problema para ellos. La desobediencia es una conducta que se puede presentar de manera natural en los niños en algún momento de su vida; sin embargo, es importante considerar que en niños normales, se espera que las tasas de desobediencia sean bajas (menos del 20%). Además de la desobediencia, cualquier conducta disruptiva que se presente en los niños persistentemente, es un factor de riesgo para que aparezcan conductas más difíciles y complejas de tratar en el futuro (Ayala, Pedroza, Morales, Chaparro, & Barragán, 2002).

Cronológicamente, la primera conducta disruptiva que aparece en los niños es la desobediencia (McMahon & Forehand, 2003). Ésta aparece de manera temprana, jugando un papel crítico en el desarrollo de problemas conductuales tanto observables como encubiertos en el futuro (Chamberlain & Patterson, 1995).

Las conductas disruptivas pueden persistir a lo largo del curso de la vida de una persona. Esta trayectoria se caracteriza por la aparición de problemas de conducta en la etapa preescolar y escolar de los niños, y continúa de manera creciente a través de la adolescencia y la edad adulta (Barkley, 1999). De acuerdo con esta trayectoria, la conducta disruptiva de los niños progresa a través del tiempo, de comportamientos problemáticos menos serios como desobediencia y berrinches, a formas más serias como agresión, robo y abuso de sustancias; así mismo, comportamientos manifiestos como peleas y desafíos aparecen cronológicamente más temprano que comportamientos encubiertos como mentir y robar que son más difícilmente observables por los cuidadores. La persistencia de los comportamientos disruptivos, hacen que éstos se extiendan hasta formar parte del repertorio conductual del niño, reemplazando conductas más adaptativas como la obediencia y la interacción social positiva (Patterson & Yoerger, 2002).

El desarrollo de los comportamientos disruptivos se mueve a lo largo de dos continuos en la vida de un individuo (Frick et al., 1993): el continuo que va de la conducta fácilmente observable a la difícilmente detectable y el continuo de la conducta que va de lo no destructivo a lo destructivo. Cuando la primera dimensión se combina con la segunda dimensión, surgen cuatro cuadrantes o grupos de conducta infantil disruptiva. El perfil de niños con comportamientos observables no destructivos está compuesto en su mayoría por conductas negativistas y desafiantes tales como molestar, desafiar a otros, mostrar mal humor, discutir, enojarse, ser insistente y susceptible. El perfil de niños con conductas observables pero destructivas contiene en su mayoría comportamientos agresivos dirigidos hacia otras personas tales como amenazar, pelear, crueldad con animales, culpar a otros, malicia y agredir. El perfil de niños con conductas

difícilmente detectables pero no destructivas (hacia otros) contiene violaciones a la autoridad y otras conductas tales como maldecir, romper reglas, escapar, ausentismo y uso de sustancias. Finalmente el perfil de niños con comportamientos difícilmente observables y destructivos está compuesto en su mayoría por violaciones a la propiedad y otras conductas tales como mentir, incendiar, vandalismo, robar y crueldad con animales (Barkley, 1999). Las conductas disruptivas pueden avanzar en estos dos continuos a partir de una serie de factores asociados con la progresión de la complejidad del comportamiento infantil en las etapas tempranas del desarrollo del niño.

Debido a que las conductas disruptivas aparecen tempranamente en desarrollo infantil, son los padres o cuidadores de los niños los que se enfrentan al manejo de estas conductas. Las prácticas parentales que emplean los padres y cuidadores para manejar la conducta de sus hijos pueden ser factores asociados de riesgo o protectores para la aparición de la conducta disruptiva de los niños.

## **2. Prácticas de crianza**

Existen características especiales de los padres o cuidadores del niño que incrementan la probabilidad de que los niños presenten comportamientos inadecuados. La persistencia de conductas disruptivas en niños se explica, en parte, porque los padres y cuidadores de estos niños carecen de conocimientos y habilidades necesarias para manejar exitosamente el comportamiento de sus hijos (Fuentes, 2006). De acuerdo con un estudio realizado por Ayala, et al. (2002), existen factores de riesgo, que predicen la progresión de conductas disruptivas tales como la agresión en niños. Estos factores de riesgo son la propia desobediencia infantil, los problemas de adaptabilidad de los padres, la agresividad del padre, la disciplina irritable explosiva, las indicaciones o instrucciones inespecíficas dadas por los padres, los golpes, la incapacidad para desempeñar su papel y su incompetencia percibida.

Existen otros factores característicos tanto del padre como del niño que se asocian con la aparición de agresión y disciplina irritable en los padres, tales como instrucciones inespecíficas, incapacidad para desempeñar su papel de padre, que el niño sea demandante, baja competencia del padre, problemas de salud, depresión, falta de apoyo del cónyuge y estrés por la crianza. En cuanto a factores del niño, se encuentran problemas de adaptabilidad, distractibilidad e hiperactividad, agresividad del niño en casa, desobediencia, bajo reforzamiento por el niño, humor irritable y demandante y desapego del niño.

Ayala, et al (2002) describen también factores protectores que se relacionan con una menor tasa de conductas disruptivas en los niños. Estos factores son la organización familiar, el establecimiento de metas, la religiosidad, la cohesión familiar, la disciplina congruente, flexible, y la supervisión de las actividades del niño.

Consistentemente con Ayala, et al (2002), diversos autores han descrito características de los padres que se asocian a comportamiento disruptivo en sus hijos. Brestan y Eyberg (1998) y Hawes y Dadds (2005) describen la falta de involucramiento parental, el pobre monitoreo y supervisión y la disciplina severa e inconsistente como fuertes predictores de comportamiento antisocial en niños y adolescentes. Otros autores como Patterson & Yoerger (2002) agregan además factores como comunicación coercitiva; castigo físico y violento; actitudes y relaciones parentales negativas; escaso elogio, aprobación y apoyo; y reforzamiento negativo de las conductas inadecuadas como posibles prácticas de crianza que generan y mantienen el comportamiento disruptivo en los niños.

Patterson (1982) propone un modelo que explica cómo las conductas disruptivas de los niños se relacionan con las prácticas de crianza de los padres. Este modelo, llamado círculo de la coerción, describe un proceso mediante el cual los problemas de conducta que ocurren en un contexto coercitivo, escalan a través de las interacciones padre-hijo en casa, y comienzan en etapas tempranas del desarrollo de los niños.

El reforzamiento negativo juega un papel importante en el escalamiento y mantenimiento de conductas coercitivas. Mediante éste, el comportamiento coercitivo de parte de uno de los miembros de la familia ya sea el padre o el niño es reforzado negativamente, ya que la presencia de comportamiento disruptivo, propicia la eliminación de algún evento aversivo para algunas de las dos partes. Mientras este proceso continúa a lo largo del tiempo, la frecuencia y la intensidad de éstas conductas coercitivas se incrementa significativamente, debido a que las conductas agresivas por parte de los miembros de la familia son reforzadas. Además, el niño también observa a sus padres usando respuestas coercitivas. Esto provee la oportunidad de imitar la agresión por parte del niño (Patterson, 1982).

De acuerdo con este modelo, los comportamientos aversivos rudimentarios como llorar, están programados genéticamente en el recién nacido y son considerados altamente adaptativos en el sentido evolutivo, dado que ellos determinan el comportamiento de la madre que actúa de la manera necesaria para procurar la sobrevivencia del niño. Conforme los niños crecen, sustituyen sus comportamientos rudimentarios coercitivos por habilidades sociales y verbales socialmente más aceptadas. Sin embargo, hay ciertas condiciones que incrementan la propensión a que algunos niños continúen empleando estrategias de control aversivas.

El principal factor que facilita el desarrollo de un círculo coercitivo es tener estrategias parentales inefectivas de manejo conductual del niño. La desobediencia, por ejemplo, está es identificada por el padre como comportamiento negativo y resistente por parte del niño, esto frecuentemente deriva en que el padre cede ante la resistencia del niño a obedecer, lo que refuerza positivamente la conducta de desobediencia en el niño y negativamente la conducta de ceder en el padre.

Dado que el comportamiento disruptivo puede iniciar el círculo coercitivo y por consiguiente, aumentar la probabilidad de que esos comportamientos escalen a otros más problemáticos, es necesario intervenir de manera temprana con los cuidadores y los niños.

Algunos padres de los niños con problemas de conducta carecen de un conocimiento funcional para ejecutar adecuadamente prácticas disciplinarias efectivas y requieren de apoyo para el desarrollo de estas habilidades (McMahon & Forehand, 2003). Este apoyo es proporcionado por profesionales de la salud. Esta tarea forma parte de un esfuerzo por prevenir la ocurrencia de conductas disruptivas que se agravarían en el futuro de no ser tratadas a tiempo y que afectarían no solo a la persona que las presenta, si no a su familia y al resto de su entorno social.

Para llevar a cabo este nivel de prevención, y de ser el caso, de intervención, el profesional de la salud requiere de una adecuada capacitación que le permita contar con conocimientos y habilidades sobre manejo conductual infantil, que en su momento serán transmitidos a los padres que acuden a ellos solicitando sus servicios.



### **3. Sustento empírico del Entrenamiento a padres.**

El entrenamiento a padres es una intervención que se ha usado frecuentemente para tratar problemas de conducta en niños. Estas intervenciones se han aplicado de manera telefónica, individual, grupal y de manera auto-dirigida, resultando como las más efectivas las individuales y las grupales cara a cara (Sanders & Dadds, 1982).

Los entrenamientos llevados a cabo de manera grupal presentan una serie de ventajas. Herbet (1987) destaca tres de ellas. En primer lugar, las personas sin tener conocimientos sobre psicología pueden entender y aplicar los conceptos aprendidos. En segundo lugar, muchas personas pueden ser enseñadas al mismo tiempo, por lo que se reduce el costo. Y en tercer lugar, se necesita un periodo de entrenamiento relativamente corto para lograr cambios significativos.

Existen múltiples estudios que dan cuenta de la efectividad de los entrenamientos a padres como tratamiento para disminuir la presencia de conductas disruptivas en niños. Uno de ellos es una investigación llevada a cabo por McNeil, Watson, Henington y Meeks (2002). En este estudio los padres fueron entrenados para: definir operacionalmente los problemas conductuales, dando ejemplos de consecuencias y discutiendo la función del comportamiento; identificar los antecedentes y discutir conductas sustitutas; emplear procedimientos que incrementan el comportamiento adecuado y procedimientos que disminuyen el comportamiento inadecuado. El estudio incluyó viñetas en video en donde se les mostró a los participantes situaciones en las que los niños presentaban conductas problemáticas; posteriormente los participantes completaron el Cuestionario APQ (Alabama Parenting Questionnaire). De manera general, los participantes obtuvieron puntuaciones mayores en las dimensiones del instrumento que evaluaron los componentes de identificación de problema, análisis de problema y diseño de intervención, en la sesiones de entrenamiento en comparación con la evaluación previa a éste. Los autores concluyen que los padres pueden ser

entrenados para llevar a cabo análisis funcional de la conducta de sus hijos, identificando antecedentes y consecuencias y actuando en función de esto. Basado en los resultados de este estudio, los autores afirman que cuatro sesiones pueden ser suficientes para entrenar a los padres en identificar y evaluar funcionalmente el comportamiento inapropiado y diseñar intervenciones basadas en este análisis. (Mc Neil, et al. 2002).

Otro ejemplo de entrenamiento a padres es la serie de tres programas desarrollado por Reid y Webster-Stratton (2001). Cada uno de los programas de entrenamiento para padres, niños y maestros han sido empíricamente validados en grupos de niños de entre cuatro y siete años de edad con problemas de conducta (Brestan & Eyberg, 1998). Cada programa consiste en cerca de 200 viñetas en video con situaciones comunes enfrentadas por padres, maestros o niños. Las viñetas muestran maneras efectivas e inefectivas de manejar estas situaciones y proveen al grupo un marco de discusión sobre cómo solucionarlos. Cada programa contiene manuales de tratamiento detallado con listas cotejables de cada sesión, instrucciones específicas, los principios del programa, material de trabajo, libros y actividades prácticas. Esta intervención ha mostrado disminuir la conducta disruptiva en niños (Reid & Webster-Stratton, 2001).

Otro ejemplo de un entrenamiento efectivo es el desarrollado por De Rosier y Gillion (2007). Sus resultados muestran que las intervenciones de componentes múltiples no son superiores a las intervenciones sencillas. El tratamiento estuvo asociado a un mejoramiento en el funcionamiento de las habilidades de crianza en los padres y la conducta del niño. El aumento en las habilidades fue más consistente en lo referente a habilidades sociales, solución de problemas en padres y funcionamiento emocional del niño.

Una intervención que también contempla tratamientos con componentes múltiples y tratamientos sencillos es el realizado por Bor, Sanders y Dadds (2002). El estudio comparó la efectividad de una intervención compuesta con una

intervención estándar para padres y un grupo control en lista de espera (WL). Después de la intervención ambos grupos de entrenamiento estuvieron asociados con: niveles más bajos (57% menos en la intervención compuesta y 62% menos en la intervención sencilla) de problemas de conducta en niños reportados por sus padres; niveles más bajos (de 1.43 % a 0.62%) en prácticas parentales disfuncionales; y aumento en la competencia parental comparados con el grupo control. La intervención compuesta estuvo asociada una disminución de la conducta negativa observada en niños del 31.42% antes de la intervención a 16.85% después de la intervención, en comparación con la intervención sencilla, en donde la disminución fue de 30.59 a 22.69 y en comparación con el grupo control, donde no hubo disminución (23.78 a 22.23). Los cambios se mantuvieron a un año de seguimiento (Bor, et. al., 2002).

Danforth (1998) también demostró que un grupo de entrenamiento para padres de niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con comportamientos desafiantes y agresivos, redujeron el comportamiento hiperactivo de una puntuación en una escala de agresión percibida por los padres de 82.13 a 70.33 después de recibir la intervención. Así mismo, el comportamiento agresivo percibido se redujo de una puntuación 72.40 a 64.24. Los datos también indicaron una reducción en el estrés marital (de 110.36 a 98.71 puntos) en una escala de estrés marital (Danforth, Harvey, Ulaszek, & McKee, 2006).

El programa desarrollado por Hemphill y Littlefield (2000), también, ha sido efectivo para enseñar a los padres a manejar conducta disruptiva en los niños. Esta intervención comprendió un grupo de niños (entrenamiento en manejo de enojo, solución de problemas habilidades sociales); un grupo de padres (entrenamiento en habilidades parentales); y un grupo combinado de niños y padres (centrado en las interacciones padre-hijo). El programa redujo 44% los problemas externalizados de conducta, tales como agresión y comportamientos antisociales y 43% los problemas internalizados de conducta en niños, tales como ansiedad y depresión, y mejoró sus habilidades sociales en casa en un 70%, en

comparación con el grupo control quien obtuvo reducciones de 12% y 24% de problemas externalizados e internalizados de conducta respectivamente y una mejora de habilidades sociales en niños de 57%. No se encontraron diferencias entre tratamientos. El cambio en el comportamiento y la adquisición de habilidades en casa se mantuvieron en seguimientos de seis y doce meses (Hemphill & Littlefield, 2000).

Stemmler, Beelmann, Jaurscch y Lösel (2007) en un estudio que incluía un grupo control y uno experimental, encontraron efectos significativos a los dos y tres meses y a un año después de la intervención. El entrenamiento mostró un estilo de crianza más positivo y menos disciplina inconsistente (Stemmler, et al., 2007).

De manera general, los entrenamientos a padres están enfocados en desarrollar una serie de habilidades de crianza positiva, entre las cuales se encuentran: atención positiva de los padres a los niños durante la interacción y el juego, brindar reforzamiento positivo para la conducta adaptativa y prosocial, emplear disciplina consistente, usar procedimientos como tiempo-fuera, costo de respuesta, pérdida de privilegios, establecimiento de actividades (Lochman, 2000), peticiones y demandas claras, establecimiento de límites, manejo del estrés y promoción de relaciones sociales con la familia y amigos (Stemmler, et al., 2007). Estos componentes se basan en principios de cambio conductual y aprendizaje (Scahill, et al. 2006) y han resultado ser efectivos al incluirse en los entrenamientos a padres.

En México, también existen investigaciones que muestran los componentes de una intervención efectiva en manejo conductual infantil. En 2001, Ayala y cols., publicaron un estudio donde evaluaron la efectividad de 8 programas de intervención conductuales dirigidos a modificar el comportamiento agresivo en niños. Estas intervenciones incluyeron entrenamiento a padres de niños pequeños (6 – 9 años), entrenamiento a padres de niños grandes (10 – 13 años) y entrenamiento conductual en el aula a profesores, entre otros. Estos

entrenamientos incluyeron componentes como principios básicos para promover conducta positiva, interacción social, seguimiento instruccional, supervisión y monitoreo de la conducta, corrección del comportamiento, elogio y establecimiento de reglas. Para cada uno de los componentes se tomaron mediciones directas de la conducta antes y después de la intervención. En el caso de interacción social, conductas como “contacto visual”, aumentaron de un 5% a un 48%, “premiar” aumentó de un 83% a un 100% y “contacto físico positivo” aumentó de un 0% a un 25%. En cuanto a seguimiento instruccional, la obediencia de los niños participantes aumentó de un 11% a un 25%. De manera general, todas las intervenciones descritas en la investigación, mostraron efectividad al reducir la conducta agresiva en los niños participantes.

Después de investigación previa, Morales, 2001 publicó un manual de capacitación a padres para el manejo de problemas de conducta infantil, donde se promovieron procedimientos como actividades planeadas, análisis funcional del comportamiento inapropiado, seguimiento instruccional y habilidades de interacción social y académica. Esta intervención fue evaluada mediante un diseño cuasi-experimental pre-post en el que participaron 20 padres, por medio de un sistema de observación directa basada en registros de intervalo parcial de tiempo y listas cotejables a través de viñetas conductuales de evaluación con ensayos conductuales.

Los resultados del estudio indicaron que las habilidades de interacción social y académica aumentaron de un 22% a un 59% en promedio; las estrategias de seguimiento instruccional incrementaron de un promedio de 20% en línea base a un 90% después de la intervención. Se adquirieron las habilidades para el establecimiento de reglas, ya que incrementaron de 0% al 70%. Los padres también aprendieron a controlar conducta inapropiada aumentando sus habilidades de un 5% a un 85% en promedio y la estrategia de elogio aumentó de un 0% a un 90%, después de la intervención. Finalmente, en cuanto a la validez social del programa, los padres reportaron un 80% de satisfacción con las metas

acordadas entre el terapeuta y los participantes del programa; un 87% de satisfacción con los procedimientos aprendidos, ya que los participantes los calificaron de sencillos y fáciles de recordar y aplicar; y un 83% de satisfacción con los resultados alcanzados por medio del programa, es decir, con los cambios de conducta en los niños alcanzado por medio del esfuerzo y la adquisición de habilidades por parte de los padres participantes. Estos resultados son importantes ya que, no solo los datos duros apuntan a un aumento de habilidades en los padres y mejoramiento de la conducta de los niños, sino que son las mismas familias las que reportan la significancia clínica de este tipo de intervenciones.

Recientemente, Morales (en prensa) re-evaluó la actualidad del modelo con 39 padres de familia, a través de un diseño cuasi-experimental pre-post, con viñetas de evaluación a través de auto-reporte. Los resultados del estudio indicaron que después de la intervención incrementó el porcentaje de padres que reportaron estrategias globales apropiadas de manejo de problemas de conducta en la infancia de un promedio de 29% al 53% de ellos, después de la intervención. El porcentaje de padres que reportaron estrategias de seguimiento instruccional incremento de un 11%, en promedio, antes de la intervención a un 51% de ellos después de la misma. Los porcentajes de padres que reportaron estrategias adecuadas de manejo conductual *antes* de la intervención variaron entre 0 a 32% de ellos en las diversas categorías de evaluación (p. ej., durante la comida, antes de dormir o cuando van de visita) y entre el 25 y el 100% de participantes, después de la misma. Los resultados también permitieron identificar que el 13% de los padres indicó un establecimiento adecuado de reglas antes de la intervención que incrementó hasta el 58% de ellos con estrategias adecuadas de este tipo después de la misma. También se encontró un incremento en el porcentaje de padres que demostraron un aprendizaje de habilidades para controlar la conducta de berrinche y protesta de sus hijos de un 19% antes a un 56% de ellos después del estudio. Del mismo modo, se encontró un aumento en el número de padres que indicaron estrategias adecuadas de elogio ante la

conducta apropiada de sus hijos de un 78% a un 100% de participantes, después del programa de capacitación. Finalmente y también mediante un su auto-reporte, los padres indicaron un decremento significativo (al 0%) del comportamiento inadecuado en sus hijos durante la aplicación del programa.

La mayoría de los padres de niños con problemas de conducta buscan ayuda por comportamientos de desobediencia y agresión que surgen en casa. Sin embargo, del 50% al 60% de los niños diagnosticados con Trastorno negativista desafiante o Trastorno disocial, también muestran problemas de conducta significativos con maestros y compañeros de escuela (Webster-Stratton, 1990). De esta manera, es claro que los padres no son las únicas personas que se enfrentan al manejo de la conducta de los niños, sino que profesionales como los maestros, también necesitan contar con habilidades que les permitan promover conducta adecuada en los niños.

Baker (1998) siguiendo una visión ecológica, sugiere que el mal comportamiento de los niños es el resultado de una compleja interacción entre los atributos del niño, las características e historia de su familia y el ambiente escolar, en especial la relación maestro-niño. Aunque muchos maestros piensan que el mal comportamiento es originado en casa y que no puede ser corregido en la escuela, la literatura sugiere que en las escuelas, específicamente la conducta de los maestros, puede y tiene influencia sobre el comportamiento de los niños.

De acuerdo con la perspectiva conductual, en el contexto escolar, el mal comportamiento es perpetuado por las recompensas, especialmente, la atención de los maestros, aún cuando esta atención sea negativa. Para evitar estas consecuencias mal adaptativas, los maestros son entrenados para crear situaciones en las cuales el niño reciba reforzamiento positivo por el buen comportamiento y que se ignore el mal comportamiento. Bajo estas condiciones, la frecuencia de conductas positivas aumentará, mientras que la frecuencia de conductas negativas disminuirá (Schloss & Smith, 1994).

Considerando lo anterior, resulta relevante el capacitar a cuidadores como lo son los maestros para que manejen de manera efectiva la conducta de los niños en el contexto escolar. En la medida en que esto se logre, la calidad de la interacción del niño con el maestro y con otros compañeros mejorará y hará que el ambiente escolar sea un ambiente positivo y efectivo en cuanto a aprendizaje e interacciones sociales.

Numerosos estudios han investigado los efectos de entrenar a maestros para determinar la relación funcional entre la conducta problema y sus antecedentes y consecuencias. Sasso, et al. (1992), por ejemplo, llevaron a cabo un estudio en el cual los maestros fueron entrenados para efectuar el análisis funcional de la conducta de dos niños con autismo que exhibían comportamientos disruptivos, con la finalidad de determinar una intervención apropiada. Los maestros fueron entrenados para identificar antecedentes y consecuencias de la conducta en dos sesiones de una hora. Las sesiones consistieron en ejemplos de conductas dados por el investigador; los maestros codificaban las conductas y recibían retroalimentación por parte del investigador. Para determinar la intervención apropiada que se debía implementar, los maestros fueron entrenados en análisis dentro del salón de clases. Esto incluyó el controlar las condiciones antecedentes y consecuentes que tienen un papel importante en el problema de conducta. El estudio sugiere que los maestros pueden ser entrenados apropiadamente para identificar antecedentes y consecuencias del comportamiento inadecuado y determinar las maneras de disminuirlo (Mc Neil, et al. 2002).

Webster-Stratton, Reid, y Hammond, (2004) añadieron un entrenamiento a profesores a un plan de tratamiento a padres. Observaciones en el salón indicaron disminuciones significativas en la conducta agresiva hacia los compañeros en la escuela, comparados con los niños que no recibieron el componente de entrenamiento a profesores. Estos datos indican que para niños cuyos problemas de conducta son generalizados en casa, con los compañeros y maestros, el



entrenamiento a padres resultará más efectivo cuando se ofrece en combinación con entrenamientos al niño y a los maestros (Webster-Stratton, et al. 2004).

Dado el impacto que tienen tanto las prácticas de crianza de los padres, como las prácticas disciplinarias y de interacción de los maestros y cuidadores en la conducta de los niños, algunos investigadores se han interesado por generar intervenciones efectivas y que puedan ser aplicadas en padres y cuidadores con la finalidad de mejorar la conducta de sus hijos. Estas intervenciones son proporcionadas por profesionales de la salud, quienes deben contar con el conocimiento y las habilidades necesarias para brindar un servicio efectivo y de calidad.

#### **4. Métodos de evaluación de la adquisición de habilidades de manejo conductual infantil**

Cada vez es más común que los padres de niños con problemas de conducta acudan a profesionales de la salud para solicitar su servicio en cuanto a manejo conductual infantil se refiere. Aunque muchas instituciones públicas y privadas se encuentran brindando esta clase de servicios, muy pocas se dan a la tarea de evaluar los efectos que estas intervenciones tienen en la familia que las recibe (Matthews & Hudson, 2001).

Los profesionales de la salud deben ser capaces de demostrar la efectividad de las intervenciones que brindan; deben ser capaces de demostrar que las intervenciones arrojan resultados positivos y que no causa daño alguno a las personas que lo reciben. Es importante que las habilidades que se promueven en los programas de entrenamiento a padres sean evaluadas con el propósito de comprobar la eficacia y la efectividad de estos programas (Matthews & Hudson, 2001).

La evaluación permite la selección de habilidades apropiadas para que los padres aprendan. Mientras crece la investigación sobre estas intervenciones, los entrenamientos a padres se nutren de información basada en evidencia sobre las estrategias de crianza más efectivas y aceptables.

La evaluación de los resultados es la medida que permite conocer si el programa es exitoso, además de qué aspectos de la evaluación deben continuar en futuros programas y cuáles necesitan ser cambiados. La aplicación de conocimiento aprendido sobre el proceso de evaluación lleva a la revisión, refinamiento y más tarde al mejoramiento del programa, resultando en el incremento de su efectividad (Matthews & Hudson, 2001).

La forma más confiable de medición ha sido la observación directa de la conducta; sin embargo ha implicado una inversión en tiempo que muchas veces sobrepasa los recursos de los terapeutas (Dadds, Maujean & Fraser, 2003). A pesar de que es uno de los mejores métodos de medición de la conducta, la observación directa puede producir reactividad sobre todo en la conducta de los niños, haciendo que la observación se encuentre en riesgo de perder validez.

Deben preferirse las técnicas de observación directa sobre todo cuando es posible la evaluación a través de ellas. Sin embargo, dadas las dificultades que la observación directa representa, se han creado instrumentos con el fin de evaluar de manera lo más precisa y válida posible la conducta de los padres e hijos sin necesidad de observarlos directamente, para realizar el proceso de evaluación con menos costo en tiempo y recursos económicos y humanos (Dadds, et al., 2003).

Entre los instrumentos que se ha demostrado que son confiables se encuentran la Escala de Manejo de la Conducta Infantil (Management of Children's Behavior Scale;  $\alpha=0.84$ ; Perepletchicova & Kazdin, 2004) y el Cuestionario de Padres de Alabama (Alabama Parent Questionnaire; involucramiento positivo  $\alpha=0.85$ , disciplina negativa/inefectiva  $\alpha=0.70$ ; monitoreo deficiente  $\alpha=0.72$ ; Hawes & Dadds, 2006) y, en México, la Escala de Prácticas Parentales de la Mamá (Comunicación  $\alpha=0.92$ , Autonomía  $\alpha=0.86$ , Imposición  $\alpha=0.81$ , Control Psicológico  $\alpha=0.80$  y Control Conductual  $\alpha=0.84$ ) y del Papá (Comunicación/Control Conductual  $\alpha=0.97$ , Autonomía  $\alpha=0.94$ , Imposición  $\alpha=0.90$  y Control Psicológico  $\alpha=0.90$  (Andrade & Betancourt, 2008). Dado que el alfa ( $\alpha$ ) es un índice de confiabilidad que da cuenta de la consistencia interna de los reactivos de estos instrumentos, es de considerar que los datos reportados para estos instrumentos y sus escalas, indican que se trata de instrumentos que son seguros de emplear dada su alta consistencia y estabilidad.

Otra medición indirecta de la aplicación de habilidades podría involucrar problemas hipotéticos a resolver en escenarios de acción de padres tanto en formato escrito, como de audio o video-grabación (Matthews & Hudson, 2001).

Matthews y Hudson (2001) audiograbaron las soluciones dadas por las madres a nueve descripciones escritas de una variedad de problemas de manejo infantil. Este tipo de medidas son denominadas indirectas ya que no evalúan la aplicación directa de los principios adquiridos en el entrenamiento por los padres en situaciones con sus hijos en un escenario clínico o natural, pero reflejan la adquisición de conocimientos sobre las habilidades pertinentes de aplicación.

Recientemente en México, se ha validado un instrumento que mide de manera indirecta la adquisición de habilidades de manejo conductual infantil. Este instrumento llamado “Cuestionario de Habilidades de Manejo Infantil basado en situaciones hipotéticas de crianza” (Morales, Félix & Rosas, en prensa) ha resultado ser una manera confiable ( $\alpha=0.63$  y confiabilidad entre observadores mayor a .80) de comprobar si los padres sometidos a un entrenamiento de manejo conductual infantil adquieren o no los conocimientos sobre las habilidades que se requieren para manejar efectivamente la conducta de sus hijos.

El “Cuestionario de Habilidades de Manejo Infantil basado en situaciones hipotéticas de crianza” es un instrumento de 17 situaciones hipotéticas relacionadas con habilidades basadas en principios conductuales que los adultos pueden utilizar para resolver situaciones problemáticas con los niños. El cuestionario incluye una hoja de calificación para cada respuesta de los participantes.

Instrumentos como el anterior, hacen posible la medición de la efectividad de una intervención. El monitoreo de los resultados de la intervención es un elemento crucial a fin de mantener un nivel alto en cuanto a la calidad de la intervención, (Verduyn & Verduyn, 2006) lo que deriva en un continuo mejoramiento de la calidad de los programas ofrecidos por profesionales de la salud.

Es común que la efectividad de las intervenciones se mida a través de los resultados en los participantes, que en la mayoría de los casos son cuidadores o

padres de familia. Sin embargo, existe una carencia en la literatura sobre investigaciones que reporten que las habilidades que son enseñadas a los participantes de estas intervenciones fueron previamente adquiridas de manera adecuada por los profesionales que las imparten. Se debe probar la competencia del profesional de la salud para la capacitación de las habilidades de crianza, y asegurar que el trabajo que éste realice con los padres, cuidadores o incluso otros profesionales, sea de calidad y sobre todo efectivo.

Debido a la importancia que tiene la evaluación de las intervenciones que brindan los profesionales de la salud en cuanto a manejo de conducta infantil, y sus consecuencias en el desarrollo prosocial del niño, el presente trabajo tiene como objetivo evaluar la adquisición de conocimientos y habilidades de manejo conductual infantil por los profesionales de la salud, a partir de la capacitación en un entrenamiento a padres. Así mismo, se evaluará la efectividad de la aplicación de los seis componentes del taller: Interacción social y académica; instrucciones claras; corrección de comportamiento y consecuencias negativas; actividades planeadas, organización y manejo del tiempo; establecimiento de reglas; y solución de conflictos en la familia.

## MÉTODO

### *Participantes*

Se trabajó con 340 profesionales de la Secretaría de Salud elegidos mediante un muestreo por cuota, divididos en grupos de n variable dependiendo del lugar en donde se realizó la capacitación. La muestra estuvo conformada por 256 (75.3%) mujeres y 84 (24.7%) hombres, que incluyeron médicos, enfermeros psicólogos, trabajadores sociales y otras profesiones, procedentes de Boca del Río (20%, n= 68), Chetumal (2.4%, n=8), Chiapas (6.2%, n=21), Ciudad Obregón (11.8%, n=40), León (9.7%, n=33), Morelia (10.3%, n=35), Poza Rica (15.9%, n=54), San Juan (10%, n=34), Jalapa (4.1%, n=14) y Zacatecas (9.7%, n=33), con una media de edad de 30.44 años y un rango de edad que va de los 18 a los 78 años. De esta muestra, 224 (65.9%) eran profesionales y 116 (34.1%) eran estudiantes de alguna licenciatura relacionada con la salud. Los porcentajes de género y ocupación por estado se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Muestra los porcentajes de ocupación y género para cada lugar de procedencia de los participantes

Lugar de procedencia	Ocupación		Género	
	Profesional	Estudiante	Hombre	Mujer
<b>Boca del Río</b>	30.04	0	27.7	17.6
<b>Chetumal</b>	3.6	0	1.2	2.7
<b>Chiapas</b>	0	18.1	3.6	7.0
<b>Ciudad Obregón</b>	17.9	0	20.5	9.0
<b>León</b>	14.7	0	7.2	10.5
<b>Morelia</b>	15.6	0	2.4	12.9
<b>Poza Rica</b>	3.1	40.5	6.0	19.1
<b>San Juan</b>	0	29.3	13.3	9.0
<b>Jalapa</b>	0	12.1	1.2	5.1
<b>Zacatecas</b>	14.7	0	16.9	7.0
<b>Total</b>	100	100	100	100

### *Instrumentos*

Se empleó el Cuestionario de habilidades de manejo infantil basado en situaciones hipotéticas de crianza (Morales, et al, en prensa) (ver Anexo 1). Dicho instrumento está constituido por 17 reactivos de respuesta abierta, los cuales evalúan qué haría el profesional de la salud o el estudiante en caso de que se les presentara una situación igual a la descrita en el reactivo. Es un instrumento de ejecución típica, de lápiz y papel que puede ser aplicado de forma individual o colectivamente y tiene una duración aproximada de aplicación de 30 minutos. Este instrumento abarca las dimensiones de Ignorar como habilidad para promover conducta adecuada (reactivos 4, 5 y 6), Elogio (reactivos 8 y 9), Instrucciones claras, solución de problemas y establecimiento de reglas (reactivos 12, 15, 16 y 17), Corrección de comportamiento I (reactivos 1, 2 y 3), Interacción social-académica (reactivos 13 y 14) y Corrección del comportamiento II (reactivos 10 y 11).

Para la codificación de respuestas se asignan tres posibles valores dependiendo del nivel de conocimiento sobre el empleo de la habilidad: 0 = no describe ningún elemento de la habilidad o describe la habilidad equivocada; 1 = describe la habilidad parcialmente o tiene una idea cercana a ella; y 2 = describe completamente la habilidad sugerida en el taller (ver Anexo 2).

La codificación se lleva a cabo con respecto al apego a criterios de descripción de las habilidades que se requieren para el manejo de problemas de conducta en la Infancia. La codificación se realiza por dos evaluadores de manera separada y se obtiene el índice de fiabilidad entre observadores mediante la siguiente fórmula:

$$A/A+D \times 100$$

Rosas (2010) y Morales, Félix y Rosas (2009, en prensa) validaron este instrumento, obteniendo confiabilidad entre evaluadores de .92 en Boca de Río, .90 en Chetumal, .91 en Chiapas, .90 en Ciudad Obregón, .88 en León, .89 en Morelia, .90 en Poza Rica, .88 en San Juan, .88 en Jalapa y .93 en Zacatecas. Así

mismo, se reporta un coeficiente de confiabilidad de 0.63 y comunalidades, es decir, correlaciones entre reactivos, mayores a .30. La varianza explicada, que indica el porcentaje de la variación de las respuestas que es debido a los reactivos y no al azar, es de 55% y el instrumento se divide en seis factores. Estos datos indican que el instrumento tiene una aceptable consistencia interna.

### *Procedimiento*

Se trabajó en Centros de Salud y escuelas de las diferentes entidades participantes, en donde se acondicionaron aulas para llevar a cabo la capacitación.

El taller fue impartido en una sola sesión de 8 horas. En primer lugar, se realizó la presentación del taller por parte de los capacitadores, enseguida se les repartió a cada uno de los participantes el “Cuestionario de habilidades de manejo infantil basado en situaciones hipotéticas de crianza”. El capacitador indicó a los participantes que el ejercicio tenía como finalidad el conocer cómo responderían a situaciones que se pueden presentar en la vida cotidiana de las familias, que no hay respuestas correctas o incorrectas, que no se pretendía juzgar sus prácticas de crianza y que la información proporcionada sería tratada con confidencialidad. Una vez especificada esta información, el capacitador procedió a leer junto con los participantes las instrucciones del instrumento:

*“Las siguientes preguntas se refieren a situaciones que pueden ocurrir en cualquier familia. Trate de contestarlas con el mayor detalle posible, **explicando que es lo que sería aconsejable que los padres hicieran en esos momentos.** No hay respuestas correctas o incorrectas. Lo que nos interesa saber es: ¿qué es lo que usted considera podrían hacer los padres en estas situaciones? Si tiene dudas, pregunte al aplicador. Si se encuentra listo, comience ahora.”*



Una vez que los participantes expresaron que no tener ninguna duda, comenzaron a contestar el instrumento, mismo que entregaron al capacitador al terminar de contestarlo. Para esta actividad, el tiempo estimado de duración fue de 45 minutos.

Posteriormente se les impartió el Taller “Módulo de Orientación para el Manejo de Problemas en la Infancia y la Promoción de la Salud Familiar”. La capacitación a profesionales se llevó a cabo en una sesión de ocho horas y fue dividida en cuatro partes principales:

#### Parte 1. Análisis funcional

Se presentó de manera interactiva a los participantes una breve introducción a los estilos de crianza positiva como un factor protector para las adicciones, mediante la exposición por parte del capacitador. Dicha introducción tomó 15 minutos aproximadamente.

Enseguida se trató el tema del cambio de comportamiento mediante la identificación del contexto, las conductas y las consecuencias. Se trata del análisis detallado de la relación entre el comportamiento del niño y los elementos contextuales que lo establecen y lo mantienen.

El participante llenó un registro en el que identificó el antecedente, la conducta y la consecuencia de una conducta en particular y posteriormente identificó los factores que mantienen la conducta. Esto se realizó con la finalidad de que el participante comprendiera que la conducta de los niños tiene que ver con los antecedentes y las consecuencias que reciben a ésta.

Para este tema se realizó un ensayo del registro CCC (contexto, conducta y consecuencia), mediante modelamiento por parte del capacitador, ensayo

conductual con los participantes y retroalimentación de su desempeño. Para esta actividad, el tiempo aproximado de duración fue de 60 minutos.

Una vez concluida esta actividad se otorgó un receso de 15 minutos.

## Parte 2. Interacción social e instrucciones claras

Para tratar el tema de Interacción social, se realizó una actividad de pre interacción, donde los participantes interactuaban libremente entre sí.

Una vez concluida esta actividad, el capacitador realizó la presentación de los contenidos del tema, mismos que modeló a los participantes con conductas como mirar a los ojos, sonreír, reír junto con el otro, hacerlo reír, compartir, platicar sin cuestionar y elogiar. Posteriormente los participantes realizaron la actividad de post interacción mediante un ensayo conductual y finalmente fueron retroalimentados sobre su desempeño. Para esta actividad, el tiempo estimado de duración fue de 45 minutos.

El siguiente tema que se trató fue el de Instrucciones claras, que consiste en la obtención de atención previa a la indicación de una instrucción clara, la espera de obediencia del niño por parte de los padres y el fortalecimiento de la conducta por medio del elogio.

Este tema se presentó de manera interactiva a los participantes y posteriormente se procedió a realizar un ensayo conductual mediante el modelamiento de las conductas adecuadas por parte del capacitador, la participación de las personas en el ensayo y finalmente la retroalimentación de su desempeño. Para esta actividad se emplearon 60 minutos aproximadamente.

Una vez concluida esta actividad, se otorgó un receso de 15 minutos a los participantes.

### Parte 3. Interacción académica; Corrección de comportamiento y consecuencias negativas; y Actividades planeadas

Se realizó la presentación interactiva de los contenidos del tema Interacción académica y posteriormente se realizó el modelamiento de las conductas correspondientes a este componente, tales como interacción social, seguimiento instruccional y corrección durante la actividad académica del niño. Para esta actividad se emplearon 15 minutos.

Posteriormente, se realizó la presentación interactiva del tema Corrección de comportamiento y consecuencias negativas. Se modeló la habilidad de ignorar conducta inadecuada y se retroalimentó a los participantes. Para esta actividad se invirtieron 30 minutos.

Se presentó de manera interactiva el tema Actividades planeadas, organización y manejo del tiempo: Enseñanza incidental. El capacitador modeló las conductas adecuadas para este procedimiento como son la identificación de situaciones de riesgo para la conducta inapropiada infantil, el involucramiento del niño en actividades por medio de la enseñanza incidental, el establecimiento de reglas, la preparación y organización de actividades planeadas y supervisadas y la selección de incentivos prácticos para la motivación de conducta deseada. Posteriormente los participantes realizaron un ensayo conductual de estos procedimientos y finalmente fueron retroalimentados. Esta actividad duró aproximadamente 60 minutos.

Una vez concluida esta parte, se les otorgó un receso de 15 minutos a los participantes.

#### Parte 4. Establecimientos de reglas y Solución de conflictos

El capacitador realizó la presentación interactiva del tema Establecimiento de reglas. Se modelaron las conductas de este procedimiento y se llevó a cabo un ensayo con los participantes en el que se elaboraron cuatro reglas para situaciones de riesgo y se ensayó el establecimiento de las mismas. Finalmente se retroalimentó el desempeño de los participantes. Esta actividad tuvo una duración de 45 minutos aproximadamente.

Se realizó la presentación interactiva del componente Solución de conflictos; se modelaron las conductas adecuadas para llevarlo a cabo y se retroalimentó la participación de los asistentes. Para esta actividad se emplearon aproximadamente 30 minutos.

Finalmente se presentaron las conclusiones de la capacitación y se habló sobre la calidad del ambiente familiar como protector del comportamiento antisocial y las adicciones.

Una vez concluido el taller, los participantes contestaron nuevamente el “Cuestionario de habilidades de manejo infantil basado en situaciones hipotéticas de crianza”. Para esta última actividad se emplearon 45 minutos aproximadamente.

Se empleó un diseño cuasiexperimental pretest-posttest, considerando las variables de género y ocupación.

## RESULTADOS

A continuación se describen los resultados obtenidos por los participantes a partir de la evaluación inicial y posterior al programa de capacitación. En primer lugar, se presentan los resultados globales y por cada dimensión del puntaje total de conocimientos y habilidades de manejo del comportamiento infantil obtenidos por la muestra. En segundo lugar se presentan los resultados por género tanto globales como por cada dimensión de los conocimientos y habilidades de manejo conductual infantil. Finalmente, se presentan los resultados por ocupación tanto globales como por cada dimensión de las habilidades y conocimientos de manejo conductual infantil.

La Figura 1 muestra las medias de las puntuaciones totales obtenidas en el instrumento antes y después del programa de capacitación, el asterisco indica que las diferencias fueron estadísticamente significativas al .05. En el pretest los participantes obtuvieron una media de puntuación de 6.58, mientras que en el postest, esta media resultó de 15.72, el máximo puntaje posible es de 34 puntos. Este aumento fue de 9.14 puntos y se analizó mediante una prueba T, resultando significativo [ $t(241) = 30.125$ ;  $p = 0.000$ ].

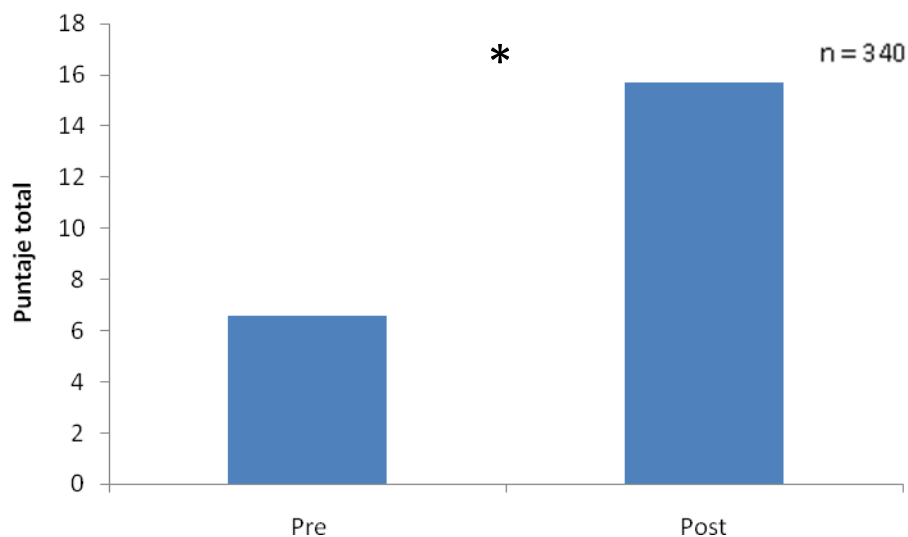


Figura 1. Representa las medias generales de los puntajes de la muestra total en las evaluaciones inicial y posterior al programa de capacitación.

A continuación se presentan las medias de los puntajes obtenidas por la muestra total para cada uno de las siguientes escalas antes (en color azul) y después (en color rojo) de la intervención, los asteriscos indican que las diferencias fueron estadísticamente significativas al .05 (Figura 2): Ignorar como habilidad para promover conducta adecuada; Elogio; Instrucciones claras, Solución de problemas y establecimiento de reglas; Corrección del comportamiento I; Interacción social-académica; y Corrección del comportamiento II. Las diferencias fueron analizadas mediante una prueba T.

Para el componente “Ignorar como habilidad para promover conducta adecuada” (Escala 1) la media antes de la intervención fue de .646 y después de la intervención fue de 3.176, esta diferencia resultó significativa [ $t(265) = -23.285$ ;  $p = 0.000$ ].

En el componente “Elogio” (Escala 2) la media en el pretest fue de 1.516, mientras que en el postest la media fue de 1.879, siendo esta diferencia estadísticamente significativa [ $t(264) = -5.776$ ;  $p = 0.000$ ].

En el componente “Instrucciones claras, solución de problemas y establecimiento de reglas” (Escala 3) la media obtenida por los participantes en el pretest fue de 1.180, mientras que en el postest la media obtenida fue de 4.0, resultando una diferencia significativa [ $t(248) = -24.305$ ;  $p = 0.000$ ].

Para el componente “Corrección de comportamiento I” (Escala 4) la media obtenida en el pretest fue de 0.431 y la media del postest fue de 1.232, lo que arrojó una diferencia significativa [ $t(270) = -9.505$ ;  $p = 0.000$ ].

En el componente “Interacción social-académica” (Escala 5) la media en el pretest fue de 1.030 y la media en el postest fue de 2.277, esta diferencia resultó significativa [ $t(262) = -16.189$ ;  $p = 0.000$ ].

Finalmente, en el componente “Corrección de comportamiento II” (Escala 6), la media obtenida en el pretest fue de 1.353, mientras que la media obtenida en el postest fue de 1.992, resultando esta diferencia estadísticamente significativa [t(262)= -9.249 ; p= 0.000].

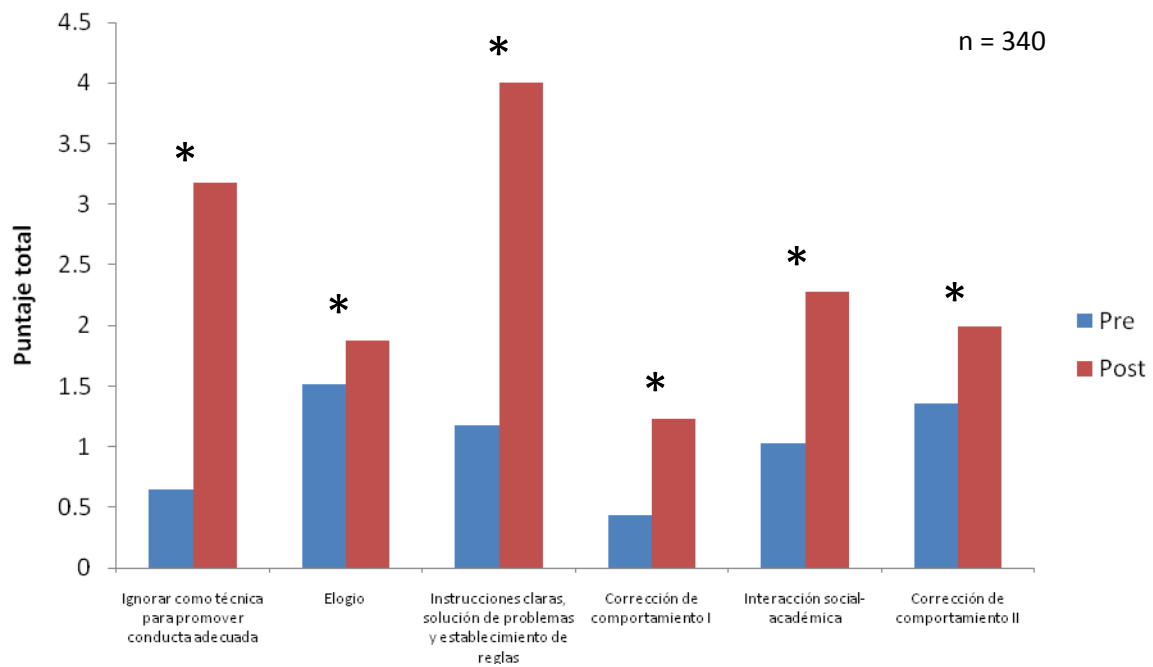


Figura 2. Representa las medias obtenidas por la muestra total para cada escala antes y después de la intervención.

### *Comparación por género*

Dados los datos reportados en la literatura sobre la alta participación de las mujeres en programas comunitarios y por consiguiente la escasa participación de los hombres en estos, resulta importante comparar la adquisición de conocimientos en estos dos sectores, con la finalidad de conocer si el género es una variable que interviene en dicha adquisición y por tanto pudiera estar comprometiendo diferencias en la capacitación de hombres y mujeres respecto a habilidades de manejo conductual infantil.

Para ello, se realizaron análisis para comparar las puntuaciones obtenidas tanto en el pretest como en el postest entre hombres y mujeres. Posteriormente se comparan estos dos grupos en cada uno de los componentes del cuestionario.

En la Figura 3 se presentan las medias globales obtenidas por cada grupo. En el pretest, los hombres (en color azul) obtuvieron una media de 6.092, mientras que las mujeres (en color rojo) obtuvieron una media de 6.733, lo que implica una diferencia de .641. Después de haber recibido la intervención, los hombres obtuvieron una media de 13.887, mientras que las mujeres obtuvieron una media de 16.113, siendo la diferencia 2.226.

Estos datos fueron analizados mediante un ANOVA de medidas repetidas, encontrándose que las diferencias entre los puntajes del pretest y del postest resultaron significativas, siendo los puntajes del postest significativamente mayores que los del pretest tanto en hombres como en mujeres [ $F(1)= 655.332$ ,  $p=.000$ ]. Las diferencias de puntajes por género también resultaron significativas, siendo las mujeres quienes obtuvieron mayores puntuaciones tanto en pretest como en postest [ $F(1)= 13.197$ ,  $p=.000$ ]. Finalmente, se encontraron efectos de interacción entre la condición pretest-postest y el género [ $F(1,1)= 6.265$ ,  $p=.013$ ].



Los resultados anteriores reflejan que las mujeres obtienen mayores puntuaciones en pretest y en postest que los hombres, sin embargo, ambos grupos incrementan significativamente sus puntajes después de recibir la intervención.

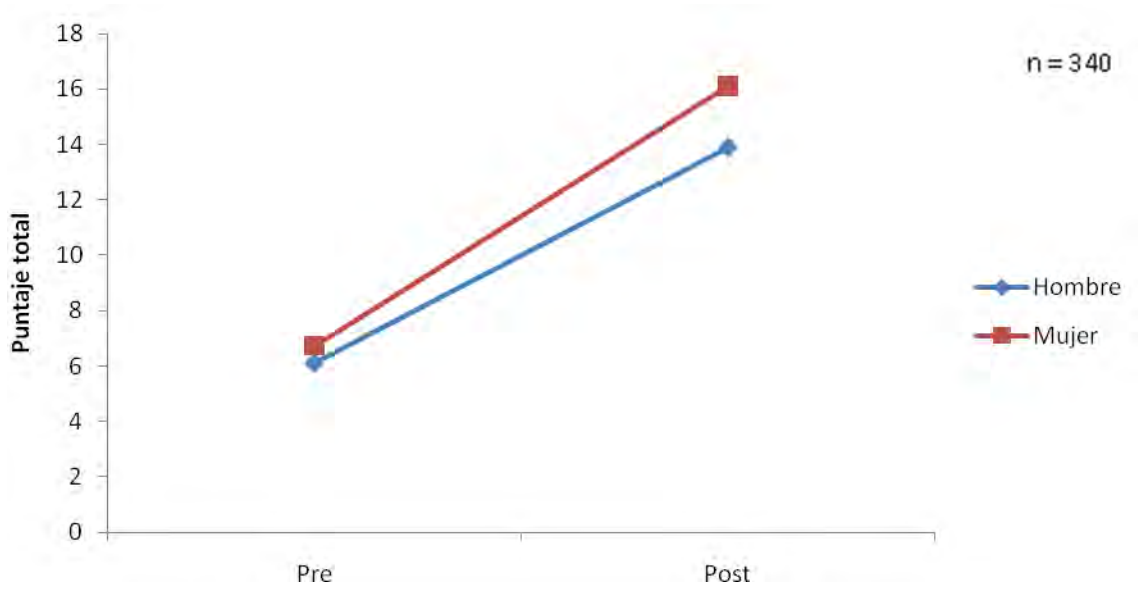
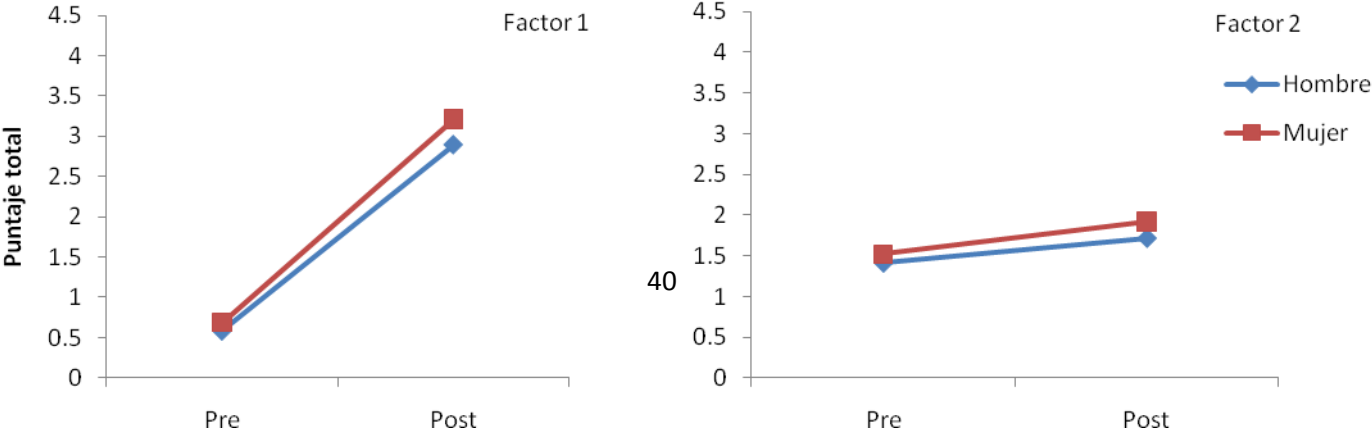


Figura 3. Representa las medias de los puntajes obtenidos por hombres y mujeres, antes y después de recibir la intervención.

A continuación se presentan las medias obtenidas por hombres (en color azul) y mujeres (en color rojo) en cada componente del instrumento antes y después de recibir la capacitación (Figura 4).

Estos datos fueron analizados con un ANOVA de medidas repetidas para cada escala del instrumento.



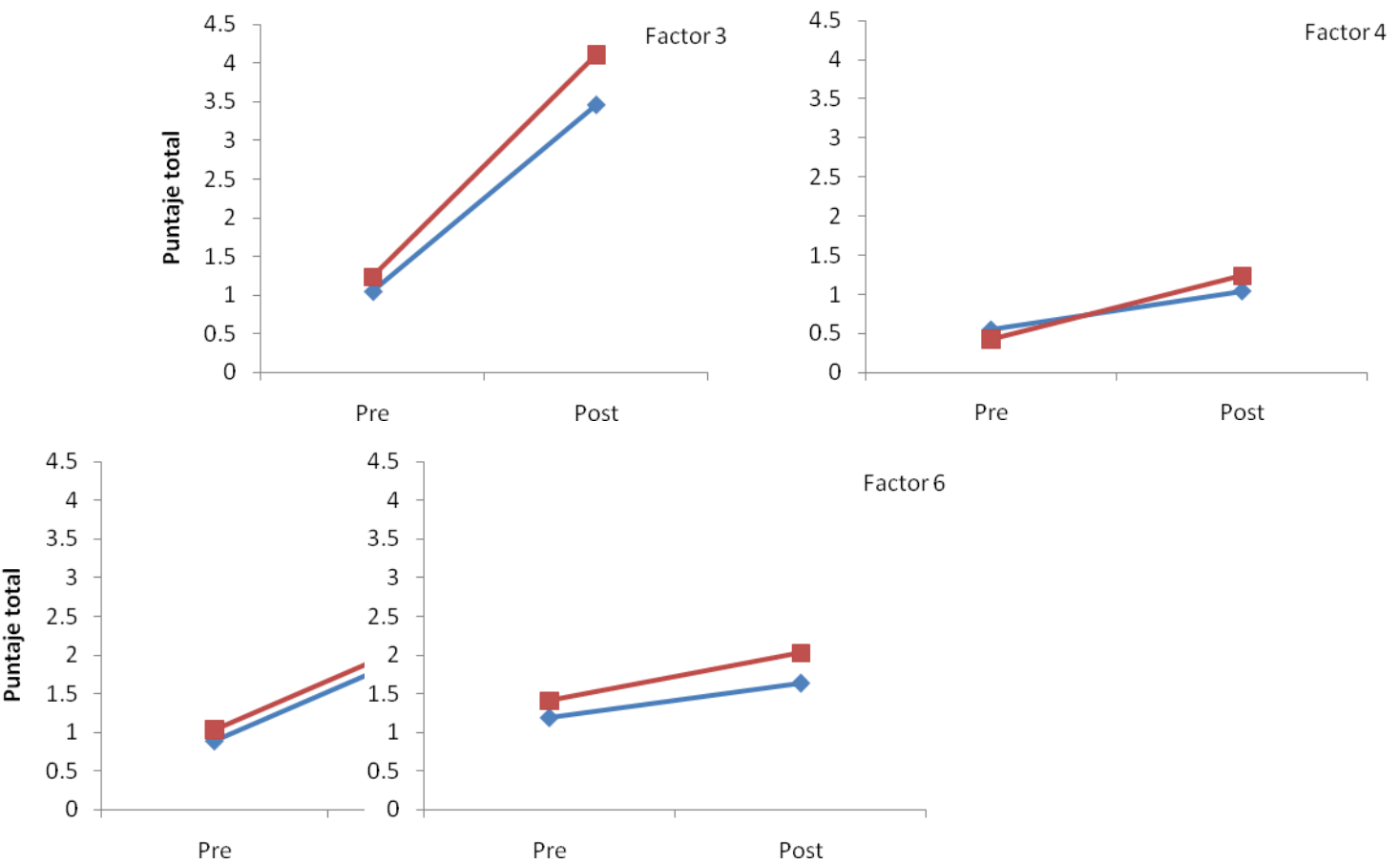


Figura 4. Representa las medias de los puntajes obtenidos por hombres y mujeres antes y después de recibir la intervención en los componentes “Ignorar como habilidad para promover conducta adecuada”, “Elogio”, “Instrucciones claras, solución de problemas y establecimiento de reglas”, “Corrección de comportamiento I”, “Interacción social-académica” y “Corrección de comportamiento II” del cuestionario.

El análisis de varianza mostró que el promedio de conocimientos para utilizar la habilidad de Ignorar (Escala 1) obtenido por los hombres fue menor (.584) que le de las mujeres (.685) antes de la intervención; después de la intervención, los

hombres obtuvieron en esta habilidad, una media de 2.901 y las mujeres obtuvieron una media de 3.207. Las diferencias entre los puntajes del pretest y del posttest resultaron significativas, siendo los puntajes del posttest significativamente mayores que los del pretest [ $F(1)= 380.723, p=.000$ ]. Las diferencias de puntajes por género no resultaron significativas [ $F(1)= 1.872, p=.172$ ]. Finalmente, no se encontraron efectos de interacción de pretest-postest con género [ $F(1,1)= 1.484, p=.224$ ]. Estos resultados indican que hubo un incremento significativo de los puntajes en el posttest, comparados con los puntajes obtenidos en el pretest y que no existen diferencias en los puntajes por género ni tampoco efectos de interacción de género y la condición pretest-postest en la Escala 1.

En la habilidad de “Elogio” (Escala 2) los hombres obtuvieron, antes de la intervención, una media de 1.415 y las mujeres, una media de 1.519; después de la intervención, la media de los hombres fue de 1.718 y la de las mujeres fue de 1.920. Las diferencias entre los puntajes del pretest y del posttest resultaron significativas, siendo los puntajes del posttest significativamente mayores que los del pretest [ $F(1)= 22.684, p=.000$ ]. Las diferencias de puntajes por género resultaron significativas [ $F(1)= 4.695, p=.031$ ]. Finalmente, no se encontraron efectos de interacción de pretest-postest con género [ $F(1,1)= .295, p=.587$ ]. Estos resultados indican que los puntajes del posttest resultaron significativamente mayores que los obtenidos en el pretest, que las mujeres puntuaron significativamente más alto que los hombres en pretest y posttest y que no existen efectos de interacción de género y condición pretest-postest en la Escala 2.

En las habilidades que implican “Instrucciones claras, solución de problemas y establecimiento de reglas” (Escala 3) antes de la intervención, la media obtenida por los hombres fue de 1.052 y la obtenida por las mujeres fue de 1.234; después de intervención, la media de los hombres fue de 3.464, mientras que la de las mujeres fue de 4.101. Las diferencias de los puntajes entre pretest y posttest resultaron significativas [ $F(1)= 416.028, p=.000$ ]. Las diferencias de los puntajes obtenidos por hombres y mujeres también resultaron significativas [ $F(1)= 9.013, p=$

.003] y el efecto de interacción de género con la condición pretest-postest no resultó significativo [ $F(1,1)= 3.325, p= .069$ ]. Los datos anteriores indican que los puntajes de hombres y mujeres se incrementaron significativamente en el postest, comparados con los obtenidos en el pretest. Así mismo, los puntajes de hombres y mujeres difieren significativamente, siendo las mujeres quienes obtienen mayores puntajes en pretest y postest. Sin embargo, no se encontraron efectos de interacción entre el género y la condición pretest-postest para estas habilidades.

Para el componente “Corrección de comportamiento I” (Escala 4) la media de los hombres, antes de recibir la intervención fue de .545, mientras que la de las mujeres fue de .426; la media de los hombres después de haber recibido el taller fue de 1.042 y la de las mujeres fue de 1.235. Estas diferencias de puntajes en el pretest y postest resultaron estadísticamente significativas [ $F(1)= 50.438, p= .000$ ]. Las diferencias de los puntajes por género no resultaron significativas [ $F(1)= .558, p= .456$ ], así como los efectos de interacción, que tampoco resultaron estadísticamente significativos [ $F(1,1)=3.742, p= .054$ ]. Estos datos muestran que para la Escala 4, tanto hombres como mujeres aumentan sus puntajes en el postest de manera significativa y que no hay diferencias de género significativas ni efectos de interacción entre la condición pretest-postest y el género.

En la habilidad de “Interacción social-académica” (Escala 5) la media de los hombres en el pretest fue de .896, mientras que la de las mujeres fue de 1.035; en el postest los hombres obtuvieron una media de 2.154 y las mujeres obtuvieron una media de 2.293. Los análisis indicaron que las diferencias de puntajes entre el pretest y el postest son significativas [ $F(1)= 194.513, p= .000$ ]. Por otro lado, las diferencias de género en los puntajes no resultaron significativas [ $F(1)= 2.057, p= .153$ ], y la interacción entre género y condición pretest-postest, tampoco resultó significativa [ $F(1,1)= .016, p= .898$ ]. Estos resultados indican que para la habilidad de interacción social y académica, tanto hombres como mujeres aumentan sus puntajes en el postest de manera significativa y que no hay

diferencias de género significativas ni efectos de interacción entre la condición pretest-postest y el género.

Finalmente, en el componente “Corrección de comportamiento II” (Escala 6) antes de recibir la intervención, los hombres obtuvieron una media de 1.194 y las mujeres obtuvieron una media de 1.408; después de recibir el taller, los hombres obtuvieron una media de 1.633, mientras que las mujeres obtuvieron una media de 2.026. Los análisis de estos datos arrojaron que las diferencias de puntajes entre el pretest y postest son estadísticamente significativas [ $F(1)= 50.013, p= .000$ ], que las diferencias de género en los puntajes obtenidos son también significativas [ $F(1)= 14.503, p= .000$ ] y que no existen efectos de la interacción entre el género y la condición pretest-postest [ $F(1,1)= 3.179, p= .076$ ]. Estos datos muestran que en la Escala 6, los puntajes del postest son significativamente mayores a los obtenidos en el pretest, que las mujeres obtienen mayores puntajes que los hombres tanto en pretest como en postest y que no hay efectos de interacción entre el género y la condición pretest-postest.

### *Comparación por ocupación*

A continuación se presentan datos que comparan las puntuaciones de los profesionales y de los estudiantes antes y después de recibir la intervención y posteriormente se presentan las comparaciones por cada escala del instrumento. Esto con la finalidad de conocer si el hecho de tener experiencia profesional hace alguna diferencia en la adquisición de conocimientos sobre habilidades conductuales, dado que los profesionales han tenido contacto con la población, se podría esperar que tuvieran menos dificultades que los estudiantes en el aprendizaje de estos conocimientos.

La Figura 5 muestra las medias generales del pretest y del postest obtenidas por profesionales en color azul y estudiantes en color rojo.

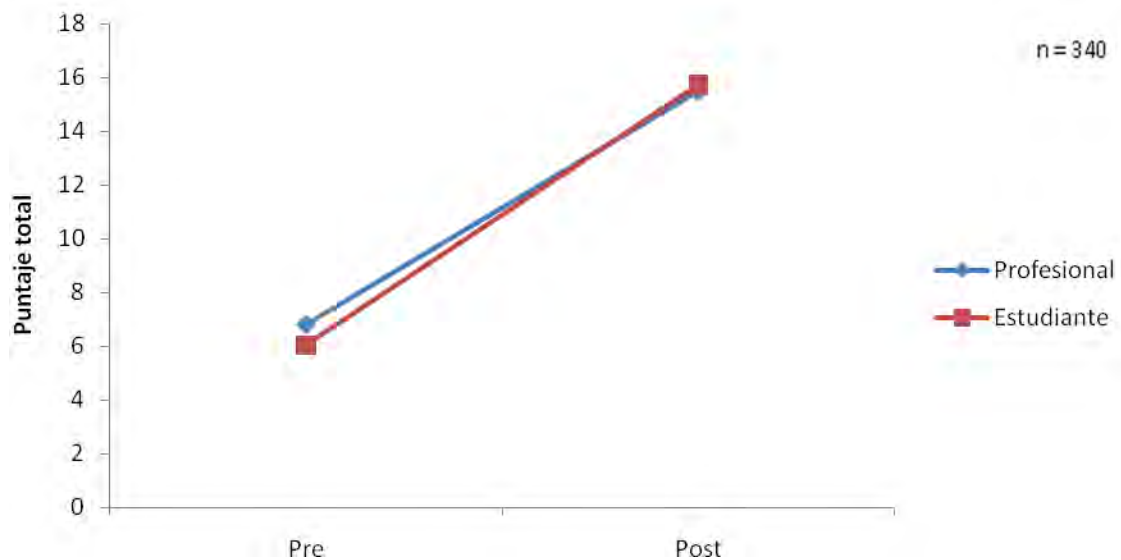


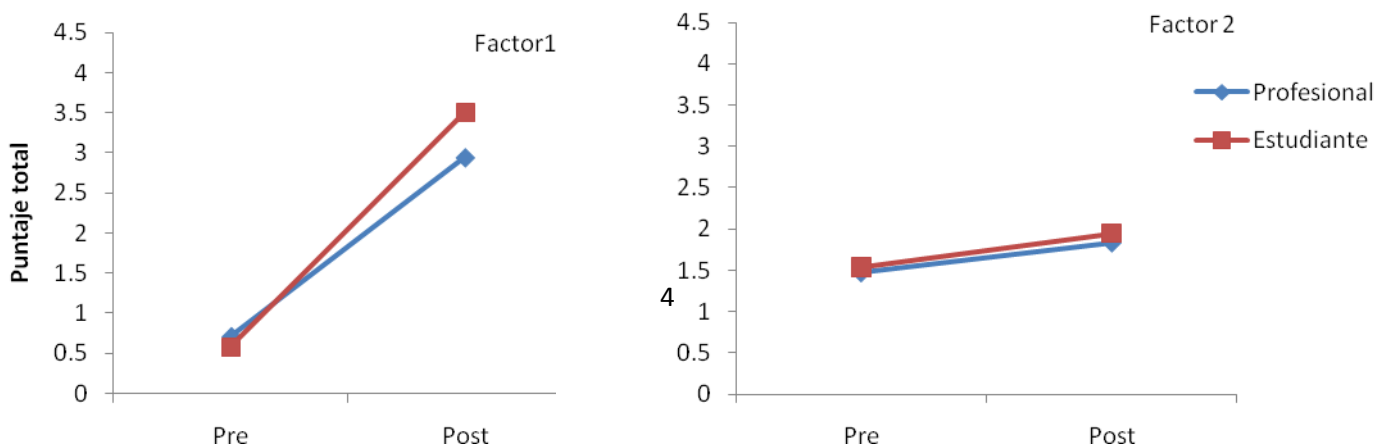
Figura 5. Representa las medias de los puntajes obtenidos por profesionales y estudiantes, antes y después de recibir la intervención.

Antes de recibir la capacitación, los profesionales obtuvieron una media de 6.823, mientras que la media de los estudiantes fue de 6.031, con una diferencia de .792.

Después de tomar la capacitación, los profesionales obtuvieron una media de 15.502 y la media de los estudiantes fue de 15.729.

Estas diferencias se analizaron mediante un ANOVA de medidas repetidas, cuyos resultados arrojaron que las diferencias de puntajes obtenidos en pretest y postest son significativas [ $F(1)= 838.110, p= .000$ ]. Por otro lado, las diferencias de los puntajes considerando la ocupación, no son significativas [ $F(1)= .790, p= .375$ ], sin embargo, existen efectos de interacción entre la condición pretest-postest y la ocupación [ $F(1,1)= 3.905, p= .049$ ]. Lo anterior indica que los participantes incrementaron significativamente sus puntajes en el postest, comparado con lo obtenido en el pretest; los puntajes no difieren significativamente considerando la ocupación, pero sí existe un efecto de interacción entre las variables ocupación y condición pretest-postest, que sugiere que los estudiantes antes de la intervención presentan puntajes más bajos que los profesionales, sin embargo, después de la intervención, los estudiantes puntúan mejor que los profesionales.

La Figura 6 muestra las medias obtenidas por profesionales, en color azul y estudiantes, en color rojo, en el cuestionario antes y después de la intervención, en cada habilidad medida por el instrumento. Estas diferencias fueron analizadas mediante un ANOVA de medidas repetidas para cada escala.



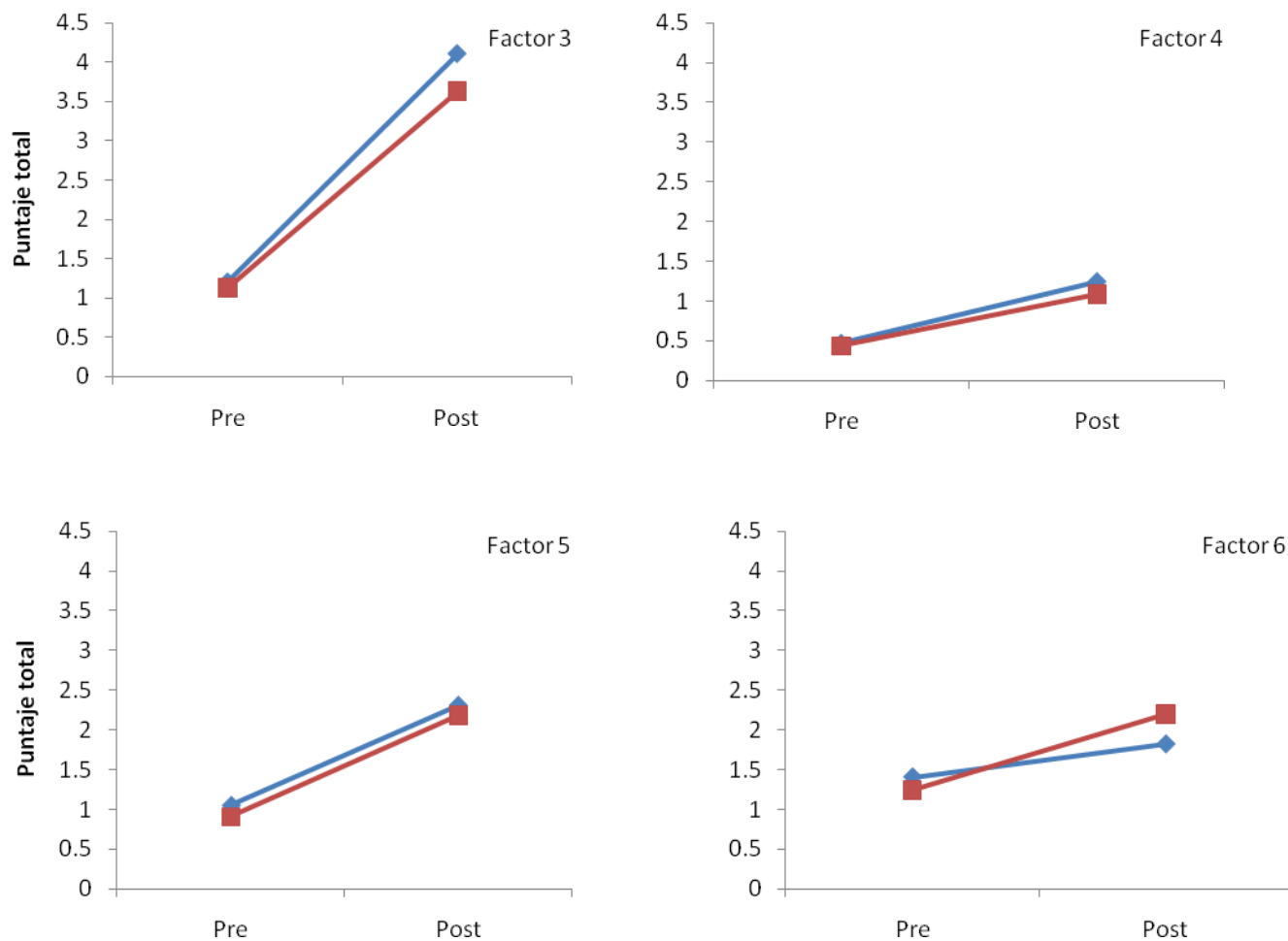


Figura 6. Representa las medias de los puntajes obtenidos por profesionales y estudiantes, antes y después de recibir la intervención en los componentes “Ignorar como habilidad para promover conducta adecuada”, “Elogio”, “Instrucciones claras, solución de problemas y establecimiento de reglas”, “Corrección de comportamiento I”, “Interacción social-académica” y “Corrección de comportamiento II” del cuestionario.

Para el componente de “Ignorar como habilidad para promover conducta adecuada” (Escala 1) la media obtenida por los profesionales antes de la intervención fue de .706, mientras que los estudiantes obtuvieron una media de



.575. Después de la intervención, los profesionales obtuvieron en esta habilidad, una media de 2.945 y los estudiantes obtuvieron una media de 3.505. El análisis de varianza con estos datos arrojó que los puntajes del pretest y del posttest difieren significativamente [ $F(1)= 553.984, p= .000$ ], siendo mayores en el posttest. Las diferencias de los puntajes por ocupación no son significativas [ $F(1)= 1.203, p= .274$ ] y existen efectos de interacción entre la ocupación y la condición pretest-posttest [ $F(1,1)= 12.472, p= .000$ ]. Estos datos indican que en la Escala 1, los puntajes son significativamente mayores en el posttest que en el pretest y que las diferencias de puntajes entre profesionales y estudiantes no difieren significativamente. Así mismo, existen efectos de interacción entre la ocupación y la condición pretest-posttest, lo que indica que los estudiantes puntúan más bajo en el pretest que los profesionales, sin embargo, en el posttest, los estudiantes superan el puntaje obtenido por los profesionales.

En la habilidad “Elogio” (Escala 2) los profesionales obtuvieron, antes de la intervención, una media de 1.472 y los estudiantes, una media de 1.537; después de la intervención, la media de los profesionales fue de 1.831 y la de los estudiantes fue de 1.948. Los análisis de estos datos arrojaron que las diferencias de los puntajes entre el pretest y posttest son significativas [ $F(1)= 30.510, p= .000$ ]. no existen diferencias de puntajes en cuanto a la ocupación de los participantes [ $F(1)=1.523, p= .218$ ] y tampoco hay efectos de interacción entre la ocupación y la condición pretest-posttest [ $F(1,1)= .101, p= .751$ ]. Estos datos indican que en la habilidad de Elogio, tanto profesionales como estudiantes aumentan su puntaje de manera significativa en el posttest y que la ocupación y la condición pretest-posttest no son variables que interactúen.

En las habilidades “Instrucciones claras, solución de problemas y establecimiento de reglas” (Escala 3) antes de la intervención, la media obtenida por los profesionales fue de 1.211 y la obtenida por los estudiantes fue de 1.125. Después de intervención, la media de los profesionales fue de 4.109, mientras que la de los estudiantes fue de 3.628. Estos datos fueron analizados estadísticamente y se

obtuvo que las diferencias de puntajes entre pretest y posttest son significativas [F(1)= 485.192,  $p= .000$ ]. Las diferencias de puntajes considerando la ocupación, resultaron significativas [F(1)= 4.302,  $p= .039$ ] y finalmente, no existen efectos de interacción entre la ocupación y la condición pretest-posttest [F(1,1)= 1.454,  $p= .229$ ]. Lo anterior indica que en la Escala 3, los participantes incrementaron significativamente sus puntajes después de haber recibido la intervención, siendo los profesionales quienes presentan mayores puntajes tanto en pretest como en posttest. Por otro lado, no se observan efectos de interacción entre ocupación y la condición pretest-posttest.

Para el componente “Corrección de comportamiento I” (Escala 4) la media de los profesionales, antes de recibir la intervención fue de .465, mientras que la de los estudiantes fue de .433; la media de los profesionales después de haber recibido el taller fue de 1.245 y la de los estudiantes fue de 1.082. Las diferencias de los puntajes obtenidos en el pretest y en el posttest resultaron estadísticamente significativas [F(1)= 73.605,  $p= .000$ ], mientras que las diferencias de los puntajes entre profesionales y estudiantes no fueron significativas [F(1)= .787,  $p= .376$ ]; tampoco se encontraron efectos de interacción entre la ocupación y la condición pretest-posttest [F(1,1)= .660,  $p= .417$ ]. Estos datos indican que en la Escala 4 los puntajes obtenidos por profesionales y estudiantes aumentan significativamente en el posttest y que la ocupación y la condición pretest-posttest no interactúan.

En la habilidad “Interacción social-académica” (Escala 5) la media de los profesionales en el pretest fue de 1.055, mientras que la de los estudiantes fue de .904. En el posttest los profesionales obtuvieron una media de 2.305 y los estudiantes obtuvieron una media de 2.185. Los puntajes obtenidos en pretest y posttest difieren significativamente [F(1)= 234.109,  $p= .000$ ], mientras que las diferencias de puntajes entre profesionales y estudiantes no difieren significativamente [F(1)= 2.003,  $p= .158$ ]. Tampoco existen efectos de interacción entre la ocupación y la condición pretest-posttest [F(1,1)= .155,  $p= .694$ ]. Estos datos reflejan que los profesionales y estudiantes aumentan su puntaje en el

posttest en comparación con el pretest y que la ocupación y la condición pretest-posttest no son variables que interactúen.

Finalmente, en el componente “Corrección de comportamiento II” (Escala 6) antes de recibir la intervención, los profesionales obtuvieron una media de 1.405 y los estudiantes obtuvieron una media de 1.245; después de recibir el taller, los profesionales obtuvieron una media de 1.817, mientras que los estudiantes obtuvieron una media de 2.195. La diferencia de los puntajes del pretest y posttest resultó significativa [ $F(1)= 114.235, p= .000$ ]; los puntajes entre profesionales y estudiantes no difieren significativamente [ $F(1)=2.234, p= .136$ ]; y existen efectos de interacción entre la ocupación y la condición de pretest y posttest [ $F(1,1)= 23.075, p= .000$ ]. Estos datos indican que tanto profesionales como estudiantes aumentan significativamente el puntaje después de la intervención y que la interacción de la ocupación con la condición pretest-posttest se da de manera que los estudiantes puntúan más bajo que los profesionales antes de recibir la intervención y una vez que han recibido el taller, los estudiantes puntúan más alto que los profesionales.

Los resultados anteriores representan del desempeño de los participantes en el test aplicado al inicio y al término de la intervención. Estos datos dan cuenta de las diferencias de conocimientos sobre habilidades de manejo conductual infantil antes y después de recibir el taller, así como diferencias en cuanto a género y ocupación. Estos resultados y sus implicaciones se discuten en el siguiente apartado.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El principal objetivo del presente estudio evaluar la adquisición de conocimientos y habilidades de manejo conductual infantil por los profesionales de la salud, a partir de la capacitación en un entrenamiento a padres. Así mismo, se evaluó la efectividad de la aplicación de los seis componentes del taller: Interacción social y académica; instrucciones claras; corrección de comportamiento y consecuencias negativas; actividades planeadas, organización y manejo del tiempo; establecimiento de reglas; y solución de conflictos en la familia. En este sentido, se analizaron por un lado los resultados de la muestra de manera global y posteriormente se analizaron los datos dividiendo la muestra por género y por ocupación, considerando puntajes globales y puntajes obtenidos para cada componente del instrumento empleado.

En cuanto a los resultados globales, existe una diferencia notable entre las puntuaciones obtenidas en el pretest y las puntuaciones que se obtuvieron en el postest. Esto sugiere que la intervención incrementa considerablemente los conocimientos sobre habilidades de manejo conductual infantil en los participantes de manera general.

El hecho de que los participantes puntúen más alto en el postest, implica que el taller resulta efectivo porque logra que las personas que lo reciben adquieran cierta cantidad de conocimientos sobre manejo conductual infantil, mismos que no tenían antes de ser sometidos a la intervención. Esto es relevante en el sentido de que los profesionales después de la intervención cuentan con más herramientas para capacitar a los padres y cuidadores de niños con problemas de conducta, lo que previene la progresión de estos comportamientos.

La efectividad de este taller, demostrada mediante el aumento de habilidades en los participantes, es consistente con otras intervenciones que emplean técnicas y componentes parecidos, como lo han descrito Reid y Webster-Stratton (2001), Bor y colaboradores. (2002), Stemmler y colaboradores, (2007) y en México,

Ayala y colaboradores (2001). Cabe señalar, que las investigaciones de estos autores fueron hechas con padres de familia y en el presente estudio participaron profesionales de la salud, lo que representa aportación ya que son los profesionales quienes se encargan de capacitar a los padres y es necesario que ellos adquieran primero los conocimientos sobre la aplicación correcta de los procedimientos.

Al realizar el análisis por componente del taller con el total de la muestra, los resultados son similares. Los participantes muestran un incremento significativo en la puntuación en todos los factores después de haber recibido el taller. Estos resultados son consistentes con numerosas investigaciones que resultaron efectivas en cuanto al incremento en habilidades en padres tales como elogio, seguimiento instruccional y corrección del comportamiento (Mc Neil, et al. 2002; Reid & Webster-Stratton, 2001; Bor, et al. 2002; Danforth, et al., 2006; Hemphill y Littlefield, 2000).

Esto sugiere que, de manera general, el conocimiento de los participantes sobre componentes que incluyen ignorar como habilidad para promover conducta adecuada, elogio, instrucciones claras, solución de problemas, establecimiento de reglas, corrección del comportamiento e interacción social y académica, aumenta significativamente (Lochman, 2000; Stemmler, et al., 2007; Ayala, 2001).

Cabe señalar que las habilidades de instrucciones claras, establecimiento de reglas y solución de problemas (Escala 3); ignorar como habilidad para promover conducta adecuada (Escala 1) e interacción social y académica (Escala 5), fueron las que presentaron un mayor incremento, lo que sugiere que estas habilidades son impartidas con más éxito en el taller y que los participantes las adquieren y describen de manera adecuada como se aplican. Esto puede deberse a que estas habilidades se llevan a cabo mediante procesos estructurados en una serie de pasos muy específicos y que por tanto son más fáciles de recordar, ya que se trata de secuencias de conductas.

Las habilidades de corrección del comportamiento (Escalas 4 y 6) y elogio (Escala 2), presentaron menor incremento en comparación con las habilidades de las Escalas 1, 3 y 5. Aunque este incremento resultó estadísticamente significativo, es importante considerar que posiblemente los conocimientos que se requieren para estos componentes deben ser reforzados y aclarados en las sesiones del taller, ya que si bien no se trata de habilidades que disminuyan, no aumentan tanto como las otras, por lo que podría existir una deficiencia en la manera de presentar a los participantes estos conocimientos. También es posible por la misma naturaleza de estas habilidades, que estas sean más difíciles de adquirir debido a que, a diferencia de las que presentaron mayor incremento, no se trata de habilidades que necesariamente sigan una secuencia estricta.

Como se ha expuesto anteriormente, de manera global, el taller resulta ser una intervención efectiva, ya que en su mayoría, los conocimientos sobre habilidades de manejo conductual infantil incrementan de manera importante. Este incremento se refleja claramente en el aumento de las medias del puntaje total del instrumento y las medias de los puntajes obtenidos para cada componente.

Una vez que se conocen los resultados de la intervención de manera global y que se ha encontrado que resulta efectiva en general, el siguiente análisis se realizó en el sentido de conocer si el género de los participantes fue una variable que hiciera diferencias en la adquisición de los conocimientos tratados en el taller. Como ya se ha revisado, la literatura reporta que las mujeres están más involucradas en actividades comunitarias que requieren una inversión de tiempo e interés (Community Tool Box, 2010). Además de esto, está el papel que juega la mujer en la crianza, ya que tradicionalmente, es ella quien se encarga de la educación y cuidado de los hijos. Sin embargo, cada día los hombres se han involucrado más en este papel de cuidadores. Es por esta razón, que en el presente trabajo, se considera la variable género, como una característica individual que pudiera influir en la adquisición de habilidades de manejo conductual infantil.

En el caso de los hombres, al realizar la evaluación de las medias de los puntajes del instrumento, se encontró que existe un incremento en la puntuación total en el postest. Este dato era esperado debido a que en la muestra total, éste fue el comportamiento de los datos. Con esta información se refuerza la efectividad de la intervención, ya que los hombres incrementaron el conocimiento sobre las habilidades impartidas en el taller.

En el caso de las mujeres, los puntajes globales obtenidos en el instrumento son significativamente mayores en el postest, lo que sugiere que la intervención resultó efectiva también en este sector de la muestra.

Una vez que se conocen los datos generales de hombres y mujeres, resulta conveniente comparar estos dos grupos. Los análisis estadísticos empleados arrojaron que no existen efectos de interacción existen diferencias de género en cuanto a los conocimientos evaluados, siendo las mujeres quienes obtuvieron mayores puntuaciones globales tanto en pretest como en postest.

Estos resultados reflejan que las mujeres obtienen mayores puntuaciones en pretest y en postest que los hombres, sin embargo, ambos grupos incrementan significativamente sus puntajes después de recibir la intervención.

Estos datos sugieren una posible explicación, ya que muy probablemente, la aparente facilidad con la que las mujeres adquieren las habilidades puede deberse a múltiples factores que pueden ir desde la atención e interés de los participantes al momento de la intervención, hasta factores biológicos y sociales que hacen que sean las mujeres quienes están más en contacto con los niños y por lo tanto cuentan con mayores habilidades para su cuidado.

Por este motivo, el servicio brindado debe tomar en cuenta que los hombres carecen de cierta información previa sobre estas habilidades y se debe ser capaz

de que al finalizar la intervención, los conocimientos sobre estos componentes se encuentren en un nivel similar en hombres y mujeres.

A pesar de esta diferencia, es un hecho que tanto hombres como mujeres, son capaces de adquirir las habilidades impartidas en el taller, por lo que los profesionales de la salud, independientemente de su género, serán capaces de impartir estos conocimientos en la población que acuda a solicitar el servicio.

Por otro lado, se realizaron análisis de género por cada escala del instrumento, con la finalidad de conocer si la variable género impacta en la adquisición de conocimientos en cada componente del taller de manera separada. No se encontraron efectos de interacción de género en ninguna de las seis escalas del instrumento, lo que implica que ninguna habilidad es aprendida de manera diferente por hombres y mujeres. Esto tiene una gran ventaja, ya que nuevamente se comprueba que el género no es una variable relevante para que un profesional de la salud se capacite en habilidades de manejo conductual infantil.

Estos resultados son consistentes con la investigación de Ayala, et al. (2001), quienes evaluaron habilidades como interacción social, establecimiento de reglas, seguimiento instruccional, elogio y corrección del comportamiento, encontrando que la intervención con padres resulta en el aumento de estas habilidades en los participantes. Sin embargo, en el estudio de Ayala y colaboradores, no se analizó la adquisición de habilidades considerando el género del participante.

Es de resaltar que en los puntajes generales, las mujeres mostraron una mayor adquisición de conocimientos sobre las habilidades impartidas en el taller. Es posible que esto se deba a que algunos ejemplos o ejercicios se refieran más a actividades que comúnmente son realizadas por las mujeres y que esto sea un factor para que a las mujeres les quede más claro el concepto. Podría considerarse incluir durante la sesión del taller más ejemplos y ensayos propios de los hombres y de su papel en el cuidado y trato con los niños.



A pesar de esta diferencia, también es importante considerar que los dos grupos mejoraron significativamente sus conocimientos sobre habilidades de manejo conductual después de haberse sometido a la intervención, lo que sugiere que efectivamente, el taller es una estrategia que permite que tanto hombres como mujeres aprendan técnicas y conceptos que les permitirán manejar adecuadamente posibles problemas que surjan con la conducta de los niños.

Además de analizar las diferencias entre hombres y mujeres, los datos permitieron comparar a profesionales y a estudiantes mediante los puntajes obtenidos en el instrumento. Esto con la finalidad de conocer si la experiencia profesional tiene algún efecto en la adquisición de las habilidades.

La muestra que participó en este estudio estuvo compuesta por profesionales y estudiantes que se enfrentan a problemas de salud y que pudieran estar en contacto con padres de familia. Es por esto que resulta importante conocer si existe alguna diferencia inicial, entre los profesionales y los estudiantes, en cuanto a habilidades de manejo conductual infantil, así como conocer si después de la intervención, alguno de estos dos grupos adquiere mayores conocimientos en comparación con el otro. Dado que los profesionales cuentan con experiencia en el sector salud, se podría esperar que adquirieran con mayor facilidad las habilidades en comparación con los estudiantes.

Se analizaron los datos de los profesionales de manera general. Sus resultados mostraron que hubo un incremento significativo en el conocimiento de habilidades sobre manejo conductual infantil. Esto se observa en los puntajes globales que obtuvieron en el cuestionario, mismos que indican que al finalizar el taller, los profesionales aumentaron su conocimiento en comparación con el que mostraron antes de someterse a la intervención.

Estos datos sugieren que el taller al que fueron sometidos los profesionales es una intervención que funciona, ya que los dota de los conocimientos sobre habilidades

de manejo conductual necesarios para trabajar con los padres y los niños que se acercan a ellos.

El caso de los estudiantes se comporta de manera similar al de los profesionales, al menos de manera general. Los estudiantes mostraron un incremento significativo en las puntuaciones globales del postest, lo que indica que la intervención es lo suficientemente clara y versátil para que los estudiantes adquieran de manera efectiva los conocimientos pertinentes que se imparten en el taller.

Es evidente que tanto profesionales como estudiantes de manera general incrementan su conocimiento sobre habilidades de manejo conductual después de haber recibido el taller. Esto es importante debido a que los profesionales serán los encargados posteriormente de enseñar estas habilidades a los padres, por lo cual resulta relevante evaluar la intervención a través de los conocimientos de los profesionales (Matthews y Hudson, 2001). Sin embargo, vale la pena comparar estos dos grupos con la finalidad de saber si el hecho de ser estudiantes o de tener experiencia como profesionales hace alguna diferencia en la adquisición de conocimientos en ciertas habilidades.

Al comparar las puntuaciones globales obtenidas en el cuestionario por estos dos grupos, resulta interesante encontrar que en el pretest, los profesionales mostraron mejor puntuación que los estudiantes. Este dato indica que los profesionales de entrada partieron con mayores conocimientos sobre las habilidades que se enseñan en el taller. A pesar de esta posible ventaja para los profesionales, que se puede deber, en gran medida a la experiencia con la que cuentan, los datos del postest indicaron que los estudiantes puntuaron mejor que los profesionales al concluir la intervención, lo que implica que el taller resulta ser una intervención que permite tanto a estudiantes como a profesionales adquirir conocimientos pertinentes sobre manejo conductual infantil.

Es importante tener en cuenta que los profesionales quedaron por debajo de los estudiantes. El hecho de que los profesionales partieran de mayores conocimientos, habla de la experiencia y el contacto que ya tienen con la población que se acerca con problemas de conducta en niños. Sin embargo, esta experiencia, que pudiera parecer una ventaja, puede dificultar la adquisición de nuevas habilidades, debido a que para los profesionales resulta complicado cambiar la forma de trabajo con la que han ejercido su profesión hasta el momento. Esta situación no ocurre con los estudiantes, quienes al principio no mostraron tantas habilidades como los profesionales, pero que al final, incrementaron más que éstos sus conocimientos, debida tal vez a que no tenían el sesgo de la experiencia. Por ello que se vuelve necesario reforzar los conocimientos en este grupo en particular mediante técnicas y actividades durante el taller, que permitan que personas con diversos niveles de conocimientos y experiencia como son profesionales y estudiantes, adquieran nuevos elementos que podrán aplicar en la práctica.

Se realizaron análisis de ocupación por cada escala del instrumento, con la finalidad de conocer si esta variable impacta en la adquisición de conocimientos en cada componente del taller de manera separada.

Las únicas escalas en donde hubo efectos de interacción fueron la Escala 1: Ignorar como habilidad para promover conducta adecuada y la Escala 6: Corrección del comportamiento II.

El componente que implica ignorar como habilidad para promover conducta adecuada (Escala 1), presentó un incremento significativo tanto en profesionales como en estudiantes después de recibir la intervención. Los estudiantes puntúan más bajo en el pretest que los profesionales y después de recibir la intervención, esta situación se invierte, de manera que los estudiantes superan en puntuación a los profesionales. Esta tendencia es consistente con el comportamiento de los datos al ser tratados de manera global e implica que a pesar de existir diferencias

entre los grupos al inicio, la intervención es capaz de incrementar esos conocimientos en los dos grupos, aunque no en la misma proporción, dadas estas diferencias encontradas entre ocupación, la intervención debe reforzar las habilidades en los profesionales particularmente.

En el caso de la Escala 6 “Corrección del comportamiento II”, los profesionales y los estudiantes mejoraron sus puntajes después de haber recibido la intervención. Los estudiantes puntuaron más bajo que los profesionales antes de la intervención, y después de ésta, fueron los profesionales quienes puntuaron más bajo. Estos datos se comparan de manera similar a los globales e indican una vez más el sesgo que pudieran tener los profesionales debido a su experiencia.

De la misma manera que el caso de hombres y mujeres, las habilidades evaluadas tuvieron incrementos significativos en estudiantes y profesionales, aunque no se realizaron análisis considerando la ocupación, el incremento en la habilidades impartidas, es consistente con los resultados de investigaciones previas (Ayala et al., 2001; Morales et al. (1996 y 2001); Mc Neil, et al. 2002; Lochman, 2000; Stemmler, et al., 2007).

Estas diferencias que surgieron en algunas habilidades después de haber tomado el taller entre estudiantes y profesionales son un indicador de que ciertos componentes del taller deben ser reforzados para que sean totalmente comprendidos y asimilados por cualquier persona que lo tome. En este caso, los componentes deben ser mejorados en el sentido de que el contenido pueda llegar tanto a estudiantes que no cuentan con mayor experiencia o conocimiento es sobre el tema, como a profesionales que posiblemente tengan experiencia en el trato con padres de familia y por lo tanto, cierto conocimiento sobre habilidades de manejo conductual infantil.

Es claro que, tanto en hombres, mujeres, profesionales y estudiantes, el taller resulta ser una intervención efectiva, ya que provee a los participantes de nuevos

conocimientos y refuerza los que ya tenían. Esto se refleja en el aumento de las puntuaciones generales que se obtuvieron en el cuestionario que se les aplicó después de haber participado en el taller.

Es importante considerar que algunas habilidades aumentaron más en algún grupo que en otro, sin embargo, estas diferencias no son claras en el sentido de que no es posible afirmar que alguna habilidad en particular sea mejor aprendida dependiendo del grupo, ya que estas diferencias se mostraron muy variables y poco consistentes.

Estos datos permiten hacer inferencias sobre las posibles implicaciones que tienen en el taller, al mostrar cuáles son sus fortalezas y debilidades, lo que permite analizarlas para adaptar los contenidos de la intervención de acuerdo con lo encontrado. Es evidente que ciertos componentes del taller, particularmente los que arrojaron diferencias entre los grupos, deben ser reforzados y revisados, con la finalidad de conseguir que cualquier persona que tome el taller, independientemente de su género u ocupación pueda adquirir de manera completa y clara los conocimientos sobre las habilidades que se imparten.

El hecho de que los profesionales y los estudiantes que en algún momento se enfrentarán a poblaciones tales como padres de familia y niños conozcan y manejen adecuadamente habilidades conductuales, les permitirá brindar un servicio basado en intervenciones que han probado su efectividad y sus alcances, de manera tal que las personas se vean realmente ayudadas y queden satisfechas con la información y capacitación que reciben a través de estos profesionales.

La evaluación constante de las intervenciones sirve para seleccionar y mejorar aquellos componentes que se muestren débiles, así como reforzar aquellos que se han mostrado efectivos. Además, esta evaluación, permite a los profesionales ofrecer intervenciones que arrojan resultados positivos comprobados y que con

seguridad, si se siguen de manera adecuada, ayudarán a las personas que lo reciben (Verduyn & Verduyn, 2006).

En la medida en la que los profesionales aprendan y sean capaces de transmitir de manera eficaz a los padres las habilidades de manejo conductual infantil, el papel preventivo de estas intervenciones se verá fortalecido. Como se ha descrito anteriormente, habilidades de crianza positiva en los padres tales como disciplina consistente e interacción social positiva actúan como factores protectores (Ayala, et al. 2002) que previenen la progresión de comportamiento inadecuado en los niños que con el tiempo puede escalar en problemas más graves como conductas antisociales si no son tratados a tiempo (Patterson, 1982; Frick et al., 1993; Patterson & Yoerger, 2002).

Finalmente, es importante resaltar que la evaluación de la adquisición de habilidades en profesionales de la salud es una manera de mejorar la práctica profesional de las personas que brindan atención a padres o cuidadores de niños y que por ende, las personas que acuden a recibir este tipo de servicios se verán beneficiadas y quedarán satisfechas con la intervención; además de que el profesional de la salud contribuirá socialmente con un trabajo de calidad, que implica a largo plazo, la prevención de problemas sociales tales como la delincuencia y las adicciones.

Una vez que se conocen los alcances de la intervención, es importante hablar sobre las limitaciones y particularidades del presente estudio y las posibles formas para resolverlas. Una de ellas consiste en las características de la muestra y la forma en la que recibieron la intervención. La mayoría de los participantes asistieron de forma voluntaria a la capacitación, sin embargo otros tantos asistieron porque se lo solicitaron en su lugar de trabajo. Este hecho pudo influir en la motivación de los participantes y por lo tanto en la adquisición de las habilidades. Es por esto que resulta importante controlar esta variable para poder tomarla en cuenta en próximos análisis. A pesar de que en el presente estudio no

se consideró un criterio a analizar si los participantes eran voluntarios o no, cabe resaltar que de manera general, todos aumentaron sus puntajes, lo que podría hablar de que este factor en realidad no representa una dificultad en el aprendizaje de las habilidades,

Además de esto, el taller fue dado en una sola sesión, por lo que pudiera resultar cansada y quizás comprometer la calidad de las respuestas al contestar el postest cuando los participantes ya estaban fatigados. Esto es de particular importancia, ya que evidentemente, una sesión tan larga, tiene efectos sobre la atención y el interés de los participantes. Una posible solución, sería repartir los componentes del taller en varias sesiones, con la finalidad de hacerlo más llevadero. Además del hecho de reducir la fatiga, el hecho de poder aplicar la intervención en varias sesiones, permite tener más tiempo para reforzar el aprendizaje mediante ensayos conductuales con los participantes, ejercicios y retroalimentación positiva. Así mismo, otra posible mejora sería la evaluación constante de las habilidades, es decir, en lugar de evaluar solo antes y después, podría resultar en datos más precisos, la evaluación de cada habilidad inmediatamente después de impartida y no solo con un cuestionario, sino a través de la observación directa de la práctica de esta habilidad durante las sesiones.

Otra variable que resultó difícil de controlar en la presente investigación fue la proporción de hombres y mujeres y profesionales y estudiantes. Dado que se trata de una muestra no probabilística, estas proporciones no son equivalentes, como idealmente se recomienda. En un estudio posterior, la muestra podría ser probabilística para que incluyera la misma proporción de las variables de género y ocupación e incluso, usar grupos controles en lista de espera o grupos de comparación que alternen el orden de los componentes de la intervención.

Finalmente, está el hecho de que las habilidades fueron medidas únicamente en el profesional, lo que no permite comprobar si estas habilidades impactan directamente en la conducta de los padres y de los niños. Resultaría conveniente

evaluar al profesional cuando este se encuentre en la situación de atención a un padre, para así observar si sigue los procedimientos adecuadamente, si es capaz de explicarlos y modelarlos claramente y si puede resolver dudas de manera adecuada.

Es de vital importancia que además de monitorear las habilidades en el profesional, de alguna manera se mida su efectividad a través de los cambios en la conducta de los padres y niños en quienes las aplican, ya que no solo se trata de adquirir habilidades, sino de que éstas realmente tengan un impacto en la calidad de vida de las familias que reciben este tipo de intervenciones.

Estas limitaciones representan una oportunidad para mejorar la investigación respecto al entrenamiento a profesionales y la relevancia social que este tiene al impactar directamente en las prácticas de crianza de las familias mexicanas, como parte de la prevención de problemas sociales comunes en nuestros días.



## ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario de habilidades de manejo infantil basado en situaciones hipotéticas de crianza



PROSALUD: Un programa comunitario de promoción de la salud y prevención de las adicciones.

---

### CUESTIONARIO DE SITUACIONES DE MANEJO DE CONDUCTA

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Procedencia: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Las siguientes preguntas se refieren a situaciones que pueden ocurrir en cualquier familia. Trate de contestarlas con el mayor detalle posible, **explicando que es lo que sería aconsejable que los padres hicieran en esos momentos**. No hay respuestas correctas o incorrectas. Lo que nos interesa saber es: ¿qué es lo que usted considera podrían hacer los padres en estas situaciones? Si tiene dudas, pregunte al aplicador. Si se encuentra listo, comience ahora.

1.- El niño llega a casa después de la escuela y saca sus cuadernos de la mochila. El padre (madre) se da cuenta de que su hijo trae un reporte de “no trabajó” ¿Qué es lo que podría hacer?

2.- Todos los miembros de la familia se encuentran sentados a la mesa para comer. El hijo se levanta a prender la televisión y se vuelve a sentar ¿Qué es lo que podría hacer el padre (la madre)?

3.- Todos los miembros de la familia se encuentran sentados a la mesa y es la hora de la comida. El hijo mete las manos al plato y empieza a jugar con la comida ¿Qué es lo que podría hacer el padre (la madre)?

4.- El hijo está viendo la televisión y es hora de dormir. La madre (el padre) le ordena apagar la TV e irse a dormir. El comienza a llorar y a pedirle que le permita ver la TV otro rato ¿Qué es lo que podría hacer la madre (el padre)?

5.- El hijo está viendo la televisión y es hora de dormir. La madre (el padre) le ordena apagar la TV e irse a dormir. Él comienza a llorar y a pedirle que le permita ver la TV otro rato, y después de repetirle la orden, obedece haciendo berrinche. ¿Qué es lo que podría hacer la madre (el padre)

6.- El hijo está viendo su programa favorito de televisión y la madre (el padre) le pide que vaya por las tortillas; en ese momento el niño comienza a quejarse diciendo: “¿por qué siempre? yo, al rato o ¿por qué no vas tú?”. ¿Qué es lo que podría hacer la madre (el padre)?

7.- Es hora de hacer la tarea, la hija se encuentra a la mesa con los cuadernos haciendo una copia de una lectura, pero se distrae continuamente. ¿Qué podría hacer la madre (el padre)?

8.- Llegando de la escuela, el hijo le muestra a su madre (padre) una buena nota de calificaciones, diciendo “mira me saque 10”. ¿Qué podría hacer la madre (el padre)?

9.- El hijo va llegando de la escuela y la madre (el padre) le ordena que se vaya a cambiar el uniforme. El niño va a su cuarto inmediatamente y obedece. ¿Qué podría hacer la madre (el padre)?

10.- Dos hermanos se encuentran viendo TV y uno de ellos trata de quitarle el control al otro, no lo logra y empieza a cambiarle directamente a la televisión y después le da una patada a su hermano. Todo esto ocurre entre gritos y alegatos. ¿Qué podría hacer el padre (la madre)?

11.- Están comiendo en casa de la abuelita, el hijo dice “ya no quiero comer” y se levanta de la mesa. La abuela le contesta: “Si hijito, está bien, si ya no quieres, ya no tienes que comer”. ¿Qué podría hacer la madre (el padre)?

12.- ¿Qué pasa si el padre (la madre) le da una primera instrucción al hijo y no la obedece?

13.- ¿Qué puede hacer el padre (la madre) para llevarse mejor con su hijo?

14.- ¿Qué pueden hacer los padres para mejorar la interacción con el hijo a la hora de la tarea?

15. ¿A qué se refiere instigar?

16.- Los padres desean solucionar un problema importante con su hijo: “Su cuarto siempre está desarreglado”. ¿Qué pueden hacer para solucionarlo?

17.- Los padres desean establecer las reglas del buen comportamiento de su hijo cuando van de compras al supermercado. ¿Cuáles podrían ser esas reglas?

Anexo 2: Codificación de las respuestas al Cuestionario de habilidades de manejo infantil  
basado en situaciones hipotéticas de crianza

Reactivo	Puntos	Respuesta
<b>1</b>	2	Que realice la tarea que no hizo en clase <b>O</b> establezco un contrato para el día siguiente con una recompensa.
	1	Alguna respuesta que implique corrección (pongo horarios, lo castigo sin ver la televisión, etc.)
	0	Otra respuesta (le pregunto por qué no trabajo)
<b>2</b>	2	Doy una instrucción alfa para apagar la t.v. y una segunda para sentarse a comer
	1	Una de las dos anteriores
	0	Corrección inapropiada <b>O</b> respuesta confusa <b>U</b> otra respuesta (instrucción beta, no te puedes levantar hasta que termines, explicar que es hora de comer y no de ver televisión, en mi casa se permite ver la tele cuando estamos comiendo etc.)
<b>3</b>	2	Doy una instrucción para que saque las manos de la sopa <b>Y</b> una segunda para que continúe comiendo
	1	Una de las dos anteriores
	0	Otra respuesta (explicarle, dejarlo ir, le quito el plato, etc.)
<b>4</b>	2	Esperar y repetir instrucción <b>O</b> ignoro y repito instrucción
	1	Una de las anteriores (ignoro, instigo, repito instrucción, lo llevo a la cama etc.
	0	Otra respuesta
<b>5</b>	2	Ignoro el berrinche
	1	Dar las gracias por haber obedecido
	0	Cualquier otra (ignorar al final, dar atención de alguna manera, etc.)
<b>6</b>	2	Esperar diez segundos <b>Y</b> repetir la instrucción
	1	Una de las dos anteriores
	0	Otra respuesta
<b>7</b>	2	Doy una instrucción alfa
	1	Algún correctivo (le digo que se apure, que deje de distraerse, ¡haz tu tarea!, busco un lugar libre de distracciones etc.)
	0	Otra respuesta
<b>8</b>	2	Descripción del elogio (lo miro a los ojos, lo toco, le sonrió y le digo que hizo bien)
	1	Alguna de las conductas del elogio <b>O</b> intentos por hacerlo (lo felicito, le digo muy bien, lo abrazo, lo refuerzo, lo reconozco, apruebo)
	0	Otra respuesta <b>O</b> un elogio inadecuado (eres muy inteligente, que bonita niña)
<b>9</b>	2	Descripción del elogio (lo miro a los ojos, lo toco, le sonrió y le digo que hizo bien)
	1	Alguna de las conductas del elogio <b>O</b> intentos por hacerlo (lo felicito, le digo muy bien, lo abrazo, lo refuerzo, lo reconozco, apruebo)
	0	Otra respuesta <b>O</b> un elogio inadecuado (eres muy inteligente, que bonita niña)
<b>10</b>	2	Los separo (hasta que estén tranquilos los vuelvo a juntar)
	1	Algún correctivo (les digo que se vayan a su cuarto, les apago la televisión, hago que se pidan una disculpa, doy una instrucción, etc.)
	0	Otra respuesta (platico con los dos, negocio para que no lo vuelvan hacer, etc.)
<b>11</b>	2	Doy una instrucción alfa para que se siente <b>Y</b> una segunda para que siga

	1	comiendo
	0	Una de las dos anteriores o algún correctivo (decirle que esta rompiendo una regla, llamar su atención y aplicar una reprimenda, le digo que se tiene que quedar en la mesa aunque no coma, hablo con la abuela, etc. Otra respuesta (insisto para que coma)
<b>12</b>	2	Repito la instrucción (puede poner repito y si no hace caso instigo)
	1	Instigo (para poner 1 sólo tiene que mencionar que instigó)
	0	Otra respuesta (le grito hasta que me haga caso, repito instrucción explicando porque lo tiene que hacer, etc.)
<b>13</b>	2	Mencionar 2 o más conductas de interacción social (mirarlo, tocarlo, elogiarlo, sonreírle, hacerle preguntas, compartir, etc.)
	1	Mencionar 1 conducta de interacción social
	0	No mencionar ninguna conducta de interacción social u otra respuesta
<b>14</b>	2	Interacción, corrección <b>E</b> instrucciones claras
	1	Una de las tres anteriores o establecimiento de reglas
	0	Otra respuesta (ayudarle con su tarea)
<b>15</b>	2	<b>Guiar</b> físicamente al niño a realizar una conducta
	1	Obligar, jalar, empujar, etc. al niño a realizar una conducta
	0	Otra respuesta (le insisto, lo amenazo, etc.)
<b>16</b>	2	Establecimiento de reglas <b>O</b> contrato (recompensas y perdidas) <b>O</b> solución de problemas
	1	Una de los pasos del establecimiento de reglas <b>O</b> solución de problemas <b>O</b> dar una instrucción <b>O</b> establecer un horario (fijar normas o hábitos, crear un ambiente donde este definido cada cosa, etc.)
	0	Otra respuesta (regañarlo, insistir que lo haga, etc.)
<b>17</b>	2	Mencionar 2 reglas que el niño <b>SI</b> puede hacer (Caminar con el carrito, escoger 1 producto favorito para la hora de la comida, etc.)
	1	Mencionar 1 regla que el niño <b>SI</b> puede hacer
	0	Respuestas de lo que el niño <b>NO</b> puede hacer (no correr con el carrito, no tomar los juguetes, etc.) u otra respuesta ( involucrarlo en la actividad, etc.)

## REFERENCIAS

- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1981). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 46*(1), 1-82.
- American Psychiatric Association (2005). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>th</sup> ed.) Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association (2007). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Breviario*. Washington DC: Author.
- Andrade, P. P. & Betancourt, O. D. (2008). La influencia del temperamento en problemas internalizados y externalizados en niños. *Revista Intercontinental de Psicología y educación, 10*(1), 29-48.
- Ayala, V. H., Chaparro, C. A., Fulgencio, J. M., Pedroza, C. F., Morales, C. S., Pacheco, T. A., Mendoza, G. B., Ortiz, S. A., Vargas, S. E. & Barragán, T. N. (2001). Tratamiento de agresión infantil: Desarrollo y evaluación de programas de intervención conductual multi-agente. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 27*(1), 1-34.
- Ayala, V. H., Pedroza, C. F., Morales, C. S., Chaparro, C. A. & Barragán T. N. (2002). Factores de riesgo, factores protectores y generalización del comportamiento agresivo en una muestra de niños en edad escolar. *Salud Mental, 25* (3), 27-40.
- Baer, D. M., Wolf, M. M & Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis, 1*, 91-97.
- Baker B. & Abbott Feinfield, K. (2007). Early intervention and parent education. In: G. O'Reilly, P. N. Walsh, A. Carr & J. McEvoy (Eds.), *Handbook of Intellectual Disability and Clinical Psychology Practice*. Brunner-Routledge, London.
- Baker, J. A. (1998). The social context of school satisfaction among urban, low-income, African-American students. *School Psychology Quarterly, 13*, 25 – 44.

- Barkley, R. A. (1997). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training*. New York: Guilford.
- Barkley, R., Edwards, G. & Robin, A. (1999). *Defiant teens. A clinician's manual for assessment and family intervention*. New York: Guilford.
- Barkley, R., Fischer, M., Smallish, L. y Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children: Adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45, 192-202.
- Barkley, RA. (1999). Attention-deficit hyperactivity disorder. In: *A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford
- Biederman, J., Newcorn, J., y Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive anxiety, and other disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 568-577.
- Blader, J. C, Koplewicz, H. C, Abikoff, H., & Foley, C. (1997). Sleep problems of elementary school children: A community survey. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 151, 473-480.
- Bor, W., Sanders, M. & Markie-Dadds, C. (2002). The effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 571-587.
- Brestan, E. V., & Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5 272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 180-189.
- Brumfield, B. D. Roberts, M. (1998). A comparison of two measurements of child compliance with normal preschool children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 27, 109 – 116.
- Chamberlain, P., & Patterson, G. R. (1995). Discipline and child compliance in parenting. In *Handbook of parenting* (pp. 202–225). New York: Guilford.
- Coffey, B. J., Biederman, J., Geller, D. A., Daniel, A., Spencer, T. J., Kim, G. S., Bellorde, C. A., Frazier, J. A., Craddock, K. B. & Magovcevic, M. (2000). Distinguishing illness severity from tic severity in children and adolescents

- with Tourette's disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 39, 556–561.
- Community Tool Box (2010). Recuperado de <http://ctb.ku.edu/es>.
- Dadds, M., Maujean A., Fraser, J. (2003). Parenting and conduct problems in children: Australian data and psychometric properties of the Alabama Parenting Questionnaire. *Australian Psychologist*, 38, 238-241.
- Danforth, J. S. (1998). The Behavior Management Flow Chart: A component analysis of behavior management strategies. *Clinical Psychology Review*, 18, 229-257.
- Danforth, J., Harvey, E., Ulaszek, W. & McKee, T. (2006). The outcome of group parent training for families of children with attention-deficit hyperactivity disorder and defiant/aggressive behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 188-205.
- De Rosier, M. & Gillion, M. (2007). Effectiveness of a parent training program for improving children social behavior. *Journal of Child Family Studies*, 16, 660-670.
- Dretzke, J., Frew, E., Davenport, C., Barlow, J., Stewart-Brown, S., Sandercock, J., Bayliss, S., Raftery, J., Hyde, C. & Taylor, R. (2005). The effectiveness and cost-effectiveness of parent training/education programmes for the treatment of conduct disorder, including oppositional defiant disorder, in children. *Health Technology Assessment*. 9(50), 3-10.
- DuPaul, G. J. y Stoner, G., (1994). *ADHD in the schools. Assessment and intervention strategies*. Nueva York: Guilford.
- Edwards, C. P. (1988). *Children of different worlds: The formation of social behavior*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Frick, P. J., Lahey, B. B., Loeber, R., Tannenbaum, L., Van Horn, Y., Christ, M. A. G., Hart, E. L. & Hanson, K. (1993). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A meta-analytic review of factor analyses and cross-validation in a clinic sample. *Clinical Psychology Review*, 13, 319-340.



- Fuentes, C. F. (2006). *Programa para madres de niños preescolares que presentan problemas de conducta: aplicación de estrategias de grupos de aprendizaje*. Tesis de licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Gardner, F. E. (1987). Positive interaction between mothers and conduct-problem children: Is there training for harmony as well as fighting? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15 (2), 283-293.
- Gewirtz, J. L. & Pelaez, M. (1987). Social conditioning theory applied to metaphors like "attachment": The conditioning of infant separation protest by mother. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 13 (12). 87-104.
- González Q. J. L. (1994). *Paquete de Intervención conductual para problemas de interacción*. Tesis de licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Hart, B. & Risley, T. R. (1975). Incidental teaching of language in preschool. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 8, 411-420.
- Hawes, D. J. & Dadds, M. R. (2006). Assessing parenting practices through parent-report and direct observation during parent-training. *Journal of Child and Family Studies*, 15 (5), 555-568.
- Hemphill, S. & Littlefield, L. (2000). Evaluation of short-term group therapy program for children with behavior problems and their parents. *Behavior Research and Therapy*, 39, 823-841.
- Herbert, M. (1987). *Conduct disorders of childhood and adolescence a social learning perspective*. John Wiley & Sons (Eds.) Oxford, England.
- Hommersen, P., Murray, C., Ohan, J. L. & Johnston, C. (2006) Oppositional defiant disorder rating scale: Preliminary evidence of reliability and validity. *Journal of Emotional and Behavior Disorders*, 14(2), 118-125.
- Johnson, S. & Brown, R. (1969). Behavior modification of problematic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatric*, 10, 107-121.
- Kratzer, L. & Hodgins, S. (1997). Adult outcomes of child conduct problems: A cohort study. *Journal of abnormal child psychology*, 25 (9), 65-81.
- Lochman, J. (2000). Parent and family skills training in targeted prevention programs for at-risk youth. *Journal of Primary Prevention*, 22(2), 253-265.

- Lutzker, L. Z., Lutzker, J. R., Mcmorrow, D. B. & Eddelman, J. (1987). Prompting to increase mother-baby stimulation with single mothers. *Journal of Child and Adolescent Psychotherapy*, 4(3), 3-12.
- Matthews, J. M. & Hudson, A. (2001). Guidelines for evaluating parent training programs. *Family Relations*, 50 (1), 77-86.
- McMahon, R. & Forehand, L. (2003). *Helping the noncompliant child. Family-Based Treatment for Oppositional Behavior* (2nd Ed) . New York: Guilford.
- McMahon, R. J. & Forehand, R. (1984). Parent training for the noncompliant child. Treatment outcome, generalization and adjunctive therapy procedures. In R. F. Dangel & R. A. Polster (Eds.) *Parent Training* (pp. 298-325). New York: Guilford
- McNeil, S., Watson, S., Henington, C. & Meeks, C. (2002). The effects of training parents in functional behavior assessment on problem identification, problem analysis, and intervention design. *Behavior Modification*, 26, 499-515.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. y Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 4, 1-16.
- Mindell, J. A. (1993). Sleep disorders in children. *Health Psychology*, 12, 151-162.
- Morales, C. S. (1996). *Evaluación de un programa para padres que maltratan a sus hijos basado en el entrenamiento en planificación de actividades en el hogar y en la comunidad y en la adquisición de habilidades de enseñanza incidental*. Tesis de licenciatura, México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Morales, C. S. (2001) en Ayala, V. H., Chaparro, C. A., Fulgencio, J. M., Pedroza, C. F., Morales, C. S., Pacheco, T. A., Mendoza, G. B., Ortiz, S. A., Vargas, S. E. & Barragán, T. N. (2001). Tratamiento de agresión infantil: Desarrollo y evaluación de programas de intervención conductual multi-agente. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 27(1), 1-34.

- Morales, C. S., Félix, R. V. & Rosas, P. M. (2009). *Evaluación del Cuestionario de Habilidades de manejo Infantil Basado en Situaciones Hipotéticas de Crianza*. Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta.
- Nezu, A. M. & Nezu, C. M (1989). Entrenamiento en solución de problemas. En Caballo, v. e. (2008). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (comp.). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Patterson, G, & Yoerger, K. (2002). *A developmental model for early-and late-onset delinquency. Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Patterson, G. (1982). A social learning approach (Vol. 3). *Coercive family process*. United States of America: Castalia Publishing Company.
- Patterson, G. R. (1974). A basis for identifying stimuli which control behaviors in natural settings. *Child Development, 45*, 900-911.
- Perepletchicova, F. M. A. & Kazdin, A. E. (2004). Assessment of parenting practices related to conduct problems: development and validation of the management of children's behavior scale. *Journal of Child and Family Studies, 12* (4), 385-403.
- Reid, J. & Webster-Stratton, C. (2001). The Incredible Years Parent, Teacher, and Child Intervention: Targeting multiple areas of risk for a young child with pervasive conduct problems using a flexible, manualized treatment program. *Cognitive and Behavioral Practice, 8*, 377-386.
- Robinson, L. M., Sclar, D. A., Skaer, T. L. & Galin, R. S. (1999); National trends in the prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and the prescribing of methylphenidate among school-age children. *Clinical Pediatrics, 38* (4), 209-217.
- Rosas, P. M. (2010). *Validación del Cuestionario de habilidades de manejo infantil basado en situaciones hipotéticas de crianza*. Tesis de licenciatura, México: Facultad de Psicología, UNAM.

- Sanders, M. R. & Dadds, M. R. (1982). The effects of planned activities and child management procedures in parent training: An analysis of setting generality. *Behavior Therapy, 13*, 452-461.
- Sasso, G. M., Reimers, T. M., Cooper, L. J., Wacker, D., Berg, W., Steege, M., Kelly, L., & Allaire, A. (1992). Use of descriptive and experimental analyses to identify the functional properties of aberrant behavior in school settings. *Journal of Applied Behavior Analysis, 25*, 809-821.
- Sasso, G. M., Reimers, T. M., Cooper, L. J., Wacker, D., Berg, W., Steege, M., Kelly, L., & Allaire, A. (1992). Use of descriptive and experimental analyses to identify the functional properties of aberrant behavior in school settings. *Journal of Applied Behavior Analysis, 25*, 809-821.
- Scahill, L., Sukhodolsky, D. G., Bears, K., Findley, D., Hamrin, V., Carroll, D. H. & Rains, A. L. (2006). Randomized trial of parent management training in children with tic disorders and disruptive behavior. *Journal of Child Neurology, 21*, 650-656.
- Schloss, P., & Smith, M. (1994). *Applied behavior analysis in the classroom*. Boston: Allyn and Bacon.
- Stemmler, M., Beelmann, A., Jaurscch, S. & Lösel, F. (2007). Improving parenting practices in order to prevent child behavior problems: A study on parent training as part of the effect program. *International Journal of Hygiene and Environmental Health, 210*, 563-570.
- Verduyn C. & Verduyn C. (2006). The children and parents service (CAPS): A multi agency early intervention initiative for young children and their families. *Child and Adolescent Mental Health, 11* (4), 192-19.
- Webster-Stratton, C. (1990). Long-term follow-up of families with young conduct-problem children: From preschool to grade school. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 19*, 1344-1349.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J. & Hammond, M. (2004). Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*(1), 105-124.

Zhengyuan, X., Wen, C., Mussen, P. H. & Jian-Xian, S. (1991). Family socialization and children's behavior and personality development in China. *Journal of Genetic Psychological*, 152 (2), 239-253.