

77



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES
PARA NIÑOS PREESCOLARES: DISMINUCION
DE LA AGRESION

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
NELLI FLORES GARCIA
GISELA GOMEZ HERRERA

DIRECTOR DE TESIS: LIC. NOEMI BARRAGAN TORRES

REVISOR: ISAAC SELIGSON NISENBAUM



FACULTAD
DE PSICOLOGIA

MEXICO, D.F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS NELLI Y GISELA

Silvia

Antes que nada queremos decirte que eres una gran persona que nos ha permitido aprender de su experiencia y de sus conocimientos y también queremos agradecerte el apoyo tan valioso que nos brindaste durante este tiempo, tus consejos atinados han contribuido a conseguir este gran triunfo para nosotras.

Noemí

Gracias por apoyarnos en todo este trayecto, por abrirnos paso para la elaboración de este trabajo, por buscar las mejores condiciones para nuestro aprendizaje y la adquisición de experiencias incomparables.

Isaac

Queremos agradecerte la oportunidad de trabajar contigo y de guiarnos en el proceso de este trabajo que significa mucho para nosotras.

Lety

Tú apoyo en la elaboración de este trabajo nos ha permitido perfeccionarlo y con ello hemos aprendido bastante. GRACIAS

Leonardo

Gracias por compartir con nosotras tus conocimientos y por guiarnos en este trabajo.

Dr. Ayala

Gracias por compartir con nosotras y con todo el internado sus conocimientos, por brindarnos la oportunidad de tener un mejor aprendizaje y experiencia laboral y por apoyarnos en cada uno de los proyectos realizados.

A la UNAM

Es más que la máxima casa de estudios, porque nos ha permitido prepararnos para enfrentarnos a la vida, porque nos ha brindado las herramientas necesarias para involucrarnos en la sociedad.

A la Facultad de Psicología

Ha sido una segunda casa en la que no solamente hemos adquirido conocimientos y experiencia en el campo de trabajo del psicólogo, sino, además, nos ha permitido conocer a nuestros amigos con lo que compartimos aprendizaje y vivencias.

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS NELLI

A Dios:

Gracias señor, por darme cuanto me has dado, por todo la felicidad y la adversidad, por las personas que me aman y por las que me hieren, por permitirme encontrar fortaleza aun de la flaqueza, por bendecir mi camino e iluminar mi vida, por los padres y el hermano que me diste, por mis sueños logrados, por la unidad y el amor, por la dicha y la paz y por guiarme siempre hacia tu luz divina.

A mi Madre:

Hoy quiero agradecerte nuevamente el apoyo que me has dado, en todo cuanto emprendo, por enseñarme a conducirme por la vida, por tu ejemplo de luchar siempre por lo que deseo, por mostrarme que las riquezas más grandes del mundo, son los triunfos en la vida y la armonía de la familia.

Te amo Amy

A mi Padre:

Papito, tú siempre me has demostrado que trabajar duro y la perseverancia son muy bien recompensados, que la fortaleza de uno mismo es la base para triunfar y vencer todos los obstáculos y hoy quiero mostrarte que tu empeño en educarme, me ha servido para cumplir una meta y que mi triunfo, también es tuyo.

Te amo Papito

A mi hermano:

Luisito, gracias por compartir conmigo tantas cosas, por estar a mi lado siempre, en las noches de desvelo, por tus bromas y travesuras, por tu espontaneidad y sinceridad. Hoy me toca compartir contigo, este logro tan grande y maravilloso para mí, pues tú has tenido gran partida en este trabajo.

Te quiero mucho Luisito

A mi abuelita:

Anita, gracias por darme sabios consejos, por estar ahí en el momento que lo necesito. Gracias por alentarme día a día para seguir adelante y por el angelito que me diste.

Te quiero

A Luisito y Tomasita:

Por haber sido los viejecitos más simpáticos y cariñosos en mi vida. Mis queridos bisabuelitos, que sé que en todo momento han estado a mi lado, desde el día que partieron, para seguir cuidándome y compartiendo mis alegrías y tristezas.

A Juanita y Sotero:

Por haber sembrado en sus hijos unión y respeto, por que me han dado una familia verdadera y por una de las riquezas más grande de mi vida Mi Papito.

A Juan:

Amor, gracias por tu paciencia, comprensión, amor, ternura por tu tiempo, por compartir momentos agradables y desagradables, por alentarme día con día, por ayudarme siempre, por ser partícipe de mis sueños y por estar a mi lado.

Te amo

A mis tíos:

Mely (t), Margarita, Antonio, Candy, Tino (t), Rqsa, Tomás, Lupe, Beto, Gloria, Chayito (t), Bertha, Ana Bertha, Víctor, Luis, Vicky, Lupita, Con, Simo, Anita, Pepe, Rqfael y todos los demás. Gracias por enseñarme que la clave de la riqueza espiritual es la unión y el trabajo constante, por apoyarme y ayudarme cuando lo he necesitado.

Los quiero mucho

A mis padrinos:

Por su cariño, por sus enseñanzas, por apoyarme siempre y por muchas cosas más.

Los quiero y los admiro

A Irene y Pedro:

Por todo su apoyo, porque aún sin parentesco alguno, me han dejado ser parte de su vida y su familia, por todo lo que me han dado, por permitirme compartir con ustedes una alegría más para mí.

Los quiero y los admiro

A mis primos:

Dany, Delia, Mely, Ara, Anita, Manuel, Yuri, Susy, Rocío, Paula, Lupita, Tomás, Rosaura, Fer, José, Cuca, Carlos, Perla, Sara, Omar, Juan, Anita, Alina, Ely, Fernando, Julio, Xochitl, Dulce, Chucho, Laura, Angélica, Judith, Gina. Sin olvidar a mis queridos primos postizos Mony, Hugo, José y Geovanni. Gracias a todos por su apoyo, sus bromas, por los momentos compartidos y por ser mi familia.

Los quiero mucho

A mis sobrinos:

Danielito, Natacha, Davidsin, Bere, Tino, Sammy, Gerardito, Alejandra, Jonathan, Andrea, Cinthya, Stephani, Montse, Dianita, Paola, Manuelito. Gracias por sus travesuras, ocurrencias, sinceridad, curiosidad y la alegría que contagian.

Los quiero mucho

A Margarita y Yuri:

La unión ha sido algo que nos ha caracterizado siempre, nuestras vivencias nos han permitido crecer como familia además de poder demostrar el cariño y el apoyo inigualable en todo momento, ustedes han sido seres especiales en mi vida y en mi camino, porque siempre han sido parte de mi pensamiento y de mi corazón. Gracias tía por quererme tanto.

Los quiero mucho

A Daniel, Delia, Danielito y Natacha:

Quiero agradecerles todo lo que han hecho por mí, por su apoyo en todo momento a ustedes: Delia y Daniel.

A mis niños por contagiarme de su alegría.

Los quiero mucho

A Anita, Manuel y Manuelito:

Yo sé que la distancia no ha impedido que estén al pendiente de nosotros, dispuestos siempre a ofrecer apoyo y sobre todo cariño y respeto para mi familia. Bebé eres en realidad una gran bendición para tus padres y además has traído para toda la familia alegría y esperanza.

Los quiero mucho

A Mely, Ara y David:

Sé que con ustedes voy a compartir muchas cosas más, pero hoy quiero hacerles saber que la importancia de tenerlos es realmente valiosa para mí. Mely y Ara gracias por compartir conmigo alegrías y momentos difíciles.

David eres un pequeñito que con tus ocurrencias muestras tu nobleza y tu gran alegría y sinceridad.

Les quiero mucho

A mis tíos Esther, Néstor, Anita, Pepe, Simo:

Sus consejos, ocurrencias y experiencias han sido siempre importantes para mí, pero la mejor de las riquezas ha sido el cariño que me han demostrado.

Los quiero mucho

A mis maestros inolvidables:

Lulú, Estelita, Carolina, Olivia, Hortencia, Jorge, Rosalba, Eva y Gilberto. Porque ustedes me enseñaron que lo mejor es trabajar duro y de manera constante para gozar de enormes satisfacciones.

Gracias por todo

A mi querida maestra Carolina:

Por haberme enseñando a leer y escribir, además de sembrar en mí la ambición de superarme mediante la constancia y la perseverancia, tratando siempre de dar mi mayor esfuerzo.

Gracias

A mi querida maestra Hortencia:

Por estar siempre al pendiente de mí y de mi familia, por alentarme cada vez que es necesario, por mostrar que nuestra fortaleza puede ayudar a asimilar las más grandes tristezas y que aun en la peor convalecencia de la vida no debemos perder nuestro sendero.

Con admiración y cariño

A Lili:

Por haber compartido parte de tu vida conmigo y con mi familia, por la sencillez, la alegría, la sinceridad, el entusiasmo, la valentía y todo cuanto te caracterizaba.

Y porque estoy segura que desde donde estás, eres feliz y puedo compartir contigo esta alegría y este triunfo, que quiero que sepas que también se lo dedico a tu mamá como un triunfo tuyo, pues se que es lo que hubieras logrado para ti y para ella.

Te quiero

A Sandra:

Mi querida amiga, la más seria y tolerante, haciendo siempre todo con gran dedicación y esmero. Sandra, te admiro y te agradezco tanto tu amistad, tu confianza y gran sinceridad.

Te quiero mucho

A Vic:

Ayoyándome en todo momento, el amigo máspreciado, él que siempre tiene una palabra para mí de consuelo, de aliento, de fortaleza, de bromas; que comparte tantos secretos e ilusiones conmigo.

Te quiero muchísimo

A Gis:

Por ser una amiga sincera y paciente conmigo, que además de compartir sueños, alegrías y tristezas, me ha demostrado una amistad grata y verdadera, dispuesta siempre a escucharme. Gis, hoy además de todo eso, hemos logrado cumplir una meta tan importante para ambas.

Te quiero mucho

A Pao:

Pao, eres una gran amiga para mí, que ha sabido escucharme y regañarme cuando es necesario, gracias por darme la oportunidad de saber que eres mi amiga, por compartir momentos de alegría, ilusión, trabajo y tantas cosas más.

Te quiero mucho

A Ive:

Ive, la más trabajadora de todas mis amigas, entusiasta y optimista. Nunca olvidaré los momentos más gratos que vivimos juntas, las cosas que aprendimos y disfrutamos, pero sobre todo la amistad que nos une.

Te quiero mucho

A Gris:

Tan cariñosa y alegre, Gris gracias por ser mi amiga y compartir conmigo tantas cosas agradables, el trabajo, por ayudarme y animarme en tiempos difíciles.

Te quiero mucho

A Ceci:

Ceci, eres una gran amiga, que con su alegría y eterna sonrisa, ha ocupado un lugar muy especial en mi vida, gracias por estar conmigo en este momento importante para mí.

Te quiero mucho

A Normis:

Tan distraída y de buen humor, siempre dispuesta a ayudar en todo momento, eres una gran persona a la que agradezco la confianza que me has brindado.

Te quiero mucho

A Diana:

Gracias por contagiarme de tu singular alegría y entusiasmo, por mostrarme en todo momento apoyo, solidaridad y sinceridad, por que siempre has compartido todo conmigo, por eso quiero compartir este triunfo también contigo.

Te quiero mucho

A Oscar:

La lucha por superarse cada día más es un aliento para vivir, eso es siempre lo que me has dicho, gracias por ser mi amigo.

Te quiero

A Ari:

Tu cariño y apoyo han sido algo muy importantes para mi vida, eres una gran amiga que ha sabido escucharme siempre.

Te quiero

A Nancy:

Tu buen humor y simpatía han logrado cambiar algunos momentos de tristeza por alegría, gracias por compartir esto conmigo.

Te quiero

Al cuarteto más loco:

David, Edson, Victor y Manuel por sus locuras, travesuras y alegría de siempre, y por ser amigos míos.

A Guada:

Aunque los enemigos más grandes para nuestra amistad han sido la lejanía y la duda, sólo quiero decirte que te quiero mucho y que te agradezco el haber compartido parte de tu vida conmigo.

DEDICATORIAS GISELA

A DIOS, por darme la vida, por permitirme alcanzar una de las metas más importantes para mí, por todas las cosas buenas y malas, por mis alegrías y mis tristezas porque gracias a esas experiencias aprendí a valorar la vida y a toda las personas que siempre han estado a mi lado y han compartido todos esos momentos conmigo.

A TÍ MAMA

Quiero compartir contigo este día tan importante para mí porque tu has sido uno de los pilares importantes en mi vida, porque has estado conmigo siempre en todo momento, por tu amor, consejo y apoyo, por ser un ejemplo a seguir en cuanto a tu fortaleza y tus ganas de salir delante, por creer en mí y principalmente por ser una excelente madre, TE AMO. Este logro quiero dedicártelo con mucho amor.

PAPA

Por todo lo que me has enseñado por tu comprensión en los momentos difíciles y sobre todo por creer en mí, te quiero mucho y quiero dedicarte este logro y espero compartir contigo muchos más.

WENDY Y PEDRO

Este día tan importante para mí quiero compartirlo con ustedes porque a pesar de las dificultades o desacuerdos que hemos tenido siempre han estado conmigo apoyándome y aconsejándome, quiero hoy darles las gracias por todo y dedicarles este logro así como recordarles lo mucho que los quiero y lo importante que han sido los dos en mi vida. Gracias también por ayudarme siempre con su ejemplo de superación, los quiero mucho.

A JANNY

Chapis, de sobra sabes que te quiero mucho y espero en verdad que siempre sigamos así. Este logro quiero dedicártelo porque compartiste desvelos conmigo y siempre estuviste presente gracias por ser mi hermana por tu alegría y por ser como eres te quiero mucho.

FALLE

No tengo palabras para decirle cuanto la quiero y lo importante que es para mí, Gracias por estar aquí y por acompañarme siempre y sobre todo por su amor. Quiero dedicarle con mucho amor esto que he logrado y recordarle que gracias a usted he aprendido cosas importantes de la vida que me han servido mucho y espero que sigamos siempre juntas compartiendo todas las cosas buenas que la vida nos da, la quiero mucho.

A MIS TÍAS Y TÍOS

A ti tía Lety quiero dedicarte y compartirte hoy el cumplimiento de esta meta y quiero darte las gracias por preocuparte y estar siempre al pendiente de mí, por escucharme y darme en todo momento un consejo o una palabra de aliento, te quiero mucho; tía Ade que te puedo decir, sabes que te quiero mucho y quiero también compartir contigo este logro; tía Armida (Uva) quiero darte las gracias por tu cariño, amor, consejo y apoyo, por estar conmigo y principalmente por creer en mí; también quiero compartirlo con ustedes tíos Andrés, Jorge, Rosa, Toño y Gon, por su ejemplo de lucha y trabajo a ustedes tío Jaime y tía Coco por su cariño y consejo, los quiero mucho.

LETY (POOJI)

Sabemos que el buen cariño no solo se demuestra en los buenos momentos y nosotras gracias a Dios hemos aprendido a demostrarnos ese cariño siempre, quiero darte las gracias por tu compañía y amor, por enseñarme a sonreír más, y simplemente por ser como eres, gracias Ale por tu paciencia, por escucharme y aguantarme en mis momentos difíciles, te quiero mucho. Gracias a ti Einar por enseñarme a sonreír, por hacerme enojar, por que con tu amor y tu sonrisa me has regalado tanta felicidad, porque me has permitido regalarte parte de mi amor que en ti refleja ese angelito que se fue al cielo, te adoro, bebé.

MIRE

Sabes de sobra que te quiero mucho y este logro quiero dedicártelo con mucho amor porque tú has sido como una hermana para mí, porque siempre has sabido escucharme y regañarme cuando lo has creído necesario quiero hoy darte las gracias por todo y compartir tanto contigo como con Ximena y Alfredo esta meta cumplida y espero podamos compartir muchas más.

A MIS PRIMAS y PRIMOS

A ti Paty por tu consejo y motivación siempre; Elsy por compartirme parte de tus alegrías, A ustedes Noemí y Felipe por preocuparse siempre por mí y motivarme a continuar y alcanzar mis metas, a Peque y Toño por su ejemplo de superación, unión y amor, a Susi y Quique por compartirme parte de su vida y apoyarme, a Liliانا y Memo por estar a mi lado y compartir estos momentos, a Flor por compartirme e inyectarme parte de tu locura y energía, A ti Alma por tu confianza y por creer en mí, a Eriberto por demostrarme que todos podemos tener cosas buenas y que podemos compartirlas si es que lo deseamos, a ti Jorge (Millón) por apoyarme moralmente porque en verdad me has hecho sentir que puedo contar contigo en todo momento y saber que tengo a mi lado a un gran primo, te quiero mucho; a ti Claudia (pachas) por que has creído en mí, gracias por tu confianza; a, Jaz y Jimmy porque siempre han estado al pendiente de mí, porque me han brindado consejos y abrazos de corazón a pesar de las diferencias que han pasado en las familias, los quiero mucho.

A MIS SOBRINOS

Brenda, Irvin, Toñito, Cesarín, Leslye, Tania, Lupita, Jorge, Jonathan, Jobany, Mayra, por su amor y cariño, por que con su inocencia y ternura me han enseñado mucho de la vida, por participar siempre con alegría y entusiasmo en cada uno de los proyectos a lo largo de mi carrera. Gracias.

AGRADECIMIENTOS

Contador León Mena

Gracias por motivarme siempre a salir adelante, por brindarme también siempre una palabra de aliento, por escucharme a pesar de sus múltiples ocupaciones por todo ese apoyo no solo para mí y porque nunca nos ha dejado solas.

Juanita

Quiero aprovechar para darte las gracias por haberme escuchado y brindarme su apoyo incondicional.

Ma. de Jesús

Por estar siempre conmigo, por tenerme confianza y por ese apoyo siempre brindado.

Alfonso

Gracias porque a lo largo de mi carrera estuviste apoyándome en diversas actividades y proyectos, porque gracias a ti aprendí muchas cosas de la vida y principalmente a valorarla, por escucharme aunque no fuera lo que tú quisieras escuchar, por tu consejo y preocupación, por creer en mí y estar siempre a mi lado.

A ti Daniel

Gracias por inyectarme siempre buena vibra y alegría, por enseñarme a sonreír, porque siempre en todo momento para ti es fácil robarme una sonrisa, por tu apoyo y comprensión. Te quiero mucho.

Ulises

Sabes de sobra lo mucho que te estimo y quiero compartir este logro contigo y darte las gracias por creer en mí.

Alejandro del Salvador

Ale, sabes que te quiero mucho aunque me cuentes algunas mentiras, solo quiero darte las gracias por estar al pendiente de todos mis movimientos y siempre escucharme, regañarme, así como hacerme enojar y sobre todo por motivarme siempre a salir adelante.

MVZ Pablo Ramírez

Gracias por tu apoyo, entusiasmo y algunas veces buen humor, por escucharme y creer en mí, gracias por tu confianza.

A Beto, Juan y Gus por su apoyo y por tiempo compartido.

A todos ustedes, quiero dedicarles este logro que es parte importante de mi vida.

A MIS AMIGAS

Nelli

Gracias por tu compañía, consejo, amor y paciencia, gracias por compartir este sueño de las dos, por demostrarme siempre tu cariño, por tu sinceridad, por haber estado siempre conmigo incondicionalmente quiero decirte que te quiero mucho y quiero felicitarte por todo lo que eres y espero que sean muchas más las cosas que podamos lograr.

Norma

Sabes que eres una chica a la que aprecio mucho porque aunque fue poco el tiempo que estuvimos juntas creo que aprendimos a compartir nuestros secretos a escucharnos y darnos un consejo quiero recordarte que te quiero mucho y compartir contigo este momento, gracias por tu amistad.

Ive

Me da mucho gusto haberte conocido y quiero agradecerte porque siempre estuviste presente con una sonrisa, una palabra de aliento, con alegría y sobre todo con deseos de superación, gracias por ser mi amiga.

Pao

Quiero compartirte esta meta alcanzada y darte las gracias porque me enseñaste a valorar muchas cosas, me enseñaste que también el dolor se disfruta y siempre estuviste ahí para escucharme y apoyarme, te quiero mucho.

Ceci

Me da mucho gusto poder escribirte hoy las cosas que nunca te he dicho y quiero darte las gracias porque sin querer muchas veces me ayudaste con tu alegría y entusiasmo para hacer las cosas, por esta razón quiero compartir también contigo esta meta alcanzada y recordarte que te quiero mucho.

Gris

Gracias por tu cariño, ternura e inocencia, por ser mi amiga y por compartir este momento conmigo, no olvides que te quiero mucho.

También quiero dedicarles este logro a ustedes los chavos más locos y alegres, que estuvieron siempre presentes motivándome y haciéndome reír en todo momento David, Manuel, Edson, Juan, Victor.

Diana,

Hemos compartido momentos maravillosos y esos momentos han tenido de todo, tristezas, alegrías, enojos; en fin, pero todas las experiencias nos han permitido darnos cuenta del cariño y la unidad que podemos tener por que sabemos que podemos confiar y desahogarnos en todo momento y que siempre habrá no uno, si no varios hombros sobre el cual nos podemos apoyar, Gracias por ser mi amiga, por estar pendiente siempre de lo que me pasa y sobre todo por tu amor y confianza.

Kenya, Gina, Citlalli, Mónica, Marina, Vania y Adriana no se me olvidan chicas quiero compartir este día con ustedes y espero que pronto compartan conmigo también este logro, recuerden siempre que las quiero mucho y aprovecho para darles las gracias por todos los buenos momentos que pasamos a lo largo de la carrera.

A Felipa, Lupe, Erika, Blanca, Nelsy, Fabiola, Marisol, Reyes, Cristian y todos ustedes que siempre creyeron en mí y me motivaron. Este logro lo quiero compartir con ustedes Gracias por todo.

A Mónica Uribe

Gracias Mony, por tu apoyo siempre y en todo momento, por tu consejo no solo para el trabajo y por todas las cosas positivas de la vida y el trabajo que me enseñaste.

A la Profesora Ma. Eugenia

Por su apoyo en la realización de este proyecto y por su motivación a seguir siempre adelante. Gracias.

A todos los niños y niñas del CENADI

Gracias chicos y chicas por haber participado con entusiasmo en este proyecto por contagiarme siempre esa energía y por su amor que siempre me brindaron incondicionalmente, por enseñarme lo bello de la vida así como la inocencia de la infancia, no los olvidare Viri, Osvaldo, Daniel, Alejandro, Adrián, Octavio, Vicente, Dennise, Jocelyn, Luz, Mechie, Diego, Macarena, Ma. Fernanda, Mariana, Ma. Jose, Moy, Ma. Fer y Marco.

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2
CAPÍTULO 1 SALUD	
1.1 Antecedentes de la Psicología de la Salud	5
1.2 Definición de Psicología de la Salud	6
1.3 Puntos de interés y principios básicos	7
1.4 Definición de Salud	7
1.5 Definición de Prevención	9
1.6 Definición de Salud Comunitaria	11
1.7 Antecedentes de la Psicología Comunitaria	12
1.8 Campo de trabajo de la Psicología de la Salud y Comunitaria	13
1.9 Áreas de aplicación de la Psicología de la Salud y Comunitaria	16
CAPÍTULO 2 Habilidades Sociales	
2.1 Breve historia del estudio de las habilidades sociales	19
2.2 Definición y descripción de las habilidades sociales	20
2.3 Adquisición de las habilidades sociales	22
2.4 Consecuencias ante la carencia de las habilidades sociales	23
2.5 Habilidades sociales en la infancia	25
CAPÍTULO 3 AGRESIÓN: CAUSAS Y CONSECUENCIAS	
3.1 Agresión: una panorámica global	29
3.2 La agresión desde diversas perspectivas teóricas	29
3.3 Definición de agresión	31
3.4 Tipos de agresión	32
3.5 Agresión infantil	33
3.5.1 Características de los niños agresivos	34
3.6 Factores asociados a la conducta agresiva	35
3.7 Consecuencias y manifestaciones de la agresión	39
3.8 Habilidades sociales vs. Agresión	40
3.9 Investigaciones realizadas	42
MÉTODO	
Muestra	44
Escenario	44
Materiales	44
Instrumentos	45
VARIABLES	46
Diseño	46

Procedimiento	46
Tratamiento	47

RESULTADOS

1) Resultados de registros observacionales de conductas agresivas	49
2) Resultados generales de registros observacionales de conductas agresivas	87
3) Resultados de registros observacionales de habilidades sociales	89
4) Resultados generales de registros observacionales de habilidades sociales	127
5) Resultados del Cuestionario de Agresividad Infantil para Maestros	129
6) Resultados del Cuestionario Índice de enojo	131
7) Resultados del Cuestionario de Validación Social	133

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	134
-------------------------------	-----

BIBLIOGRAFÍA	137
---------------------	-----

ANEXOS

ANEXO A CAI	145
ANEXO B CAIM	146
ANEXO C I.E	147
ANEXO D Registros observacionales de conductas agresivas	150
ANEXO E Registros observacionales de habilidades sociales	151
ANEXO F Cuestionario de Validación Social	152
ANEXO G Manual del taller de Entrenamiento en habilidades sociales para niños preescolares: disminución de la agresión.	154

RESUMEN

El presente trabajo muestra una intervención, que tiene como finalidad establecer en el repertorio conductual de los niños preescolares, habilidades prosociales como medio para disminuir la incidencia de conductas agresivas.

Las principales habilidades que se entrenaron fueron: contacto visual, contacto físico positivo, conductas prosociales (conductas de ayuda), alternativas de solución; todas ellas mediante ensayos conductuales.

Los sujetos que participaron en el estudio fueron 19 niños (10 mujeres y 9 varones) con edades fluctuantes entre cuatro y seis años de edad, con un nivel socioeconómico medio, sin tratamiento psiquiátrico y/o farmacológico, que presentaban conductas agresivas y pertenecientes a un Centro de Desarrollo Infantil del sur de la ciudad de México.

Los resultados arrojan un incremento en la frecuencia de conductas prosociales y en contraparte se logro un decremento en la frecuencia de conductas agresivas.

Palabras clave: Habilidades sociales, agresión, niños preescolares, ensayos conductuales, prevención secundaria.

INTRODUCCIÓN

Entre los principales objetivos de la Psicología se encuentra la promoción de la salud, que de acuerdo con la OMS (1978) es el "completo estado de bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades", dentro de las diferentes comunidades, entendiéndose "comunidad" como un grupo de personas que comparten un lugar, experiencias y/o intereses (Caja de Herramientas Comunitarias)

La Psicología como una ciencia encargada de lograr y preservar el bienestar del individuo, busca la prevalencia de la salud en todos los sectores de la población, tratando de minimizar todos los factores de riesgo que afecten al desarrollo e integración del individuo a su comunidad. Dado que las circunstancias y las necesidades de los distintos individuos y grupos sociales no son uniformes, y los objetivos a veces son diferentes, las secciones para lograr la salud comunitaria se dirigen a grupos o ámbitos concretos de actuación, uno de estos ámbitos es la escuela cuya finalidad es inculcar conductas y conocimientos además de habilidades que favorezcan al individuo en su desarrollo (Salleras, 1990)

Cabe señalar que la salud de la comunidad, se puede lograr mediante actividades integradas y planificadas de protección y promoción de la salud, prevención, tratamiento, y rehabilitación. Una de las principales aproximaciones de la Psicología hacia los problemas de salud, es que la mejora del bienestar comunitario se puede realizar mediante la prevención; que de acuerdo a Escallón (1987) es un proceso activo y de doble vía de implementación de planes o programas formativos, de presentación de alternativas y estrategias de intervención, promoviendo la creación de condiciones que reduzcan al mínimo posible la incidencia y/o prevalencia de problemas sociales relevantes, estimulando cambios de actitudes, valores y comportamientos. Es importante mencionar que la prevención se puede aplicar en tres niveles, mismos que se adaptan dependiendo de las características de la problemática a tratar, pero el objetivo sigue siendo el mismo "buscar una mejora en la salud del individuo".

Para incrementar el bienestar del individuo se debe hacer un análisis que permita conocer que factores pueden fungir como protectores para el ser humano, y al mismo tiempo se conocen estilos de vida y conductas del individuo; uno de los principales medios para mejorar y/o cambiar los estilos de vida de la población es la Modificación conductual, la cuál, se puede aplicar a una gran variedad de problemáticas y poblaciones teniendo siempre la misma finalidad, crear estilos de vida saludables, que permitan la salud del individuo y/o población.

En el presente trabajo se hace una revisión de los puntos esenciales que se enfocarán a mejorar y/o establecer algunas conductas que permitan disminuir los índices de agresividad en el infante, pues parece ser que la agresión es una de las bases para que el individuo sea agresivo en etapas adultas. Cabe señalar que la intervención realizada se encuentra bajo el nivel de prevención secundaria, debido al objetivo de la misma y a las características de la población.

La literatura reporta que los niños delincuentes y agresivos muestran generalmente, deficiencias en el manejo interpersonal y en el desarrollo de habilidades prosociales; por lo que autores como Dodge y Murphy (1984), Meichenbaum y Goodman (1971), Novaco (1975), Ortiz (2000), han estructurado programas que permiten al usuario aprender a controlar su enojo ya que éste se encuentra ligado a la presencia de conductas agresivas en el individuo. Sin embargo, la mayoría de estos trabajos están encaminados a poblaciones mayores de cinco años, por lo que surge la inquietud de enfocar programas hacia la población preescolar, dado que esta etapa puede ser clave para lograr la prevención de problemas de conducta en etapas posteriores.

La etapa preescolar es precisamente en la que se inician o fortalecen las pautas para el desarrollo social, por lo que es importante conocer que factores propician la conducta agresiva (Roldan, 1990) y más aún lo es intervenir en esta etapa del desarrollo.

Además, autores como Zax y Specter (1979) mencionan que el niño de corta edad es un organismo rápidamente cambiante que puede ser particularmente susceptible a las influencias positivas; su adquisición de las habilidades de la vida en este tiempo, constituye el fundamento para la adaptación futura; y aún no ha aprendido muchas de las conductas adaptativas que tendría que desprender primero si la intervención hubiera de tener lugar más tarde en su vida.

Por su parte Luria (1961) se interesa en conocer cómo es que el niño llega a regular su conducta por medio del lenguaje interno; en tanto que Little y Kendal (1979) mencionan que "el proceso del desarrollo del control verbal sobre la conducta, parece seguir una secuencia evolutiva uniforme y a la edad de tres años aparece el auto-control, que es cuando el menor aprende a responder a sus propios signos verbales, además, el niño a esta edad puede seguir instrucciones complicadas y es también cuando comienza a regular su propia conducta mediante la autoinstrucción verbal".

El alcance de los programas es enseñar a los niños a ser competentes socialmente como medio para prevenir los desajustes que se han encontrado ligados a pobres relaciones interpersonales con los iguales y a conductas agresivas, y lo más importante es que estos se puedan realizar en diversos escenarios y con diferentes poblaciones; la escuela constituye el lugar más propicio para llevar a cabo programas de enseñanza de habilidades sociales que permitan la disminución de éste tipo de conductas (Gil, 1996)

Es importante que se realicen programas que permitan la disminución de la agresión, ya que las personas agresivas constituyen un problema para la sociedad (González, 1988); además, de que esto permite el bienestar de la misma.

Como se ha mencionado anteriormente la agresión se relaciona con la deficiencia del manejo de habilidades sociales, principalmente en cuanto a la ausencia de técnicas adecuadas para interactuar, además de poder controlarse en situaciones de enojo para mejorar la capacidad de solución de problemas. Estas habilidades o conductas, son susceptibles de un cambio para incrementar su repertorio conductual, de tal manera que se vea beneficiado el individuo y por ende su comunidad. La etapa preescolar, es una de las más aptas para comenzar

a intervenir en estos aspectos, dado que en esta etapa empieza la consolidación de ciertos comportamientos como la interacción social y el manejo de situaciones conflictivas para el ser humano. El niño se convierte en un buen candidato para el aprendizaje de conductas a través de la modificación conductual, en donde se mezclan aspectos como el modelado, el aprendizaje social y el reforzamiento, encaminando estas técnicas al mantenimiento de las conductas que se tratan de transmitir al menor y el objetivo más ambicioso, en todo caso, es lograr que estos elementos se mantengan entre las conductas del individuo.

El presente trabajo se encuentra encaminado a la prevención secundaria de conductas agresivas, mediante un programa de entrenamiento en habilidades sociales, sirviendo éstas como factores protectores de la conducta agresiva. El entrenamiento principalmente se enfoca a la enseñanza de habilidades sencillas que permiten mejorar una relación interpersonal (contacto visual, contacto físico positivo, hablar en primera persona, escuchar, esperar turno) e incrementar la capacidad para solucionar y manejar situaciones problemáticas, a través de las técnicas de modificación conductual, siendo éstas las más efectivas para producir cambios en el repertorio conductual del ser humano, además de ser objetiva, medible y cuantificable.

SALUD**1.1. Antecedentes de la Psicología de la Salud**

En los últimos años se ha observado un interés creciente por vincular la Psicología con los problemas de salud humana, más allá de los estrechos límites del llamado campo de la salud mental. Han surgido nuevas interdisciplinas o subcampos de conocimiento sobre los ya existentes como la psicología de la salud, la salud conductual, medicina conductual, la inmunología conductual y muchos otros. Todas estas interdisciplinas tienen como propósito, destacar la importancia que revisten los factores derivados del comportamiento individual en la prevención terapéutica y rehabilitación de los problemas de salud, tal como se perciben desde la óptica de la medicina clínica experimental (Ribes, 1990). Concretamente, el término Psicología de la Salud se viene utilizando desde finales de la década de los 70's por un gran número de psicólogos, para denominar la actividad de la Psicología y de sus profesionales en el ámbito de la salud (Reig, Rodríguez y Mirá, 1987)

Como en otros campos, el desarrollo de la Psicología de la Salud en los diferentes países no ha sido uniforme: algunos cuentan con escenarios de trabajo, líneas de investigación y programas de formación consolidados, mientras que en otros éste aún es incipiente ó aún no se inicia; sin embargo, el desarrollo y el avance de la Psicología de la Salud han sido relativamente acelerados. En América Latina se ha registrado el más rápido crecimiento del número de psicólogos con entrenamiento profesional; Brasil y México son los países con mayores avances en este campo, seguidos por Venezuela, Colombia y Cuba. En la década de los 70's la Psicología de la Salud inició formalmente en países como Brasil y México. El avance se vio fuertemente influido por el desarrollo de la Medicina Conductual y la Retroalimentación biológica, que en esos momentos tenían en Estados Unidos un gran auge. Miller, Hefferline, Holtzman, Basmajian, Weiss, Matarazzo y Sterman fueron algunos de los asesores que se iniciaron en el campo (Rodríguez, 1988)

En algunos países la Psicología de la Salud inicia en las universidades a través de la creación de líneas de investigación de interés de los académicos, que posteriormente fundamentaron el establecimiento de los programas de formación de especialistas. En México, en 1986 se establece el primer programa de formación en el ámbito de posgrado, enmarcado en el modelo de las residencias médicas; esto es, el programa académico de nivel Maestría de la Facultad de Psicología de la UNAM, y se emplean los campos clínicos de las instituciones del sector salud para el desarrollo del programa, lo que les permite a los psicólogos en formación participar en diferentes escenarios de los tres niveles de atención (op. cit, 1988)

El concepto de la Psicología de la Salud ha sido una construcción progresiva que parte de un enfoque diferente, al menos en lo que se refiere a los aspectos aplicados y de ejercicio

profesional de la Psicología. La Psicología de la Salud se interesa por "el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la presentación de servicios de salud, lo que se expresa en el plano práctico que incluye acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas, además de la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben" (Morales C., 1999, pag. 88)

1.2 Definición de Psicología de la Salud

La Psicología de la Salud es el campo dentro de la Psicología, que intenta comprender la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de salud, así como el proceso por el que se llega a éste y cómo responde una persona cuando está enferma (Taylor, 1986). Esta área intenta comprender los cambios que se producen en una persona cuando se enfrenta a una determinada enfermedad crónica; además, establece una serie de recomendaciones para la interacción del personal de salud con el paciente. A pesar de que la Psicología de la Salud estudia los aspectos psicológicos de la salud y la enfermedad, la atención se centra en la promoción y el mantenimiento de la salud (Latorre, 1994)

La Psicología de la Salud ha sido definida como "el conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la psicología para el fomento y preservación de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, así como la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, de enfermedad y las distinciones relacionadas" (Phares, 1996, pág. 438)

Una de las definiciones más completas, que se han dado sobre Psicología de la Salud es la de Matarazzo que también ha sido retomada por la división de Psicología de la Salud de la American Psychological Association quienes dicen que es "la suma de las aportaciones docentes y de educación, profesionales y científicas específicas de la disciplina de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos y diagnósticos de la salud, enfermedad y disfunciones afines, y para el análisis y mejora del sistema para el cuidado de la salud, así como para la configuración de las políticas sanitarias" (Matarazzo, 1980., pág. 815)

Stone (1991) considera que la Psicología de la Salud comprende cualquier aplicación de los conceptos o métodos psicológicos a cualquier problema surgido en el sistema de salud, no solo en lo que se refiere al sistema de atención a la salud, sino también en la salud pública, la educación para la salud, la planeación de la salud, el financiamiento de la salud, la legislación sobre salud y otros componentes de este tipo del sistema total (Morales C., 1999)

Para B. L. Bloom (1988) la Psicología de la Salud se relaciona con el estudio científico de la conducta, ideas, actitudes y creencias relacionadas con la salud y la enfermedad.

1.3 Puntos de interés y principios básicos.

Dentro de los principales puntos de interés de la Psicología de la Salud, se encuentran todas las variables psicológicas en el proceso salud-enfermedad, que se asume en su carácter multicausado, incluyendo también entre sus intereses los problemas de atención de la salud y enfermedades de las personas, lo que supone asuntos organizativos, económicos y psicológicos; además, se ocupa de la atención y curación de los enfermos, incluyendo la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; por otro lado, la Psicología de la Salud, se relaciona con todos los problemas de salud, ya sea que estos se expresen en cuanto a enfermedad primordialmente a través de manifestaciones "mentales" o "corporales", división que por demás resulta impropia (Morales C., 1999)

1.4 Definición de Salud

Dado que el objetivo principal de la Psicología de la Salud es buscar la prevalencia de la salud en todos los sectores de la población, es fundamental conocer las diferentes definiciones que se le han dado al término salud.

Desde el punto de vista médico para definir "salud" se debe comenzar por entender lo que es normal, que se define como el promedio de lo que no se desvía de cierto valor medio; por otro lado dentro de la biología lo normal es algo más que un promedio, un valor normal corresponde a variaciones más o menos finas alrededor de un promedio característico para una población dada en su ambiente específico, cuando una característica estructural o funcional se desvía significativamente de lo normal en forma que produce síntomas no usuales o inconvenientes a la biología del ser humano, entonces la variación pasa a constituir una anomalía. Lenta o bruscamente se pasa de la normalidad a la anomalía sin que exista una frontera entre normal y anormal. La variación ecológica está ligada tan íntimamente al ambiente que a veces sucede que lo que es considerado normal en un lugar puede ser considerado anormal en otro. Observándose estas variaciones dentro de grupos de una misma sociedad, es necesario aclarar el campo en el que se definen y se aplican los conceptos de normalidad y anomalía, así como los de salud y enfermedad, de lo contrario se perpetúan ambigüedades y confusiones en los términos (San Martín, 1984)

La salud y la enfermedad, dos grados extremos en las variaciones biológicas, son pues, la resultante del éxito o el fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones de nuestro ambiente total (op. cit., 1984)

Entre las definiciones de salud se encuentra la propuesta por San Martín (1984), que dice que la "salud es una noción relativa que reposa sobre criterios objetivos y subjetivos (adaptación biológica, mental y social) y que aparece como un estado de tolerancia y compensación físico, psicológico, mental y social fuera del cual todo otro estado es percibido por el individuo y/o por su grupo, como la manifestación de un proceso mórbido" (op. cit., 1984. pág. 12)

La principal definición de salud, es la propuesta por la OMS, quién adopta un enfoque prospectivo y dinámico pero que no resulta alcanzable en todas las sociedades: "la salud es un estado de bienestar completo (físico, psíquico y social) y no solamente la simple ausencia de enfermedad o de invalidez" (OMS, 1978, pág. 3)

Algunos países del Tercer mundo, especialmente los africanos, han propuesto la llamada "definición estratégica de la salud" que estipula que "el mejor estado de salud de la población de un país corresponde al mejor estado de equilibrio entre los riesgos que afectan la salud de cada individuo, de la población y de los medios existentes en la colectividad para controlar estos riesgos, teniendo en cuenta la cooperación activa de la población" (San Martín, 1984, pág., 12)

Para Milton Terris (1982), la salud tiene dos aspectos: Uno subjetivo que se refiere a "sentirse bien" y el otro objetivo que implica "la capacidad para la función". Sobre esta base Terris modifica la definición de la OMS diciendo que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y de capacidad para la función y no sólo la ausencia de enfermedad (en cualquier grado) o de invalidez (op.cit, 1984, pag.12)

Cornillot (1978) piensa que la ambigüedad de la noción de salud impide formular una definición absoluta, evaluable por criterios objetivos; para él, "la salud es una noción perfectamente subjetiva: no reposando sobre ningún criterio objetivo de carácter biomédico o socioeconómico, la salud aparece como un estado de tolerancia y de compensación física, psicológica, mental y social fuera de la cuál toda otra situación es percibida como enfermedad (op.cit, 1984)

Perkins, (1938) se refiere a la salud como un estado relativo de equilibrio de la forma y la función corporal, mismo que resulta del ajuste dinámico del organismo con las fuerzas que tienden a alterarlo, por lo que la considera como una respuesta activa de las fuerzas corporales que funciona como establecedor del ajuste" (Vega, 1992, pág. 2)

Cabe mencionar, que aún no existe una definición completa sobre cómo alcanzar el grado de salud, parece importante destacar que la definición más utilizada es la propuesta por la OMS. Sin embargo, la Psicología de la salud ha realizado una gran labor comunitaria para preservar la salud, por lo que ha recurrido a la utilización de varias técnicas, siendo la principal la función preventiva, la cuál se presenta en tres niveles que tienen como función primordial el contrarrestar la presencia de factores de riesgo para la salud del individuo o de la comunidad. Sin embargo, el trabajo preventivo, aún no se desarrolla hasta un punto que permita disminuir satisfactoriamente problemas en la salud del ser humano.

1.5 Definición de Prevención

En el intento por alcanzar el objetivo primordial de la Psicología de la Salud, el cuál, se centra en buscar la prevalencia de la salud en todos los sectores de la población, es importante trabajar y/o buscar la salud de la comunidad, con base, en los tres niveles de prevención.

La Psicología Comunitaria es la búsqueda de la prevención, misma que se refiere a preservar la salud de un individuo y/o comunidad, y siendo esta el principal objetivo, resulta importante hacer una revisión de las definiciones que se tienen sobre prevención.

Gerald Caplan (1964) define la psiquiatría preventiva como: el cuerpo de conocimientos profesionales tanto teóricos como prácticos que pueden utilizarse para planear, llevar a cabo programas, para reducir la frecuencia en una comunidad de los trastornos mentales de todo tipo, la duración de un número significativo de los trastornos que se presentan y el deterioro que puede resultar de aquellos trastornos.

Escallón (1987) dice que la prevención se trata de un proceso activo y de doble vía de implementación de planes o programas informativos, de presión de alternativas y de estrategias de intervención, que promueven la creación de condiciones que reduzcan al mínimo posible la incidencia y/o prevalencia de los problemas sociales relevantes, y que estimule cambios de actitudes, valores y comportamientos en las áreas afectiva, intelectual, recreativa, de acción comunitaria, de sentido de pertenencia social y de organización de metas.

Gerald Caplan (1964) plantea que existen tres niveles de prevención que son primaria, secundaria y terciaria.

La prevención primaria está destinada a disminuir la incidencia, es decir, casos nuevos de trastornos mentales en una determinada etapa. Este, es el primer nivel del sistema de salud, en él existe una vigilancia continua y control sobre los pacientes, enviándose en casos necesarios a otros niveles. Entre sus objetivos se encuentra el promover la salud, la prevención de padecimientos, otorgar primeros auxilios y atender problemas de salud comunes e inespecíficos y ciertas enfermedades crónicas (Costa, 1984). La prevención primaria tiene lugar durante la fase prepatogénica de la historia natural de la enfermedad, mediante la promoción de la salud y la protección específica (Vega, 1987); este tipo de intervención se lleva acabo en el ámbito comunitario, la función principal del modificador de conducta en este ámbito es formar miembros paraprofesionales que puedan extender los programas de prevención que se expongan (Echeburúa, 1993; Zax, 1979). Está basada en métodos y tecnologías científicamente fundadas; se encuentra al alcance de todos los individuos, familias y comunidades; tiene un costo accesible; utiliza el enfoque de riesgo para dar una atención programada y anticipatoria y promueve la participación de la comunidad con un papel protagónico en el autocuidado de la salud. Sin embargo, hasta el momento se ha subestimado la participación de la comunidad en la planeación y en el desarrollo de programas sanitarios, lo que ha perpetuado que la población asuma una actitud pasiva ante su problemática de salud y se limite a solicitar los servicios de atención en caso de enfermedad. Con esta posición paternalista se ha desaprovechado a la comunidad como una

auténtica fuente de información sobre las necesidades reales de salud y como generadora de guías de acción factibles de realizarse en beneficio de su salud y desarrollo. Esto marca la necesidad de que el sistema de salud practique una atención basada en el cuidado de poblaciones, en donde el bienestar de la comunidad sea la meta principal, aplicando una práctica preventiva (programada y anticipatoria) para la detección de riesgos específicos en individuos, familias y comunidades (Aguirre, 1994)

La prevención secundaria está destinada al grupo poblacional que a pesar de las acciones anteriores padecerán trastornos mentales. Su objetivo es el de disminuir la prevalencia de enfermedades, es decir, la duración de los casos probados de ésta. Se llama prevención porque tiende a evitar la cronicidad y las secuelas. Sus funciones se orientan hacia el diagnóstico y tratamientos tempranos y la limitación del daño (Aguirre, 1994, Echeburúa, 1993)

El tercer nivel, la prevención terciaria, apunta a reducir en la comunidad la proporción de funcionamiento defectuoso por secuelas, tratando de recuperar la capacidad productiva y la posibilidad de reintegración (Sánchez, 1997)

Una de las contribuciones de Beaglehole (1994) es que prevé la existencia de una prevención primordial, cuyo objetivo es evitar el surgimiento y la consolidación de patrones de vida social, económica y cultural que contribuyen a elevar el riesgo (Morales, 1999)

Por otro lado, la Organización de la Secretaría de salud define a los niveles de atención de la siguiente manera:

El primer nivel es una atención primaria que se enfoca principalmente a la prevención de daños y la educación de la salud, esto se lleva a cabo cuando es el primer contacto del paciente con el sector salud; esta surge en 1987 en una reunión de la OMS junto con el lema "Salud para todos en el año 2000".

El segundo nivel se compone de las siguientes especialidades que son: pediatría, cirugía general, ginecoobstetricia y medicina interna, y se encarga de darle una atención más especializada al paciente, cuándo hay indicios de una enfermedad.

El tercer nivel se dedica a restaurar la salud, por medio de acciones enfocadas a la superación de daños poco frecuentes, a través de actividades de atención médica que involucran diversas especialidades y requieren de una combinación de recursos de alta complejidad, siendo su objetivo primordial la rehabilitación (Moro, 1984)

1.6 Definición de Salud Comunitaria

Para que la Psicología de la Salud alcance su objetivo, es importante contar con un sin número de elementos o factores que contribuyan a la intervención, y entre estos elementos se encuentra la participación de la población, pues además se busca la salud comunitaria; entendiéndose por salud comunitaria, "el mejoramiento paulatino de las condiciones de vida comunal y del nivel de salud de la comunidad, mediante actividades integradas y planificadas de protección y promoción de la salud, prevención y curación de la enfermedad, incluyendo la rehabilitación y readaptación social" (San Martín, 1988, pág. 234)

Por la anterior definición se entiende que, la salud comunitaria representa la etapa más avanzada de la evolución de los esfuerzos del trabajo colectivo para promover y restaurar la salud de la población, a través de la participación social en dónde encontramos la labor de grupos interdisciplinarios (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, promotores de salud, etc.) y la misma comunidad, esforzándose por un bien común "la salud".

La función principal de la Salud Comunitaria es involucrar a la comunidad en la planificación, administración, gestión y control de las acciones que llevan al óptimo estado de salud de sus integrantes (San Martín, 1988). Además de estudiar las condiciones sociales que condujeron a la enfermedad o desorden y desarrollar medios para evitar estas condiciones (Tyler, 1984)

En la Salud Comunitaria para que los ciudadanos puedan ejercer con propiedad sus derechos y deberes de participación en la planificación, administración y evaluación de las acciones de salud comunitaria, es muy importante que estén bien informados y educados sanitariamente. En la Salud Comunitaria, la información y educación sanitaria son, pues, necesarias no sólo para que los ciudadanos contribuyan activamente a la promoción y restauración de su propia salud, sino también para que estén preparados para poder valorar las necesidades de salud de su comunidad, decidir sobre las acciones prioritarias a emprender, y evaluar su efectividad y la satisfacción de los usuarios una vez implementadas (Salleras, 1985; Anderson, 1965)

Por otro lado, se dice que la Salud Comunitaria, es el conjunto de actividades planificadas de salud y atención médico-social integradas, cuyo objetivo es alcanzar progresivamente niveles de salud mejores en la comunidad, utilizando en forma óptima los recursos existentes localmente y la participación informada y activa de la comunidad organizada (San Martín, 1998)

La Salud Comunitaria hace uso de algunas estrategias para involucrar a la comunidad, y por tanto, mejorar con mayor éxito el trabajo comunitario; dentro de éstas se encuentran la visión epidemiológica global e integrada, de la salud-enfermedad como proceso de origen y distribución social y la participación de la comunidad en la gestión de su propia salud, teniendo en cuenta la concepción que la gente tiene de salud y la de la comunidad total, así mismo se ha establecido que, la intención educativa de todas las actividades de salud, es prevenir, siendo éste objetivo prioritario, pero sin excluir la curación y la rehabilitación. Además de la planificación y evaluación de todas las actividades (op.cit., 1998)

Otro punto interesante del trabajo de la Salud Comunitaria, es que ésta toma en consideración el contar con un trabajo planificado, con objetivos precisos y una evaluación consistente; además de una concepción unitaria y global de la salud, fundamentada en la ecología humana, en la epidemiología y en la sociología. La Psicología Comunitaria se preocupa de manera permanente por el ambiente físico y social en que vive la comunidad. La orientación de los programas de salud, es primordialmente hacia la protección y promoción de la salud, la educación sanitaria y la prevención de la enfermedad, sin dejar de incluir también la medicina curativa. Por otro lado, el trabajo que se realiza es permanente y directo con una población limitada en cantidad, y con lo cual se puede contactar y seguir en forma precisa y prioritaria, además, mediante un equipo multidisciplinario que trabaja de manera conjunta con una población organizada y participante en las diferentes fases de los programas, dentro de un contexto de regionalización de los servicios de salud y de niveles progresivos de atención médica, sanitaria y social (op. cit., 1998)

Por lo anterior, entendemos que, la Salud Comunitaria utiliza programas de salud aplicados localmente en una comunidad determinada, y el rol de los servicios de salud es hacer participar a la gente, interesándola, motivándola y luego ayudando a la población a identificar y resolver juntos los problemas encontrados; por lo que la programación y la solución de los problemas debe ser un trabajo local, comunitario y no sólo de los servicios de salud aislados.

1.7 Antecedentes de la Psicología Comunitaria

La Salud Comunitaria ha sido promovida por medio de la Psicología Comunitaria, cuyos pioneros fueron Kurt Lewin (1965) y otros psicólogos sociales, quienes partieron de la premisa de que muchos problemas de las personas pueden resolverse de la mejor manera posible en el ámbito comunitario, y de que cuando los ciudadanos y los grupos se reúnen para enfrentar eficazmente un problema que afecta a la comunidad se produce un estado de satisfacción (Holtzman y cols. 1988, Phillips, 1978)

El término Psicología Comunitaria se utilizó por primera vez en el informe de una reunión de la Universidad de Boston y el Instituto de Salud Mental, denominada "Conferencia sobre la Educación de Psicólogos para la Salud Mental Comunitaria" celebrada en 1965, en donde surgen las primeras acciones enfocadas a un trabajo tradicional del psicólogo, formado fundamentalmente para el trabajo clínico. En el origen de la Psicología Comunitaria surgieron diversas posiciones teóricas y metodológicas; y lo que hacían los psicólogos involucrados en este desarrollo era enfatizar en los objetivos comunitarios y sociales una perspectiva preventiva y educativa.

La Psicología Comunitaria se apoyó en el modelo de competencia (Albee, 1980) que parte de la idea de que la "incidencia de los problemas de salud que pueda presentar un ciudadano o una comunidad de ciudadanos es una razón variable que depende, de defectos o causas orgánicas, además de los sistemas de apoyo social" (Costa, 1984, pág. 11)

Este modelo supone un conjunto de acciones que pueden ser emprendidas por los psicólogos en su trabajo con la comunidad, como el realizar la promoción de conductas saludables y conocer la influencia del ambiente, cuenta con un fácil acceso a los servicios de salud, trata de fomentar los sistemas de apoyo social, realiza una socialización del conocimiento científico sobre el cuidado de la salud para fomentar el auto cuidado y mejores recursos para enfrentar situaciones nocivas y de tensión, con la finalidad de mejorar la participación de la comunidad en los proyectos de salud, además de facilitar el acceso a servicios psicológicos, trabaja para disponer de la capacidad de evaluar las intervenciones que se realizan sobre la comunidad y realizando intervenciones de carácter interdisciplinario e intersectorial (Soberón, 1988)

En un análisis exhaustivo de los resultados de la Psicología Comunitaria en Estados Unidos, España y América Latina en la década de los 70's y 80's se encuentra que, la Psicología Comunitaria representa una intención de reconocer los problemas del comportamiento individual que son pertinentes para la salud y la enfermedad, desplazando la perspectiva desde el individuo hacia el medio. Muchas de sus experiencias pueden ser validas para el trabajo en instituciones de salud de atención primaria, y para el diseño y aplicación de proyectos y políticas de promoción de salud siempre y cuando sean bien trabajados (Morales, 1999)

Por otro lado, es importante mencionar que la Psicología cuenta con una serie de componentes que delimitan su campo teórico - práctico, como la adopción del modelo de aprendizaje social, su forma de trabajo, es buscar aquellos elementos que puedan convertirse en factores protectores. El objetivo de la intervención puede centrarse sobre el individuo, el grupo, la organización o la comunidad y puede realizar trabajo de prevención primaria y cuando se requiere de prevención secundaria.

1.8 Campo de trabajo de la Psicología de la Salud y Comunitaria

Después de haber realizado una revisión sobre los principales puntos con respecto a la Psicología de la Salud y Comunitaria, es importante conocer el campo y la forma de trabajo de éstas disciplinas.

Dado que la Psicología tiene como objetivo la promoción de la salud física del individuo y/o la prevención de las enfermedades; los psicólogos que trabajan en estas áreas tienen a su cargo, un gran rango de actividades, incluyendo la investigación, la enseñanza y la intervención; las áreas de interés de estos profesionales de la salud incluyen lo que se refiere a conductas de riesgo para la salud y encontrar aquellos factores que pueden servir como protección al individuo (Morales, 1999)

Sin embargo, el psicólogo no es el único que puede incidir en el rubro de la prevención, pues se necesita de un trabajo comunitario, mismo que debe ser multidisciplinario e integral, y es por ello, que las diversas disciplinas que estudian la salud lo hacen desde diversas perspectivas, así pues, la Medicina lo hace desde un enfoque puramente biológico, la Psicología se dedica a estudiar principalmente el comportamiento de los individuos y por último la

Sociología se enfoca a las condiciones socioeconómicas de la población. Cada una de estas áreas han abordado el estudio de la salud bajo su propia perspectiva, dejando de lado las posibles interrelaciones con otras disciplinas y sin tomar en cuenta que un manejo integral considera al individuo como un ser biopsicosocial. Es importante señalar que en el campo de la salud se han usado cambios en las áreas que la integran, y que llevan a la necesidad de ensayar nuevos esquemas complementarios de atención para sustituir a los que actualmente operan en las instituciones de salud. (Durán y González, 1994; Los Horcones, 1984)

En general, el papel principal del equipo multidisciplinario que realiza el trabajo comunitario, es que participa en este programa como una guía que ayuda a la comunidad a establecer y encontrar los medios de alcanzar sus propios objetivos. El papel de guía señala a una persona dedicada a ayudar a la comunidad a moverse efectivamente en la dirección que ella haya elegido. El equipo de trabajo, tiene como responsabilidad ayudar a la comunidad a elegir está dirección en forma inteligente, con la consideración debida a muchos factores de los que él debe estar consciente, debido a su conocimiento de experto; pero la elección de dirección y método de movimiento debe ser hecha por la comunidad. El trabajador comunitario, en todo momento, debe respetar los derechos, tradiciones y deseos de la comunidad en la que está trabajando.

Sin embargo, el desarrollo socioeconómico de México es muy lento y por lo tanto, es necesario recurrir a estrategias que permitan establecer puentes para actuar rápidamente. Una de estas estrategias es la atención primaria a la salud (APS), que ha sido identificada como primordial por la Secretaría de Salud de nuestro país. La APS está basada en métodos y tecnologías científicamente fundadas, encontrándose al alcance de todos los individuos, tiene un costo accesible, utiliza el enfoque de riesgo para dar una atención programada y anticipatoria, además de promover la participación de la comunidad con un papel protagónico en el autocuidado de la salud (Durán y González, 1994)

Todas las acciones organizadas de la comunidad dirigidas a prevenir las enfermedades y a promover el óptimo estado vital físico, mental y social de la población, son acciones de promoción de la salud. Las dirigidas a recuperar la salud cuando se han perdido, son las acciones de restauración de la salud. El objetivo de éstas, es el de fomentar la salud de la comunidad y la prevención de factores de riesgo. Se trata de incrementar el nivel de salud por medio de la prevención, de tal manera, que se mejora la calidad de vida de la población a través de la modificación de conductas que puedan causar una afección en el individuo y/o la comunidad (Salleras, 1985)

La promoción de la salud, se realiza básicamente a través de lo que se conoce como Educación Sanitaria y Medicina Preventiva. La educación sanitaria pretende incidir sobre el comportamiento, fomentando las conductas positivas de la salud, y cambiando los estilos de vida de la comunidad. Se considera que la Educación para la salud es la combinación de experiencias de aprendizaje y acciones sociales diseñadas para que las personas adquieran control sobre su salud y las condiciones que la afectan. Su eficacia depende de su planificación y del desarrollo de la misma (Rodríguez, 1988). En tanto que la Medicina Preventiva, fomenta la salud y previene enfermedades relevantes, aplicando a individuos y/o comunidades las técnicas de la Medicina preventiva (Salleras, 1985). La Medicina preventiva comparte con la Medicina

curativa, aspectos relacionados con el estudio de la etiología y epidemiología de la salud y la enfermedad, analizando todos los factores que las influyen para poder formular medidas preventivas específicas. Brindando a la familia y al individuo una educación para la salud, manteniendo y fomentando la salud y para prevenir la enfermedad. Además de mantener un control médico de la salud del individuo, en diferentes edades de la vida a través del examen periódico de la salud (San Martín, 1987)

Cabe mencionar, que los programas de salud utilizan de manera óptima los recursos económicos, técnicos y humanos para la solución de problemas de salud de una comunidad. Como ya se ha mencionado anteriormente, la epidemiología tiene un papel fundamental en lo concerniente al trabajo de la Psicología de la Salud, pues, es el punto de partida en la planeación, ya que establece la magnitud del daño y la naturaleza de los diversos factores que lo determinan, además de estudiar los recursos con los que dispone la comunidad, así como las conductas de los habitantes en lo que se refiere a estilo de vida. Ya que estos, indican los aspectos en los cuáles se puede incidir para buscar una mejora en la salud de la comunidad (Vega, García, 1987)

Sin embargo, el identificar los factores de riesgo de la población, puede ser algo complejo, ya que es a partir de esta información que se definen y orientan las actividades del programa. Pero cuando se cuenta ya con el diagnóstico completo de la comunidad, es más fácil elaborar programas, considerando ante todo las prioridades que se puedan tener. El siguiente paso, entonces es el establecimiento de objetivos, mismos que deben ser relacionados a las prioridades, además, se debe buscar a la población a la que será dirigido el programa, encontrar la manera más eficaz del método de trabajo según las características de la población y los objetivos de la intervención. Es muy importante tomar en cuenta a la comunidad para incidir sobre los problemas que ella percibe, y por otro lado se cubren las necesidades que considera como primordiales. Finalmente, una de las actividades que se deben realizar después de la intervención en la comunidad, es la de evaluar el programa que se utilizó, ya que esto nos proporciona herramientas fundamentales para el conocimiento del impacto que tuvo el trabajo realizado y conocer aspectos que puedan ser puntos de intervención en etapas posteriores.

El trabajo preventivo que busca mejorar los niveles de salud en la comunidad, realmente eficiente y útil, de acuerdo a Liberman, King y DeRisi (1976), es aquel que utiliza los métodos la búsqueda de la Salud Comunitaria, y éste trabajo tiene como ventajas; ser breve y económico en cuanto a su aplicación, el trabajo puede ser evaluado, ya que sus objetivos son específicos y operacionables. Además, se pueden realizar en un ambiente natural, lo que favorece la generalización de las conductas adquiridas. También ofrece medios concretos para llevar a cabo estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria mediante la educación.

Liberman, King y DeRisi (1976) destacan dentro de los puntos importantes que deben ser utilizados para la formación de profesionales que tendrán a su cargo la elaboración de trabajo comunitario, el entrenar en la teoría y práctica del análisis y la modificación de conducta, fomentar la adopción de los métodos de evaluación conductual y de procedimientos de registro, realizando una capacitación para la observación directa de ciertas conductas, además de generar la habilidad para evaluar la modificación de conductas así como para utilizar la tecnología conductual en el trabajo comunitario.

1.9 Áreas de aplicación de la Psicología de la Salud

Por su parte Weinman (1990), menciona con mejor precisión que el campo de la Psicología abarca aspectos como, los factores de riesgo para la salud, el mantenimiento de la salud a través de los comportamientos o factores protectores, tener una panorámica amplia sobre todos los aspectos relacionados de la salud - enfermedad y finalmente la comunicación, toma de decisiones y adherencia (Latorre, 1994)

A manera de resumen se puede decir que los psicólogos de la salud, se ubican fundamentalmente en instituciones de enseñanza superior, realizando funciones docentes e investigación; centros asistenciales, clínicas, hospitales e institutos de salud de los tres niveles de atención, con funciones de planeación, servicios e investigación; práctica privada enfocada a la atención individual y de pequeños grupos.

Sin embargo, una de las principales limitaciones con las que se ha encontrado el equipo profesional encargado de promover la salud, es que la comunidad no se involucre, y para ello, se requiere que el profesional en salud no sólo adquiera habilidades específicas, sino también que se promueva un cambio de actitud y de valores inherentes a la práctica médica, diferentes a los que hasta ahora se han venido realizando.

Otra limitación con la que se encuentran los encargados de promover la salud, no sólo es la falta de habilidad en diversas áreas, sino que muchas veces las propias instituciones no son capaces de lograr un trabajo multidisciplinario para tener un mayor éxito en la labor comunitaria; para lo que es importante, establecer un puente de unión entre los profesionales de la salud, en donde es necesario investigar aquellos factores que están ligados a la conservación de la salud dentro de los grupos sociales, y lograr que los profesionales (psicólogos, médicos, epidemiólogos, sociólogos, antropólogos, economistas, enfermeras, trabajadores sociales, etc.) identifiquen estos factores de manera conjunta.

Otro punto también importante y necesario, después de lograr un trabajo multidisciplinario, es sin duda, el identificar las necesidades de las diversas comunidades, no importando características propias, pero para ello se deben identificar los factores de alto riesgo y realizar todas las medidas posibles para lograr un cambio en sus estilos de vida y beneficiar así a la comunidad. Siendo indispensable, la participación de recursos humanos capacitados para instrumentar los cambios y modificar las conductas de la población: entrar en contacto con los individuos y grupos; atraer líderes de opinión que permitan concertar con relación al cuidado de la salud, influyendo directamente en sus comunidades.

Dentro de los programas de trabajo comunitario se encuentran los realizados por un programa de maestría realizado en Veracruz en 1995, cuyas actividades son realizadas dentro de la Secretaría de Salud, en donde se han desarrollado programas como el de Estimulación Psicomotora y Fomento de la lecto-escritura que está dirigido a la capacitación de madres de familia, en el que se instruye a las madres respecto a la realización de actividades que integren las respuestas reflejas, características de esta etapa de desarrollo, a respuestas cada vez más propositivas; las actividades para este grupo de edad están centradas en la estimulación temprana en el área sensorial (propiocepción, visión, audición, tacto y

gusto). Otra de las poblaciones abarcadas por el trabajo comunitario es la preescolar, en dónde el programa se dirige al desarrollo de las habilidades motoras (gruesas y finas), perceptuales y de socialización que son esperadas para su etapa de desarrollo y que lo preparan para su integración a experiencias fuera de su núcleo familiar. Finalmente, las actividades con niños en edad escolar tienen como objetivo fomentar el uso adecuado del lenguaje oral y escrito como elemento fundamental de su formación escolar, lo que les permitirá una mejor comunicación y la oportunidad de ampliar sus conocimientos; este programa se disemina a través de la participación de los educadores y maestros en el proceso y la instalación. Dentro de los programas orientados a la atención de adolescentes se encuentran los enfocados a la orientación, información y dinámica con adolescentes, sobre temas relacionados con sus intereses, necesidades e inquietudes (educación sexual y vocacional, actividades recreativas y culturales). En cuanto a la realización de programas preventivos y de tratamiento del alcoholismo, a través de este programa se identifica los adolescentes que se encuentran en riesgo de consumir bebidas alcohólicas en exceso, ofreciéndoles alternativas para el manejo de su tiempo libre y orientación respecto a la solución de conflictos. Como parte del mismo programa, en grupos de sexto año de primaria y de todos los grados de secundaria se están realizando actividades de sensibilización sobre las consecuencias del consumo excesivo de bebidas alcohólicas (Durán, González, 1995)

Para la población adulta existe el Programa de Autocontrol de la Diabetes y el Programa Integral para la Disminución de la Hipertensión Arterial, orientados a la estabilización de pacientes con padecimientos crónico-degenerativos. En ambos el objetivo es fomentar hábitos dietéticos, de actividad física y de control emocional que contribuyan a un mejor manejo del padecimiento, para lo cual se capacita a los pacientes en la elaboración de autoregistros, la interpretación gráfica de la evolución de su enfermedad, los efectos positivos de la actividad física diaria y la identificación de síntomas de alarma que les permitan tomar la decisión más adecuada a su condición. A través de estos programas se busca que los pacientes tomen control de su padecimiento y que adquieran las habilidades necesarias para manejarlo en función de los síntomas, sin dejar de lado la supervisión del personal de salud para el control de medicamentos, la interpretación de signos de alarma, etcétera. El propósito principal es que el paciente adquiera un sentido de control sobre su enfermedad y sobre la calidad de su vida (op. cit, 1995)

Todas las acciones descritas en los programas están sujetas a procedimientos de medición del impacto obtenido en la población. Los programas han tenido aceptación aun cuando se encuentran en sus etapas iniciales, y esto se refleja en la participación y promoción que la población hace de los mismos. Lo anterior es una manifestación de que se están produciendo cambios en la actitud de la población. Sin embargo, sólo al final del proceso educativo se podrá comprobar la efectividad de las estrategias utilizadas, lo que hará posible retroalimentarlos y perfeccionar los procedimientos. Por otro lado, es importante señalar que los programas descritos constituyen el punto de inicio del trabajo; empero, están sujetos a un proceso de evaluación constante a fin de brindar un apoyo eficaz a la comunidad en la resolución de sus problemas de salud. Se espera, además, que sus actividades contribuyan a asegurar una mayor asistencia de sujetos saludables a la unidad de atención a la salud. Actualmente se está evaluando el impacto de las acciones instrumentadas para establecer los ajustes necesarios. En la etapa final se evaluará el

impacto a través del perfil epidemiológico y de la organización de los servicios (Durán, González, 1995)

A pesar de que existe una problemática en cuanto a la diseminación de conductas que faciliten el surgimiento de una cultura sobre trabajo preventivo, es importante señalar, que la labor que se está realizando sobre promoción de la salud, día a día cobra una mayor fuerza y sus impactos sobre la comunidad son cada día más eficientes, debido al avance del trabajo comunitario realizado. En el II congreso Iberoamericano de Psicología celebrado en Madrid en 1998, se presentaron 762, de los cuales 258, se refieren a Psicología clínica y de la salud, específicamente 84 trabajos se dirigen hacia el diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas, en dónde se incluyen intervenciones en el tratamiento de hipertensión, asma, diabetes, SIDA, entre otros. Además de abarcar el aspecto de promoción de salud y prevención, entre los que se encuentran el manejo del estrés, trabajo con grupos de comunidad y modificación de hábitos nocivos para la salud. Sin embargo, es necesario desarrollar aún más el trabajo sobre problemas conceptuales de la relación entre salud y prevención (Saforcada, 1999)

En este contexto, el psicólogo es un recurso humano importante, en la medida en que puede promover la participación de la comunidad en el autocuidado de la salud, y además, ser el enlace entre la comunidad y el equipo de salud. Sin embargo, hasta el momento no se ha aprovechado óptimamente su capacidad porque sus funciones y tareas no han sido claramente definidas en el área de la salud y para ello, es necesario proporcionar al psicólogo una formación que le permita integrarse al equipo de salud y realizar las actividades que son de su competencia, canalizando las que no lo son con el personal correspondiente y trabajando de manera conjunta con ellos.

Por todo esto es de suma importancia crear nuevas formas de preparación para los profesionales de la salud, interesados en realizar labores que sirvan para el mejoramiento de la salud de una comunidad. Sin embargo, no sólo es importante crear nuevas estrategias de formación, sino también es indispensable que las personas que se quieran integrar al campo multidisciplinario del trabajo comunitario, adopten el papel de guía que tienen, y que sean capaces de percibir la importancia que tiene su función dentro de la comunidad. Obviamente un punto fundamental es reforzar todas aquellas herramientas teóricas que se le dan al profesional de la salud, para que su aplicación en el campo práctico pueda ser lo más exitosamente posible.

Además de la organización de programas de entrenamiento que respondan justamente a elevar la calidad y pertinencia en la formación de profesionales de la psicología, se debe estimular el intercambio de información y la evaluación sistemática de los programas de formación, con la finalidad de conocer el proceso permanente de desarrollo y auspicio de alternativas conceptuales y prácticas, como una de las maneras más viables de garantizar la búsqueda de opciones que afirmen el perfil profesional del psicólogo y, a su vez, faciliten su incorporación al sector salud respondiendo con recursos que le son propios (Morales, Piña, 1995)

HABILIDADES SOCIALES**2.1 Breve historia del estudio de las habilidades sociales.**

El estudio de las habilidades sociales, comienza en la década de los años 70's, es entonces, cuando se establecen las bases para el desarrollo y la investigación sobre las habilidades sociales, a mediados de esta década y a principios de los años 80, este campo alcanzó su máximo esplendor, principalmente en Estados Unidos. Dentro de los pioneros se encuentran autores como Eisler, Hersen y Miller, (1973), McFall y Lilesand (1971), entre otros (Caballo, 1995)

Es importante destacar que el estudio de las habilidades sociales es complejo, y la investigación sistemática del comportamiento interpersonal es relativamente reciente y la ayuda de los avances técnicos han contribuido en gran medida para su desarrollo. Los procesos de la evaluación conductual y cognitiva también han aportado elementos sustanciales al tema de la medición de las habilidades sociales. Finalmente el desarrollo de programas estandarizados de entrenamiento y sus variaciones para la intervención en diferentes problemas, ha constituido la fase final aplicada de la investigación en ese campo y supone una base sólida que sostiene la evolución del trabajo en habilidades sociales (op. cit., 1995)

Por otro lado, en países como Inglaterra, el desarrollo del estudio de las habilidades sociales se basa en el concepto de habilidad, aplicado a la interacción hombre-máquina, en dónde se implicaban características perceptivas, decisorias, motoras y otras relativas al procesamiento de la información. Por lo que autores como Argyle y Kendon (1967) definían a una habilidad como una actividad organizada, coordinada, con relación a un objeto o una situación que implica una cadena de mecanismos sensoriales, centrales y motores. (op.cit., 1995)

Trower (1980), indicó que la investigación en el campo de las habilidades sociales en los años 80, entra en un período de evaluación, y empieza a surgir el trabajo dirigido al entrenamiento de estas habilidades (Roth, 1986)

En la década de los 90's, los estudios e investigaciones se han dirigido a diversos aspectos, en dónde se incluyen la evaluación y entrenamiento de la conducta socialmente inadecuada, mediante diversas estrategias, teniendo mayor auge en España, pues es aquí dónde se han interesado más por conocer los elementos y los beneficios de dichas conductas. Cabe mencionar, que las principales aportaciones en el campo del entrenamiento en habilidades sociales, lo hace la teoría Cognitivo-Conductual.

2.2 Definición y descripción de las habilidades sociales.

Existe un gran problema en dar una definición concreta y completa al término de habilidad social, la cual incluya todos los aspectos relacionados con el concepto. Por lo que existen diferentes tipos de definiciones en las que se trata de englobar los principales componentes, a continuación se presentan algunas de las que se han dado.

McFall (1982), es uno de los primeros autores que trata de dar una definición para las habilidades sociales, este autor menciona que "son destrezas que permiten a la persona realizar competentemente un tema social en particular" (McFall, 1982, pág. 2)

Conger y Conger (1982) dicen que habilidad social "es el término genérico que designa el grado de éxito que puede lograr una persona en situación de interacción que tiene lugar en los objetivos personales a los participantes implicados"

Phillips (1978) menciona que la habilidad social es "la manera en que una persona puede comunicarse con otros de una manera que asegure los propios derechos, requerimientos, satisfacciones u obligaciones, en un grado razonable, sin afectar a los derechos similares de otras personas" (Phillips, 1978, pág. 18)

Roth (1986) dice que la habilidad social "es un repertorio de conductas cuya emisión depende de la aparición de ciertas condiciones medioambientales específicas y de un bagaje histórico recurrente, al que se tienen acceso a través del aprendizaje sociocultural" (Roth, 1986, pág. 52)

Monjas (1999) asevera que la habilidad social "son las conductas o destrezas sociales específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea de índole interpersonal" (Monjas, 1999, pág., 28)

Caballo (1986) definió las habilidades sociales como "un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de una persona de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras que minimiza la probabilidad de futuros problemas" (Caballo, 1986, pág. 556)

Actualmente no existe una definición completa y clara de habilidades sociales, sin embargo, las que se han dado comparten algunos aspectos que básicamente son los que se refieren a comunicación, asertividad y solución de problemas. Además de mencionar que su función es la de mejorar la comunicación o las relaciones interpersonales, afrontar de una manera más positiva las situaciones conflictivas, tratando de defender los propios derechos y los de las demás personas.

En particular, las habilidades sociales comprenden una serie de clases de respuestas, tales como iniciar y mantener conversaciones, hacer y rechazar peticiones, expresar opiniones personales, manifestar amor, agrado y afecto, expresar sentimientos negativos, entre otras cosas, dirigidas a distintas personas, y que se dan en un contexto determinado. Todos estos

factores son esenciales a la hora de evaluar una conducta como socialmente adecuada. Esta evaluación frecuentemente es global, pero a veces es necesario descomponerla en elementos más pequeños, especialmente con fines de evaluación y entrenamiento (Caballo, 1995)

Caballo (1993) hace referencia a la existencia de 50 componentes verbales y no verbales. Sin embargo, aquellos en los que se encuentran datos más fiables son el contacto visual, contenido, fluidez y duración del habla, además de gestos con las manos.

Más tarde, en 1995, este mismo autor asevera que una adecuada conceptualización de las habilidades sociales implica la especificación de tres componentes, una dimensión conductual (tipo de habilidad), una dimensión personal (las variables cognitivas), y una dimensión situacional (contexto ambiental) (Caballo, 1995)

Trower (1982) menciona que las habilidades sociales son componentes conductuales normativos, acciones simples (miradas, emisiones verbales) o secuencias de elementos o representaciones que la gente usa siempre en la interacción social, y que se encuentra gobernados con reglas. Dichos componentes son aprendidos por experiencia u observación, retenidos por la memoria en forma simbólica y posteriormente sujetos de evocación para la construcción de la interacción en sí (Trower, 1982)

Argyle (1981) asevera que el proceso típico para el análisis de una determinada habilidad o conjunto es en primer lugar: evaluar de algún modo la eficacia de distintas personas que ejecutan la mencionada habilidad; en segundo lugar, se compara la conducta social que muestran personas que, como resultado de la primera fase puedan considerarse más o menos hábiles o eficaces en la consecución de determinados objetivos de naturaleza social.

Marsellach (1998) clasifica a los componentes de las habilidades sociales en Componentes No verbales y Verbales. Dentro de los componentes no verbales se encuentra el contacto visual, que se define objetivamente como el mirar a otra persona a los ojos, o de forma más general, a la mitad superior de la cara; contacto físico positivo, que se refiere al grado de proximidad expresando claramente la naturaleza de cualquier interacción y varía con el contexto social; escuchar, que básicamente se refiere a escuchar a otra persona cuando nos habla; esperar turno, que es dejar que la otra persona termine de hablar, para poder expresar nuestra opinión; control, que alude a la capacidad de calmarse para poder decir lo que deseamos sin alterarnos ante una situación molesta. En tanto que los componentes verbales se refiere a situaciones como el hablar en primera persona, que es expresar lo que deseo con el pronombre yo; solicitud de opinión, en dónde se pregunta que es lo que piensa la otra persona sobre una situación determinada; generar alternativas de solución que se refiere a la capacidad de expresar varias opciones para resolver una situación (Marscellach, 1998)

Por su parte, Valles y Valles en 1996, clasifican los componentes de las habilidades sociales en tres rubros, que abarcan el aspecto conductual, cognitivo y el fisiológico. Dentro de los que se encuentran los componentes no verbales (la mirada, sonrisa, gestos, expresión facial, la postura corporal, etc.), los componentes paralingüísticos (la voz, volumen, claridad, timbre, fluidez, velocidad, etc.) y los componentes verbales (el habla, los saludos iniciar, mantener y terminar una conversación, aceptar las críticas justas y rechazar las injustas,

pedir disculpas, hacer preguntas, defender los propios derechos, etc.). En cuanto a los componentes cognitivos, los autores hacen referencia a las habilidades de percepción social (familiaridad, distancia, etc.), variables propiamente cognitivas (solución de conflictos, que básicamente se refiere a identificar conflictos interpersonales, anticipar consecuencias, etc.) y autocontrol. Finalmente dentro de los componentes fisiológicos y afectivos se encuentran las manifestaciones psicofisiológicas (presión sanguínea, respuesta cardíaca, relajación, respiración, etc.) y componentes afectivo emocionales (expresión de emociones, habilidades de relajación, etc.)

Sin embargo, independientemente de la forma en la que se clasifiquen a los componentes de las habilidades sociales y la manera en la que se presente dicha clasificación, es importante que el ser humano cuente con ellas, ya que esto le permite tener una vida más saludable, mejores relaciones interpersonales y la habilidad de solucionar adecuadamente sus problemas.

2.3 Adquisición de las habilidades sociales

Es importante mencionar que las habilidades sociales son conductas y repertorios de conductas adquiridos principalmente en la infancia a través del aprendizaje, siendo un aspecto importante en este proceso el entorno interpersonal en el que se desarrolla y aprende el niño, en dónde los principales escenarios son la familia, la escuela y la comunidad. Es decir, las habilidades sociales se aprenden mediante mecanismos como el Aprendizaje por experiencia directa o también llamado aprendizaje operante, en dónde las conductas están en función de las consecuencias (reforzantes o aversivas) aplicadas por el entorno después de cualquier comportamiento; Aprendizaje por observación, aquí el individuo aprende conductas de relación como resultado de la exposición ante modelos significativos (Monjas, 1999)

Por lo tanto, se puede decir que la adquisición de las habilidades sociales tienen como principal punto de partida el núcleo familiar, ya que es aquí, dónde comienza el proceso de socialización y el niño encuentra sus primeros conocimientos sobre cómo interactuar y solucionar problemas. En segundo término se encuentra la escuela, ya que es en éste escenario en dónde el niño aprende a socializar con otras personas ajenas a su familia, y en dónde comienza a aplicar los conocimientos adquiridos en su casa. Por esta razón resulta importante fomentar la enseñanza de habilidades sociales en la escuela y mejorar las que se tienen dentro de la familia.

2.4 Consecuencias ante la carencia de las habilidades sociales.

Las habilidades sociales se convierten en una herramienta común para la simple interacción del individuo en su contexto social, además de que le permite contar con una mayor capacidad para la solución de problemas de una manera sana, que se caracteriza por generar alternativas de solución adecuadas a un problema determinado, respetando en todo momento las opiniones y derechos de las demás personas. Por lo que, la carencia de este tipo de elementos en el repertorio conductual, trae una serie de repercusiones no solamente para el individuo en sí, sino para la comunidad en la que se desenvuelve éste incluyendo aspectos de relaciones interpersonales y conductas inadecuadas (principalmente agresión, violencia, drogadicción, delincuencia)

De acuerdo con la literatura, el índice de la delincuencia y la agresividad se relacionan con deficiencias en el manejo interpersonal y en habilidades prosociales. Por lo que resulta importante hacer énfasis en la enseñanza de habilidades sociales, dónde lo primordial sería comenzar desde edades muy pequeñas para prevenir problemas de conducta.

El entrenamiento de las habilidades sociales, le permite al individuo adquirir conductas que le faciliten obtener las consecuencias deseadas para una situación determinada, aumentando la probabilidad de aparición de cosas agradables y/o la desaparición de conductas desagradables (Gil, 1998). Por lo que existe un progresivo incremento en la creación de programas encaminados al desarrollo de entrenamiento en habilidades sociales, con la finalidad de proporcionar al sujeto herramientas para la adquisición y/o perfeccionamiento de dichas conductas, que le permitan enriquecer su repertorio conductual, de tal manera que sus habilidades de interacción y de solución de problemas se vieran beneficiadas de manera exitosa.

Aunque las habilidades-objetivo han variado según las investigaciones, la mayoría de las veces se han centrado en conductas interpersonales, conductas prosociales alternativas a la agresión y de manejo e inhibición de la agresión. Los estudios de caso único se han dirigido hacia objetivos de entrenamiento de microhabilidades - contacto ocular, asentimiento con la cabeza y similares- y los estudios de múltiples grupos han intentado enseñar competencias de macrohabilidades, por ejemplo, afrontamiento de las críticas, negociación y resolución de problemas. Los resultados de la adquisición de habilidades han sido positivos de una manera constante. Las personas agresivas pueden aprender, por medio de los métodos de entrenamiento en habilidades sociales un amplio conjunto de competencias interpersonales, de manejo de la agresión, afectivas y similares. La valoración del mantenimiento y la generalización de las habilidades adquiridas en el repertorio conductual, nos proporcionan un resultado diferente. Muchos estudios no comprueban ni el mantenimiento ni la generalización. La adquisición de habilidades es un resultado fiable, pero la validez social de este resultado consistente es mitigada por el frecuente fracaso- o al menos, indeterminación, de la generalización y el mantenimiento (Arnold, 1991; Gil, 1995; Gil, 1996; Goldstein y Roth, 1980; Monjas, 1993; Caballo, 1995; Ortiz, 2000)

Gil y García Sdliz (1995), contemplan como principales ventajas del entrenamiento en habilidades sociales la simplicidad de sus técnicas, una duración breve, la flexibilidad de

adaptarse a las necesidades de las diferentes poblaciones y miembros de las mismas, por otra parte, la formación de los entrenadores es relativamente breve y sencilla, los resultados generalmente son positivos, su estructura es clara, sistematizada y delimitados a priori, lo que facilita enormemente su aplicación y finalmente los términos empleados son sencillos para las comunidades a las que se dirige la intervención (Gil, 1995)

Existe una gran cantidad de datos empíricos que respaldan la eficacia del entrenamiento en habilidades sociales, sea cuál fuere la forma de desarrollo y los procedimientos empleados (Goldstein y cols. 1976, 1980; Roth y Borth, 1980; Eisler y cols. 1975; Monjas, 1993; Ortiz, 2000; Ison y cols. 1997; Arias, 1999; Aguirre, 1994). Por lo que se dice que los entrenamientos en habilidades sociales son un método efectivo para adquirir habilidades concretas que les permiten a las personas mantener relaciones sociales más satisfactorias (Labrador, 1995; Caballo 1995; Gil, 1998; Roa 1995; Monjas, 1993; Larry 1987)

Cabe señalar, que la mayoría de los trabajos realizados sobre el entrenamiento en habilidades sociales, son muy similares, independientemente del tipo de población a la que va dirigida la intervención, pues los contenidos y los procedimientos son los mismos, sólo que varía la manera de adaptar los procedimientos para que éstos sean claramente entendidos por los sujetos que participarán en el entrenamiento (Goldstein y cols, 1980; Roth 1980; Monjas, 1993; Ortiz, 2000; Arias, 1999; Ison, 1997; Aguirre, 1994. A continuación se describen brevemente algunas intervenciones que fundamentan la eficacia del entrenamiento en habilidades sociales, para combatir factores de riesgo o conductas problema del individuo y de su comunidad.

Aprendizaje estructurado: una tecnología para la formación de habilidades sociales. Goldstein y cols. (1976, 1980). Es una conjunción sistematizada del modelamiento, ensayos conductuales, retroalimentación y el entrenamiento para la generalización. La muestra se integró con 18 jóvenes estudiantes de tercer año de secundaria, las edades oscilaban entre los 14 y 16 años de edad. Como requisitos para integrar la muestra tenían que los sujetos tuvieran experiencia con el entrenamiento de habilidades sociales y sin trastornos de conducta. Primero se evaluó de manera previa 3 habilidades como iniciar y mantener una conversación, encarar el enojo injustificado de otras personas y negociación. Posteriormente se administró un paquete instruccional (iniciar y mantener una conversación, encarar el enojo, negociación) a manera de entrenamiento. Los resultados, muestran diferencias significativas entre medidas de pretest-postest para las habilidades entrenadas ($p < 0.001$) por lo que la intervención, demostró eficacia en la población a la que fue dirigida. (Golstein, 1980)

Desarrollo de habilidades sociales en niños con conductas problema, Ison, 1997. En este trabajo se implementaron como objetivos incrementar las habilidades sociales en un grupo de niños con conductas problemas, además de evaluar la eficacia del entrenamiento. Se examinaron 320 niños varones entre 7 y 11 años de edad, de un nivel socio-económico-cultural bajo. Al finalizar la evaluación se conformó a la muestra por 99 varones. Se administraron dos instrumentos de evaluación: la Escala de autocontrol y la Guía de observación comportamental para niños. La evaluación fue pre y post tratamiento. El tratamiento consistió en entrenar habilidades entrenadas como, autocontrol (control de estrés, afrontamiento de situaciones problemáticas) habilidades de comunicación (mirar, esperar turno, contacto físico, etc.), y asertividad. Todas estas mediante las técnicas de modificación conductual y basadas en el

guión conductual para niños (CBS). Los resultados muestran una disminución de las conductas agresivas (Agresión física y verbal $P_{\leq} .006$; Negativismo $P_{\leq} .02$ e Impulsividad $P_{\leq} .01$) Los autores concluyen que el entrenamiento es efectivo para atenuar los comportamientos disruptivos infantiles e incrementar aquellas habilidades poco desarrolladas.

Competencia social y solución de problemas sociales en niños de educación infantil: un estudio observacional, Arias, 1999. El objetivo principal de esta investigación fue conocer la manera en que los preescolares afrontan y resuelven problemas de interacción social. La muestra se conformo por 21 sujetos en tres centros de desarrollo infantil distintos. Se realizaron observaciones directas con la finalidad de obtener información sobre el comportamiento de la muestra ante situaciones que requerían de solución de problemas, durante 3 días con una duración de 30 minutos cada una. Los niños tenían que resolver algunos problemas y las respuestas podían ser o no exitosas, al mismo tiempo que mostraban competitividad, en el curso de la exposición de estos problemas. La intervención consistió en proporcionar al menor estrategias que le permitieran mejorar sus relaciones personales y habilidades para solucionar problemas. No se apreciaron diferencias significativas entre niñas ($M=23,38$) y niños ($M=21,62$). Los niños mostraron mejor capacidad para interrelacionarse con otros niños ($F=4,79$, $p=.0412$), en tanto que las niñas superaron a los varones al interactuar con la profesora ($F=7,57$, $p=.0127$). En lo que se refiere a conductas agresivas los niños presentaron conductas de este tipo en un 38,8%. Por otro lado, las conductas de contacto físico positivo se presentaron en un 93% al final del estudio.

2.5. Habilidades sociales en la infancia.

La infancia es una etapa crítica en la que se adquieren diferentes conductas, entre ellas, las habilidades sociales, por lo que su importancia y relevancia en esta etapa de la vida se fundamentan por los resultados de estudios e investigaciones en los que se constata que existe una estrecha relación entre la competencia social en la infancia y la adaptación social, académica y psicológica tanto en la infancia como en la vida adulta (Monjas, 1999). Finalmente se concluye, que el contar con habilidades sociales, es el mayor determinante de la aceptación social en la infancia; ya que los niños que cuentan con habilidades sociales, son lo más aceptados dentro de su ambiente, en tanto que los niños con un pobre desarrollo de éstas habilidades tienden a ser rechazados por sus iguales, además de que por lo general, muestran principalmente problemas de conductas (agresión) y bajo rendimiento académico entre otras cosas, aunado a un pobre repertorio conductual de habilidades sociales se encuentra la probabilidad del desarrollo de conductas delictivas y criminalísticas (Monjas, 1999)

Goldstein y cols. , 1989, mencionan que el campo de las habilidades sociales y su entrenamiento es fundamental en el ámbito escolar ya que éste ha adquirido una mayor responsabilidad para ayudar a los alumnos a enfrentarse a un conjunto de problemas sociales y personales. Además se debe considerar que los niños aprenden a socializar en los centros educativos, lo que implica que los menores posean adecuadas habilidades sociales que les permitan interactuar positiva y eficazmente con los demás. Finalmente el enseñar a la población infantil conductas socialmente adecuadas es fundamental, puesto que es

precisamente en esta etapa de la vida donde se adquieren las habilidades sociales, y que mejor que se consoliden a través del entrenamiento de las mismas dentro del ámbito escolar (Palma, 1997). Sin embargo, no solo se debe trabajar en este ámbito, sino que la labor se debe ampliar al aspecto familiar, ya que éste proporciona los primeros hábitos, los más profundos y sólidos (Griéger, 1990). Además, los programas de entrenamiento en habilidades sociales, sugieren que el mejor medio para el mantenimiento de las conductas socialmente habilidosas, lo asegura el apoyo de los padres, por lo cual, se debe involucrar a los mismos en el trabajo, explicándoles el contenido del programa, describiendo las ventajas y los posibles riesgos de contar o no con las habilidades sociales, resaltando en todo momento lo importante que es su participación y cooperación para la realización de un trabajo conjunto (Cunningham, 1988). De esta manera, los padres en su mayoría se muestran interesados cooperando y apoyando el programa que se pretende establecer. Por otro lado, es también imprescindible, que se logre involucrar al personal de la escuela, dado que frecuentemente son los profesores quienes participan en la identificación de los niños que carecen de habilidades sociales y en la realización y administración de los programas de enseñanza, por lo que su cooperación es esencial (Salleras, 1990). Otro aspecto a resaltar, es que los profesores tienen una importante función como coordinadores entre los padres y la comunidad, para fomentar y apoyar sus esfuerzos, es importante que la comunicación permanezca abierta a todos los niveles de enseñanza de habilidades sociales, y que el programa sea lo suficientemente flexible como para dar cabida a sus preocupaciones específicas (Larry, 1987)

Por otro lado, se debe considerar que la escuela es una institución social que tiene un impacto en el desarrollo individual y en las actitudes sociales del niño (Mussen, 1983); ya que cuando él ingresa a la escuela se enfrenta a muy diversas experiencias, las cuales van encaminadas a que adquiera hábitos y habilidades importantes para su desarrollo; aunque por otro lado, se tiene conocimiento de que algunos autores mencionan un factor asociado a la conducta de ayuda y es el desarrollo prosocial como un objetivo propio de la institución.

La razón de dar una respuesta a la necesidad de disponer de programas y modelos de enseñanza de las habilidades sociales en ámbitos educativos y familiares, es proporcionar a los niños habilidades que les permita mejorar sus relaciones interpersonales, así como disminuir la presencia de conductas que afecten al desarrollo social del niño en su medio (agresión, entre otras). Además, esto, permitiría a los profesores facilitar el manejo de conducta de los alumnos, y la capacidad de que ellos logren diseminar las conductas socialmente hábiles a sus alumnos día a día y permanentemente.

El entrenamiento en habilidades sociales, es un procedimiento de intervención que integra un conjunto de técnicas derivadas de las teorías del aprendizaje social, de la terapia de conducta, y que se aplica para que las personas adquieran habilidades que les permitan mantener interacciones más satisfactorias en las diferentes áreas de su vida. Dentro de estas técnicas se encuentran el modelamiento, ensayos conductuales, retroalimentación, reforzamiento y estrategias de generalización, sin embargo, lo más importante es que todas éstas estrategias sean aplicadas de manera eficiente.

Las técnicas que integran el entrenamiento en habilidades sociales, son parte de un mismo proceso con un objetivo común complementándose entre sí, ya que el modelamiento

funciona en el aprendizaje de conductas nuevas pero sin la suficiente práctica los comportamientos inadecuados tienden a desaparecer, por lo que los ensayos conductuales constituyen una ayuda importante en el aprendizaje, pero se debe tener en cuenta que son las conductas correctas las que hay que practicar. Las conductas que son aprendidas, tienen una gran probabilidad de mantenerse, siempre y cuando exista una retroalimentación adecuada en dónde se deben destacar en primera instancia todos los elementos que se realizaron bien y posteriormente los que no se han desarrollado o les falta perfeccionarse, de una manera positiva. Todos estos elementos contribuyen el mejoramiento de diversas conductas a entrenar, en este caso las habilidades sociales. Sin embargo, es importante señalar que para que, éstas conductas se mantengan en el repertorio conductual del individuo, las estrategias utilizadas deben ser diseminadas en la mejor manera posible y esto sin duda, es la responsabilidad de los monitores, quienes deben contar con la suficiente capacidad para realizar el trabajo exitosamente, además de contar con todos los conocimientos necesarios y las habilidades sociales que les permitan, realizar desde el manejo del grupo hasta la forma de transmitir los conocimientos (Stumphauzer, 1986; Marsellach, 1998; Labrador, 1995; Caballo, 1995; Gil, 1998, Gil, 1995)

Este tipo de intervenciones se caracteriza por enfocarse a la ampliación de repertorios de conducta que tienen los sujetos, lo que conlleva al desarrollo de habilidades nuevas y conductas alternativas. Además, se basa en la colaboración activa de las personas que participan en los entrenamientos, lo que presupone su intención de cambiar, así como la aceptación y comprensión del desarrollo de habilidades nuevas y conductas alternativas; y se basan en la colaboración activa de las personas que participan en los entrenamientos, lo que presupone su intención de cambiar, así como la aceptación y comprensión del procedimiento. Por otro lado, contienen procedimientos psicoeducativos de formación y cuenta con una amplia eficacia, así como a la posibilidad de realizarse en grupo ya que esto incrementa la eficacia del entrenamiento (Gil, 1998)

Uno de los obstáculos con los que se encuentra el desarrollo de programas de entrenamientos en habilidades sociales, es el mantener la atención de los niños, por lo que es importante encontrar estrategias que permitan captar la atención de los menores y al mismo tiempo el de proporcionar todos los conocimientos necesarios del entrenamiento. Una de las principales estrategias, es el adjudicar responsabilidades a los niños haciendo que asuman papeles de moderadores de la discusión y de tutores de los compañeros. Esta estrategia se vale de la presión de los compañeros de forma supervisada y constructiva, a la vez que proporciona a los niños un sentimiento positivo de responsabilidad y de liderato (Larry, 1987)

Por otro lado, los encargados del desarrollo de entrenamiento en habilidades sociales, deben ser capaces de reconocer sus propias limitaciones, al mismo tiempo que buscar enseñanza y experiencia adicionales cuando sea necesario. Dado que el profesional a cargo tiene como principal función contribuir a la prevención de ciertas conductas de riesgo para la comunidad, a través de una estrategia de modificación conductual (Cowen, 1977)

En el caso de los centros preescolares presentan una estructura social específica, diferenciada del mundo social de la casa y de la escuela primaria; ésta estructura se encuentra en función de las ideas sostenidas por las autoridades y educadores respecto a la naturaleza

de los niños preescolares y su proceso de aprendizaje. Conforman un ambiente que influye en las actitudes y conductas del personal, que a su vez afecta el aprendizaje del niño mediante la calidad de la interacción adulto - niño y puede llegar deteriorarlo. En lo que se refiere a la estructura del salón de clase, son las reglas y normas que definen el rol del estudiante; generalmente se derivan de los intereses propios del centro, son puestas en práctica por las educadoras, e implican una serie de lineamientos, sanciones y premios para controlar el comportamiento y el desempeño del niño; dado que en algunos centros preescolares dichas normas tienen que ver con tareas curriculares, además de ello proporcionan una estructura a la interacción de todos los miembros del preescolar (Merrett y Jones, 1994)

Por lo anterior, cabe señalar, que la escuela es quién detecta un notable incremento de los problemas en los alumnos y constata que muchas de estas dificultades están relacionados con déficit e inhabilidad social en los niños y por lo tanto demanda nuevas estrategias de intervención. Por lo que las instituciones educativas no pueden permanecer ajenas a estos aspectos y debe de crear espacios para proporcionar habilidades sociales a los educandos con el objetivo de disminuir las posibles deficiencias que éstos tengan.

Además de que una institución que tiene la obligación de enseñar y entrenar las habilidades sociales más de lo que lo hace, siendo además, una institución idónea para hacerlo, dado que su entrenamiento es más eficaz cuando se realiza en grupo, por otro lado y de acuerdo con Ladd y Asher (1985), los otros niños son una importante fuente de aprendizaje social, y emocional, que a su vez, puede proporcionar bases para futuros aprendizajes sociales y proporcionan oportunidades únicas para jugar y para desempeñar conducta de rol. Es por ello, que se debe seguir explorando, renovando y mejorando el trabajo dirigido a las habilidades sociales, para incrementar las oportunidades de implementar cada vez más mejores programas en las escuelas, y sobre todo que las intervenciones realizadas sean lo más tempranamente posibles y tengan un seguimiento a lo largo de la vida escolar, con la finalidad de dotar al individuo de habilidades mejor perfeccionadas y sobre todo, que los estudiantes sean capaces de adoptarlas como parte de su repertorio. De esta manera se logrará una repercusión benéfica en la salud del individuo y de la comunidad.

CAPITULO 3

Agresión causas y consecuencias

3.1 Agresión: una panorámica global

Los filósofos, Sociólogos y Psicólogos, se han dedicado al estudio de la conducta agresiva y violenta de los hombres, sin embargo, los resultados sobre posibles trabajos preventivos para evitar o disminuir la conducta agresiva, apenas comienza.

Las conductas agresivas desde la perspectiva socio-sanitaria, constituyen un grave problema en la sociedad actual, más cuando se hace referencia a escritos como los de Kavoussi y cols. (1997), quienes estiman que la prevalencia de conductas violentas en la población en general se presenta en un 25%. Por lo que, la conducta agresiva, se convierte en un problema social, tanto para las personas y bienes de su entorno como para el propio individuo (Kavoussi, 1997)

La agresividad juega un papel importante en la patología humana, sin embargo, la atención que ha recibido es relativamente escasa (De la Fuente, 1997). Es importante mencionar que la agresividad puede manifestarse con carácter específico y como reacción a situaciones concretas, de maneras más o menos adaptada (Medina, 1996)

Por otro lado, se debe considerar que la conducta agresiva en el hombre se interpreta como conducta antisocial y si bien puede ser parte del proceso de adaptación de un organismo a su medio, también puede llegar el caso en que se castigue con la ley a quien manifieste comportamiento agresivo. La agresión es notable, por lo menos en algunos aspectos del comportamiento de todos los niños, como las normas, actitudes, valores, creencias y expectativas acerca de la conducta agresiva (Roldán, 1990)

3.2 La agresión desde diversas perspectivas teóricas.

El estudio de la agresión se ha realizado por varios autores correspondientes a diferentes posturas teóricas, todas ellas aportan elementos importantes para el estudio del comportamiento agresivo, y de alguna manera, éstas contribuciones han dado pie a la realización de diversos programas que tratan de prevenir o disminuir la conducta agresiva.

Entre las diferentes teorías que estudian los aspectos relacionados con la agresión se encuentra la teoría del impulso desarrollada inicialmente por Dollar y Miller (1939) y posteriormente por Berkowitz (1962) y Feshbach (1970) quienes mencionan como hipótesis que

la frustración activa un impulso agresivo que se reduce únicamente con alguna forma de respuesta agresiva.

Teoría etológica. La agresividad es estudiada desde un aspecto sistemático de la conducta animal, mismo que ha permitido integrar más los conocimientos sobre la actividad cerebral. Desde esta perspectiva, la agresividad tiene un carácter adaptativo bajo determinadas circunstancias, como la escasez de alimentos o situaciones periódicas de altas densidades de población (Medina, 1996) sin embargo, la interpretación etológica omite los factores ambientales presentes y la relación de estos con la conducta.

Lorenz (1966), señala que la agresión es un reflejo básico en los animales y cataloga algunas actividades como instintos de supervivencia. Por lo anterior, se entiende que para evaluar apropiadamente el punto de vista etológico, es importante distinguir entre conducta instintiva e instinto, éstos aspectos se han definido como actividad instintiva que implica la activación, ordenamiento y mantenimiento de la conducta en dirección y en una intensidad particular hasta que se encuentre un ambiente apropiado para descargar la energía instintiva (Cofer y Appley, 1976). En resumen y de acuerdo con esta teoría, la agresividad es un componente básico de la conducta de todos los individuos, porque el ser humano nace con un equipo neurológico, adecuado para despertar y utilizar la agresión en el momento en que un estímulo externo o interno alerta. Entonces la capacidad de reaccionar agresivamente es innata, porque es el resultado de la herencia biológica y fue necesaria en alguna etapa de la humanidad para asegurar la preservación de la especie y del individuo (De la Fuente, 1968)

Existen otras perspectivas como la **instintivista** y la **ambientalista**, que tratan de explicar la conducta agresiva. La primera sostiene que la conducta humana es esencialmente instintiva filogenéticamente adaptada y propone que las tendencias hostiles son básicamente respuestas no aprendidas a ciertas conductas. La perspectiva ambientalista sostiene que la conducta humana es fundamentalmente ontogenética adaptada y que la conducta agresiva tiene que ser elucida por estímulos que se originan fuera del organismo (Roldán, 1990)

Teoría genética. Esta teoría, asevera que la agresión en sí misma no es un rasgo heredado, pero los factores que influyen en la agresión, pueden ser transmitidos genéticamente. En este sentido Scott (1958), señala que la agresividad se origina tanto por los genes como por la experiencia pasada y la agresividad más el reforzamiento conduce a conductas agresivas (Scott, 1958)

Es importante destacar que Monahan (1992), realiza un estudio que demuestra la existencia de mayor probabilidad de conductas agresivas en varones que en mujeres, y cómo respuesta a esto, él menciona que las mujeres son más pasivas y precozmente maduras, además de que llevan a cabo tareas y más responsabilidades de las esperadas.

Teoría del Aprendizaje Social. Esta teoría establece que todos los patrones conductuales en la mayoría de los casos son aprendidos por imitación y por reforzamiento. León (1996), menciona que la agresividad es una potencialidad sobre la cual se aprende a lo largo de la vida.

El Aprendizaje social abarca las condiciones que regulan todas las facetas de la conducta agresiva, sea individual o colectiva. Albert Bandura (1969), es el máximo exponente de esta postura teórica, él dice que existen dos formas para adquirir comportamientos agresivos; mediante la observación de modelos o por experiencia directa.

En la adquisición por observación las conductas se pueden aprender tanto por observación deliberada o inadvertida, a través de la influencia del ejemplo. Además, Bandura, menciona que en la sociedad existen fuentes principales, mediante las cuales se puede aprender conductas agresivas, modelos de agresión (las acciones agresivas de los demás), influencias subculturales (la misma sociedad) y modelamiento simbólico (medios de comunicación masiva) (Bandura, 1965)

El aprendizaje por experiencia directa, se puede dar mediante diversas situaciones que implican el ensayo y error, además del reforzamiento, mismo que puede ser por la gente que rodea al individuo o por el propio individuo (op. cit., 1965)

Esta teoría también propone que la agresividad en los niños es aprendida y reforzada, ya que muchas familias enseñan sistemáticamente y de forma consistente a que esa conducta es deseable e incluso virtuosa, ya que varios investigadores han encontrado que los niños se hacen agresivos porque reciben un tipo de reforzamiento (Parra, 1997)

Es importante remarcar que los teóricos del aprendizaje parecen no tomar en consideración la motivación en cuanto a la intencionalidad puesto que la motivación no se puede observar en forma directa sino que únicamente consideran los antecedentes y de esa manera registran las consecuencias (Ramírez, 1997)

La perspectiva cognoscitiva considera a la agresión como un comportamiento que resulta de la apreciación y evaluación que el individuo hace de la situación (op. cit., 1997)

Independientemente de la postura desde la que sea estudiado el comportamiento agresivo, el objetivo de la investigación es similar, encontrar las posibles respuestas al porqué de las conductas agresivas, por lo que todavía existe mucho por explorar en este aspecto y con ello, tal vez se originarían diversas propuestas de intervención que contribuyeran al beneficio de la sociedad para disminuir o prevenir la incidencia de éste tipo de comportamientos, que sin duda causan estragos en una comunidad determinada.

3.3 Definición de agresión

La conducta agresiva ha sido estudiada desde siempre, bajo diversos supuestos teóricos, pero algo sumamente importante es saber concretamente que es la agresión, aunque es bien sabido que no hay una definición concreta se hace un recapitulado de las principales definiciones que se le han dado al término.

La definición encontrada en los diccionarios define al término agresividad como palabra que proviene del latín (*aggressio*, -onis, de *aggredi*, acometer) y es sinónimo de acometividad. Implica provocación y ataque. Hace referencia a quien es propenso a faltar al respeto, a ofender o a provocar a los demás (Diccionario de la lengua española)

Los autores definen la agresión como una respuesta que consiste en proporcionar un estímulo nocivo a otro organismo. Siendo dicha conducta potencial y destructiva, además se dice que la agresión es un conjunto de conductas que tienen en común intrusividad, demanda y efectos aversivos sobre otros, y por otro lado se menciona que la agresión describe el comportamiento destructivo y punitivo, en contraste con el enojo y la hostilidad (Buss 1961, Bandura 1973; Patterson 1977; Olweus 1979, Spielberger y cols 1985)

3.4 Tipos de agresión

La agresión ha sido clasificada de distintas formas, una de ellas es la clasificación que da Wilson (1980) quien indica que la agresión constituye una mezcla de muy diferentes patrones de conducta que están al servicio de distintas funciones, por lo que clasifica a la agresión en: **Agresión territorial** (se refiere al defender el territorio de un intruso); **Agresión por denominación** (se relaciona con el establecimiento de niveles de poder, su meta es establecer una jerarquía de prioridades y beneficios); **Agresión sexual** (sus formas de expresión reflejan el grado de respeto personal que existe entre los miembros de una cultura); **Agresión protectora maternal** (orientada en la defensa del recién nacido, es más común entre los mamíferos); **Agresión predatoria** (se vincula con la obtención de objetos); **Agresión irritativa** (se desencadena por estímulos aversivos) (Wilson, 1980)

Los actos agresivos pueden ser clasificados en instrumentales o emocionales. La **agresión instrumental** es definida como todo comportamiento realizado con propósitos extrínsecos. Es la agresión realizada para ganar dinero o como parte de un trabajo (profesionistas, cirujanos o veterinarios) ya que ocurre sin enojo. Algunos actos (ej. Amenazar) son también vistos como casos de enojo instrumental, porque solamente involucran palabras o frases para ganar poder (Ortiz, 2000). La **agresión emocional** tiene como principal objetivo provocar daño. Puede considerarse como la agresión que se produce cuando las personas se hallan desagradablemente activadas y tratan de herir a alguien (Berkowitz, 1996)

Buss (1961) por su parte define dos dimensiones que caracterizan la agresión, la activa y la pasiva de las cuales se clasifican y subdividen otras de mayor precisión que permiten definirla en ocho tipos. La **agresión activa física directa** se refiere a golpes y lesiones y la **agresión activa física indirecta** se refiere a golpes contra un sustituto de la víctima, por otro lado la **agresión activa verbal directa** se refiere a los insultos y la **agresión activa verbal indirecta** vienen siendo gestos y señales obscenas; la **agresión pasiva física directa** es el impedir un comportamiento de la víctima, la **agresión pasiva física indirecta** es el rehusarse a participar en un comportamiento, por su lado la **agresión pasiva verbal directa** es el negarse a hablar y la **agresión pasiva verbal indirecta** se refiere al no consentir.

Berkowitz, (1993) clasificó la agresión como física o verbal, y directa o indirecta. La agresión física y directa es la observada cuando alguien golpea a otra persona en reacción a un insulto. La agresión física e indirecta es la observada cuando alguien le daña un objeto perteneciente a la persona que lo ha insultado. La agresión verbal y directa es la observada cuando una persona le grita a la persona que lo ha insultado o molestado. Verbal e indirecta es cuando la persona comenta rumores sobre la persona que lo ha insultado o molestado. Cabe mencionar que esta es la clasificación más utilizada entre los investigadores.

No obstante de los diferentes tipos de agresión, existe una similitud entre ellos, puesto que la conducta agresiva se presenta y es importante tener un conocimiento temprano para poder incidir en el proceso de la misma, sobre todo en sus inicios de aprendizaje que es la edad infantil.

3.5 Agresión infantil

Watson 1965, menciona que en la niñez la conducta agresiva predomina; los niños tienden a dirigir su agresividad contra las personas cercanas, principalmente contra los padres (Ruiz, 2000)

Por su parte Olweus (1979), menciona que entre los seis y ocho años se observa un menor número de conductas agresivas que al inicio de la infancia, pero la mayoría de los niños agresivos de estas edades tienden a dirigir sus conductas a dañar a los adultos.

Robinson y Skeen (1983) afirman que los infantes tienen patrones de agresión física más estables, mientras que los niños mayores usan otras formas de agresión como la verbal.

Herbert (1985) menciona que el nivel máximo de agresividad se manifiesta a los dos años de edad y después disminuye hasta alcanzar niveles moderados en la edad preescolar.

Odile (1988), menciona que los niños a los tres años tienden a manifestar conductas agresivas con sus compañeros; mientras que a los cuatro años de edad el niño adquiere habilidades sociales a través de la familia y la escuela.

Roldán (1990) menciona que el proceso de socialización diferencial de la agresión en los niños empieza durante los años preescolares. La mayoría de los estudios sobre los preescolares encuentran que la incidencia global de agresión es superior en los niños mayores, por lo que es importante comenzar con trabajos preventivos durante esta etapa, para que se logre reforzar aquellas habilidades que sirvan como protectoras para prevenir o disminuir los índices de agresividad. (Roldán, 1990)

De acuerdo con diversas investigaciones, se dice que todo acto de violencia de un adulto hacia una niño, por muy breve o leve que sea, deja una secuela en el desarrollo social. Niños agresivos llegan a ser a menudo adultos agresivos. Los castigos corporales figuran prominentemente en las raíces de la agresividad de adolescentes y adultos, especialmente en

esas manifestaciones que toman forma antisocial tales como la delincuencia y la criminalidad. Además de que el castigo físico en los niños consistentemente, aparece como una de las mayores influencias que forman la agresividad y la violencia en el hombre (Maynez, 1996)

Los autores coinciden en que los patrones de agresión se aprenden desde la infancia por medio de los padres y la escuela.

3.5.1 Características de los niños agresivos

Cómo ya se menciona anteriormente, existe mayor probabilidad de que los niños se vuelvan más agresivos que las niñas, debido a las características de los mismos (Monahan, 1992)

Quay (1972) y Patterson y cols. , (1975), identificaron dentro de las características conductuales de los niños agresivos, los asaltos físicos y verbales, las peleas, provocaciones para solucionar conflictos y el violar los derechos de otros. Diciendo que éstos niños, son impulsivos, cuentan con un difícil manejo de la agresividad, experimentan pocas relaciones interpersonales positivas, poseen limitada habilidad en el manejo del estrés, además de una pobre habilidad para verbalizar sus preocupaciones y sentimientos, utilizando la acción como su principal medio de comunicación (Bardill, 1972; Ortiz 2000)

Farrington (1990) alude a la existencia de determinadas características en los niños que se consideran factores de riesgo para el desarrollo de la conducta antisocial. Destacan entre otros, la extroversión, la impulsividad, el déficit por atención y la ausencia de empatía. Estas características pueden convertirse en transgresiones a las normas de conducta, a probar situaciones nuevas de riesgo y a fracasar en la escuela (Echeburúa, 1994)

La investigación con niños y niñas a observado este carácter general de la agresión. Las personas que son extremadamente agresivas, independientemente de que sean adultos o niños, hombres o mujeres, tienden a ser muy antisociales en muchos aspectos. Normalmente su disposición positiva a golpear a otros física y verbalmente va acompañada por otras tendencias antisociales (Berkowitz, 1996)

Las personas que muestran conductas agresivas no son necesariamente idénticas ya que como se ha mencionado anteriormente la agresión puede ser de distintas formas y algunos atacantes son en gran medida instantes de agresión emocional, mientras que otros son fundamentalmente actos instrumentales de agresión. Algunas personas son altamente agresivas porque son emocionalmente reactivas, esto es que son a menudo temperamentales, fácilmente iracibles e impulsivos. Estas personas temperamentales atacan a otros algunas veces sólo porque consideran que su agresión les dará resultados positivos. Otros agresores pueden ser considerados como con una orientación más instrumental porque su agresión se efectúa con más frecuencia en aras a otras metas. Sin embargo, estas personas también pueden perder el control ocasionalmente y atacar a alguien (Berkowitz, 1996)

El hecho de que el niño manifieste conductas agresivas, influye de forma determinante en su desarrollo social ya, que obviamente, el niño al igual que cualquier individuo, está expuesto ante una serie de factores medioambientales que presentan a su vez, diversas variables que pueden contribuir para que surjan conductas calificadas como antisociales y que afecten a sus diversas interacciones (López, 1999)

Resulta importante conocer cuales son las características que presentan los niños agresivos desde tempranas edades ya que con esto se puede intervenir a tiempo para evitar futuros problemas en el desarrollo de los niños en los diversos aspectos de su vida.

3.6 Factores asociados a la conducta agresiva.

Ya que el ser humano se desarrolla dentro de un contexto ambiental, donde existen factores multicausales, puede resultar hasta cierto punto fácil que se convierta en el blanco, de varios de ellos, mismos que se dividen en protectores y de riesgo. En el caso de la conducta agresiva, ésta puede verse beneficiada por la presencia de factores de riesgo, que básicamente se encuentran en el contexto familiar social.

Resulta importante revisar cuáles son los factores que se encuentran presentes en las familias y que están propiciando la agresividad en los niños. En el siguiente apartado nos centraremos sobre todo en los roles de la familia durante la infancia ya que la familia es considerada como la base donde se forja el carácter del individuo y la principal fuente de las tendencias antisociales y agresivas.

Una pregunta que existe en la actualidad es el encontrar la razón de cómo es que los niños y niñas llegan a ser tan agresivos y aunque no existe una respuesta, si se sabe que sus tendencias violentas podrían ser el producto de influencias muy diversas, incluyendo poco amor y afecto de sus padres y madres, disciplina parental rígida y errática durante sus años de formación, herencia genética y carácter neurológico, nivel de estrés en sus vidas y grado en que han fracasado en la consecución de sus deseos personales y económicos, las actitudes y valores con respecto a la agresión que son predominantes en su estrato social o que comparten con sus amigos y familiares, grado en que observan que otras personas de su medio emplean la agresión para resolver sus problemas y modo en que han aprendido a ver su mundo social. No hay una única fuente de agresión como tampoco existe una única vía para desarrollar un carácter violento (Berkowitz, 1996)

La familia es el fundamento de la sociedad y los patrones de conducta establecidos en la infancia y en la adolescencia contribuyen en forma importante a la conducta social adulta. La mayoría de los niños tienen el potencial para responder de forma violenta (Roldán, 1990)

El grado en el que una conducta se incrementa o disminuye, esta relacionada con la manera en la que el niño es educado (Shoham, 1970). Considerando lo anterior, todos los factores de la estabilidad familiar son importantes en el desarrollo normal del niño y el

fortalecimiento de la vida familiar puede concluir en alto grado a la reducción de la conducta antisocial del niño (Monahan, 1992)

Algunos estudios realizados por Sheldon y cols. , (1940), confirman que el rol de la disciplina dentro del contexto familiar da pie a la agresividad, la delincuencia y la criminalidad en la adolescencia y la edad adulta. Es importante señalar, que de acuerdo con los investigadores, la delincuencia comienza mucho antes de que los niños lleguen a la adolescencia, las señales son a menudo visibles cuando los niños tienen de 3 u 6 años de edad y antes de los 11 (Kaussovi, 1997). Es importante mencionar también que la agresividad de un niño puede persistir con el paso de los años pero la conducta de los niños propensos a la violencia no siempre puede ser considerada como fija durante los primeros años de vida. Muchas personas llegan a cambiar sus formas de comportarse según van madurando, por lo menos en cierta medida (Berkowitz, 1996). Sandra Scarr (1990) asegura que "El organismo es flexible en presencia de experiencias nocivas y que sólo las experiencias negativas más persistentes tienen efectos duraderos y negativos sobre el desarrollo" (Scarr, Phillips & McCartney, 1990, p.27), por lo que es importante recordar esta flexibilidad del ser humano para poder intervenir y modificar estas conductas que afectan en el desarrollo integral de la persona.

Una de las cuestiones que surgen con respecto al ámbito familiar es el saber qué tipo de características parentales aumentan la probabilidad de que un hijo sea en algún momento aislado y antisocial, a este respecto Albert Bandura y después Richard Walters realizaron un estudio en el que entrevistaron a los progenitores de 52 niños con el fin de estudiar los factores de riesgo de la agresión adolescente, preguntaban entre otras cosas si alguna vez habían animado a sus hijos a pelear. Una de las mujeres decía que su marido había sugerido a su hijo que devolviera los golpes cuando otros niños le pegaran cuando su hijo tenía como 6 o 7 años de edad (Bandura & Walters, 1959). En este ejemplo el niño puede haber aprendido a recurrir a la violencia cada vez que tenga problemas con otros ya que las influencias positivas directas que no sólo están reforzando a la persona a atacar a los otros sino que también están manteniendo este tipo de conducta; esto se debe a que algunas de las personas que son propensas a la violencia continúan siendo agresivas con el paso de los años porque han sido reforzadas por tal conducta. Han atacado a otros con frecuencia y han descubierto, la mayor parte del tiempo, que su conducta agresiva les proporciona beneficios. Por otro lado se sabe que las recompensas pueden influir sobre la conducta de dos formas diferentes, una recompensa puede operar como un incentivo a ejecutar una acción o puede servir como un reforzador que sirve para mantener un tipo particular de conducta, en el estudio mencionado el niño al recordar la aprobación de su padre como un incentivo, deseando la alabanza y el afecto que éste podría darle, estaba motivado a pelear cuando otro niño le pegara; este tipo de actitudes de los padres pueden estar ocasionando que la conducta agresiva de los niños llegue a aumentar, en primer lugar por la recompensa pero también hay que recordar como ya se mencionó, que el ser humano tiende a repetir acciones que previamente le han conducido a consecuencias favorables, algunas veces con la anticipación consciente de obtener otra vez los mismos resultados positivos porque la tendencia conductual se hace habitual (Berkowitz, 1996)

Así mismo, las restricciones que los padres imponen a sus hijos son otro factor que puede influir en la adquisición de comportamientos agresivos. Esto significa, el utilizar una técnica disciplinaria rígida, misma que favorece la presencia de conductas agresivas (Serrano,

1996). Por su parte Olweus (1979) encontró como principales causas las técnicas disciplinarias de permisividad, exigente y punitiva.

Otra de los importantes factores asociados de la agresión, es la violencia intrafamiliar, pues es un estilo de vida que funciona como modelo para el aprendizaje de las conductas agresivas, en dónde las consecuencias siempre resultan positivas al menos para el agresor, por lo que los niños hacen suyo este aprendizaje y lo aplican en el contexto de sus interacciones.

El maltrato por parte de los progenitores puede desarrollar también una disposición a que sus hijos lleguen a ser altamente agresivos. Los progenitores pueden maltratar a sus hijos de formas múltiples, por ejemplo pueden mostrar negligencia con sus hijos, pueden castigarlos físicamente cuando los niños no obedecen las órdenes de los progenitores y/o pueden no ser claros y consistentes al especificar lo que esperan de sus hijos (Berkowitz, 1996)

También el rechazo de los progenitores es muy negativo para los niños pequeños y por lo tanto no resulta sorprendente encontrar que muchos niños altamente agresivos hayan tenido negligencia por parte de sus progenitores y de acuerdo con Joan McCord (1983) que profundizó en este tema preguntándose si la crianza de los progenitores estaba relacionada con la criminalidad posterior de los hijos, descubrió que la mitad de los participantes que habían sido rechazados en la infancia por progenitores poco afectuosos, habían sido acusados de delitos graves en el período adulto, incluso aunque no hubieran sido maltratados físicamente.

Por su parte Patterson ha comentado que los niños antisociales son más propensos que los niños prosociales a continuar siendo agresivos cuando son medianamente castigados por sus padres. El problema que él encuentra es que estos jóvenes no sólo siguen siendo agresivos sino que la agresión les reporta beneficios. Es muy probable que obtengan lo que desean, su agresión es reforzada y así tendiente a repetirse (Patterson, Dishion & Bank, 1984)

Por otro lado, también se ha encontrado que las familias dónde existe una incoherencia entre ambos progenitores en cuanto a no responder de forma similar en lo referente a las violaciones de las normas, parece ser que también contribuye al desarrollo de tendencias antisociales (Berkowitz, 1996) y esto es apoyado por el estudio de Cambridge quien reporta que había menos armonía entre las madres y padres de los niños que posteriormente se convertían en delinquentes violentos, que entre los progenitores de los niños que no tenían problemas con la ley (MacCorg, 1983)

Por su parte, Serrano (1996), menciona que las relaciones deterioradas entre los padres provocan tensiones que pueden inducir al niño a comportarse agresivamente.

La ruptura del hogar es otra variable asociada a la agresión. Cuando el conflicto parental es tan grave que conduce a la ruptura del matrimonio, con frecuencia afecta a los niños y por ello puede provocar agresión. Mavis Hetherington (1982) de la universidad de Virginia en Charlottesville a encontrado tales relaciones agresivas en su conocido estudio longitudinal sobre los efectos del divorcio en los niños. Ella y sus colaboradores evaluaron la conducta social de una muestra de niños y niñas de cuatro años de edad durante un período de

dos años después de los divorcios de sus progenitores y lo que encontraron fue que en comparación con los niños pertenecientes a hogares intactos, los hijos de progenitores divorciados mostraban niveles más altos de agresión emocional instrumental, física y verbalmente, incluso un año después de la separación.

Por otro lado, se ha mencionado que las influencias del modelamiento también puede contribuir sobre las inclinaciones agresivas de los niños, independientemente de que los otros deseen o no deseen ser copiados. Albert Bandura y otros psicólogos definen al modelamiento como la influencia que se produce cuando las personas observan a alguien diferente a ellas mismas actuando de cierta forma y después imitan la conducta de esta persona (Bandura, 1973). Los niños pueden usar a sus progenitores como modelos y no es de sorprender que algunas investigaciones indiquen que jóvenes antisociales puedan imitar a un adulto socialmente desviado.

En resumen, se puede decir que, si un niño aprende conductas agresivas dentro del contexto familiar, será más probable que actúe agresivamente fuera del ámbito familiar. Serrano (1996) menciona que el ambiente en que el niño vive también puede influir en su conducta agresiva y por otro lado, señala que la incapacidad del niño para enfrentar situaciones frustrantes puede desencadenar un comportamiento agresivo.

Algunos autores sostienen que la agresividad es un elemento innato, otros afirman que es una conducta aprendida, pero no como un producto de la naturaleza, sino de la sociedad (De la Fuente, 1958)

Existen diversas formas que fomentan la aparición de conductas agresivas, una de las principales es la función que tienen los medios de comunicación.

Por su parte, Mosser (1992) señala que la violencia de la televisión puede influir en el comportamiento de los sujetos, ya que favorece la adquisición de nuevos esquemas de comportamiento, y reduce la inhibición de comportamientos agresivos, pues la constante observación de conductas agresivas provoca una desensibilización ante estas escenas (Mosser, 1992)

Berkowitz (1996) menciona que la violencia en los medios de comunicación aumenta la probabilidad de conductas agresivas en adultos y niños.

Varios investigadores hacen referencia a la contribución que hacen los medios de comunicación a la presencia de conductas agresivas, por lo que sería importante que de la misma forma estos factores que pueden ser protectores ante esta situación, por lo que se requiere poner en práctica programas que puedan combatir éste tipo de situaciones.

Por todo lo anterior, cabe señalar, que uno de los principales escenarios para los que se deben implementar intervenciones que ayuden a minimizar la presencia de conductas agresivas es la familia indudablemente, pues como ya se menciono, es el primer agente de socialización, en dónde el niño aprende diversas formas de afrontamiento, su repertorio conductual inicia su

aprendizaje en éste núcleo. Sin embargo, el contexto social viene siendo el segundo lugar del cual los niños aprenden, es por esta razón que se debe también intervenir en este aspecto.

Anteriormente se ha hecho referencia a múltiples investigaciones, en las que se ha mencionado que una de las principales causas de la presencia de conductas agresivas es una pobre capacidad para solucionar situaciones difíciles para el individuo, además de que las habilidades sociales con las que cuenta el sujeto, son realmente escasas y/o mínimas. Por lo que varios investigadores, se han dado a la tarea de elaborar programas preventivos que contribuyan a la salud de la comunidad y del individuo en sí mismo. Una de las principales herramientas en este campo es la modificación conductual ya que es el enfoque que ha proporcionado resultados satisfactorios a corto plazo en el entrenamiento en habilidades sociales..

3.7 Consecuencias y manifestaciones de la agresión

La criminalidad y la delincuencia en nuestro país representan un problema cada vez más serio. Actualmente existe un incremento en la violencia, principalmente enfrentamientos por las calles, guerras, crímenes, ente otras conductas agresivas (Palma, 1997). En diversas investigaciones se ha encontrado que la delincuencia, en la mayoría de los casos, es el resultado de un proceso que inicia desde la infancia, ya que generalmente los niños reportados con problemas de conducta, principalmente de agresividad aunada a otros factores presentan alta probabilidad de convertirse en delinquentes al llegar a la adolescencia (Ayala y Barragán, 1997; Kauvossi, 1997; Ayala, Fulgencio, Chaparro y Pedroza, 2000)

Las consecuencias de las conductas agresivas en general, se manifiestan en el aspecto social y escolar. Sin embargo, no existe una explicación sobre que elementos pueden minimizar o prevenir la agresividad, por lo que, evaluar la agresividad escolar y detectar los factores que inciden en el proceso, permitirá establecer los supuestos básicos, que explican cómo dentro de un grupo de alumnos con una similar capacidad cognitiva y tareas de aprendizaje, se producen discrepancias en su rendimiento escolar (Gómez, 1996)

En lo que se refiere a las manifestaciones sociales de la agresividad, se pueden nombrar básicamente la delincuencia y la criminalidad.

Robins (1966), reporta que el desarrollo temprano de la agresión se asocia con altas tasas de conducta antisocial en adolescentes, lo que se relaciona con la falta de habilidades sociales en la infancia (Yongstrom, 1992)

En lo que se refiere al ámbito educativo, es muy frecuente que los niños que presentan comportamientos agresivos sean rechazados por sus compañeros, y en algunos de los casos, si no es que en la mayoría, son etiquetados por sus profesores lo que propicia a un mayor desencadenamiento de éstas conductas.

Los niños antisociales presentan dificultades en el área escolar. Como señala Patterson (1989), bastantes investigadores han descubierto que los jóvenes que quebrantaban la ley solían tener dificultades académicas y el autor opina que esta tendencia se debe, como mínimo, en parte a sus personalidades carentes de habilidades sociales. Como son impulsivos y a menudo son incapaces de permanecer sentados, no prestan suficiente atención al profesor ni a las tareas que hay frente a ellos y muchas veces no realizan sus tareas en casa. Debido a su escaso éxito académico el rechazo por parte de los compañeros relativamente bien socializados, causa que muchos de estos niños lleguen a acercarse a otros niños que no solo tienen personalidades similares sino que también se inclinan hacia el rechazo de las normas y valores sociales tradicionales. Los nuevos miembros de estos grupos inadaptados suelen ser instruidos para ejecutar conductas antisociales y a menudo suelen ser animados, implícita o explícitamente, a consumir drogas: de este modo, la violación de la ley les proporciona la popularidad que no pueden lograr por otras vías (Berkowitz, 1996)

Por su parte Patterson (1989) sugiere que las consecuencias más probables de las desafortunadas experiencias iniciales de aprendizaje de un niño agresivo suelen ser su disposición a amenazar y a atacar a otros por una parte y la falta de habilidades sociales adecuadas por otra (Patterson, Debaryshe & Ramsey, 1989). No sabe realmente qué hacer cuando conoce a alguien nuevo, no es particularmente sensible a las opiniones y necesidades de otras personas y también puede carecer de la capacidad para captar el interés de la nueva persona. Con mucha frecuencia el niño suele mal interpretar las acciones de los jóvenes con quienes se encuentra. Puede percibir amenazas y retos donde no existen y pueden atribuir malicia a las acciones de los otros. Como consecuencia de estas deficiencias, mantiene Patterson, que existen muchas probabilidades de que el niño antisocial sea rechazado por sus compañeros más normales y evidentemente, la agresividad de tal niño es más propensa a ser la causa que el resultado de su rechazo social (Berkowitz, 1996)

Patterson no atribuye la delincuencia sólo a un mal manejo por parte de los progenitores ni sólo a la influencia negativa de los compañeros socialmente inadaptados, tanto la familia como los compañeros, y quizá también otros factores intervienen en la formación de los patrones antisociales de conducta, Patterson sugiere sin embargo, que la influencia del grupo de compañeros inadaptados sirve normalmente para mantener incluso para acentuar el aprendizaje adquirido en la familia (Berkowitz, 1996)

3.8 Habilidades sociales vs. la agresión

Las habilidades sociales se refieren al conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 1986)

Uno de los principales escenarios en los que se puede desarrollar programas de entrenamiento en habilidades sociales es la escuela sin lugar a duda, pues es probable que se

logren reducciones mínimas en la violencia, porque cualquier beneficio a la comunidad escolar, afectaría a la población en general; además de disminuir la violencia, se pueden mejorar las interacciones interpersonales de la sociedad (Rutter, 1988)

Es frecuente que los programas de intervención propuestos por diferentes autores abarquen más de un tipo de prevención de los anteriormente expuestos. La prevención primaria en el comportamiento agresivo, sobre los factores ambientales, y sobre los factores de riesgo como la violencia intrafamiliar. La prevención secundaria se dirige principalmente a la detección precoz de conductas agresivas en la población infantil y adolescente. La prevención terciaria va dirigida a impedir la incidencia y generar la rehabilitación de conductas criminalísticas y de delincuencia (Echeburúa, 1994)

Otro de los factores que sirve como protector de conductas agresivas, además de las habilidades sociales es la capacidad de solución de problemas, que se refiere al proceso de encontrar una solución eficaz a una situación determinada (Bravo, 1999)

La enseñanza de los aspectos relacionados con la solución de problemas aunados a la disseminación de habilidades sociales adecuadas, permiten disminuir la presencia de comportamientos agresivos en el individuo.

Es importante minimizar el reforzamiento de las conductas agresivas y enseñar a los niños a utilizar habilidades de conversación y el razonamiento, dado que la comunicación sirve como factor protector de la conducta agresiva. La implementación de programas preventivos concretos necesita un mayor conocimiento de aspectos como las bases de violencia, grupos de riesgo, modificación de los factores de riesgo y la evaluación a largo plazo de dichos programas para conocer su eficacia (Echerburúa, 1994)

Existe una similitud en la posible práctica de la prevención de las conductas agresivas, siendo ésta el establecer en los niños la enseñanza de estrategias que le permitan acceder a un grupo y lograr su aceptación (Puttallaz, 1990)

En los últimos años, se han desarrollado programas de intervención en el ámbito educativo, con el objetivo de fomentar conductas prosociales y enseñar a controlar la agresión, que puede ser útil para la prevención primaria de la violencia (Echeburúa, 1994)

Larson (1992) aplicó en la escuela un programa basado en los principios cognitivos - conductuales para el control de la agresión. El programa estaba dirigido hacia las conductas agresivas en la escuela, el control de la ira y a la regulación de las tendencias a actuar de forma antisocial. Logró una disminución de las conductas antisociales, además de una generalización.

3.9 Investigaciones realizadas

Considerando el hecho de que las habilidades sociales contribuyen grandemente en la disminución de las conductas agresivas, se han desarrollado investigaciones que tienen como principal objetivo entrenar a los niños en habilidades sociales, ya que ésta población es la más vulnerable para la aplicación de este tipo de intervenciones, misma que se verá beneficiada mediante la práctica constante de dichos conocimientos en su vida cotidiana, y si se mantienen éstas conductas los resultados perdurarán a largo plazo.

Las intervenciones cognitivo-conductuales han arrojado resultados satisfactorios, aunque algo variados, la terapia cognitivo - conductual procede directamente hacia el conjunto de déficits cognitivos sociales y distorsiones que han sido encontradas en los niños rechazados (Kazdin, 1987)

La estrategia de intervención que ha demostrado mayor efectividad en el tratamiento de conductas agresivas y antisociales en niños ha sido el entrenamiento a padres de familia en el manejo de la conducta de sus hijos, en técnicas de supervisión y monitoreo. (Ladd, 1981)

Cabe mencionar, que las intervenciones dirigidas a mejorar las relaciones sociales de los niños deben manejar los elementos positivos de las habilidades sociales designadas para estimular las conductas prosociales, así como elementos cognitivos -conductuales designados para estimular las respuestas reflexivas estimular más la adaptación social en el pensamiento de solución de problemas.

En un estudio realizado por Megargee y Hokanson (1976) se informa de un intento sistemático de padronizar el comportamiento no agresivo administrando recompensas a las respuestas no agresivas, más que por el método usual de castigar el comportamiento agresivo. Este estudio se dedico a controlar el comportamiento agresivo de todos los niños en una clase completa de una guardería infantil, utilizando como técnicas la remoción de gratificación positiva generalizada (atención) para los actos agresivos, mientras se prestaba atención a los actos cooperativos. Las respuestas agresivas fueron definidas mediante la numeración de las categorías de la escala diseñada por Walters, Pearce y Dahms (1957), las observaciones del comportamiento fueron efectuadas por dos evaluadores en la escala donde las hileras representaban las categorías del comportamiento agresivo, y las columnas intervalos de 5 minutos. Los evaluadores simplemente anotaban cualquier aparición de comportamiento definido en la celdilla apropiada. El programa consto de 4 fases una de pretratamiento, la segunda de primer tratamiento, la tercera de continuación y la cuarta de segundo tratamiento. Los resultados arrojados informan que la agresión verbal no se recuperó después del primer tratamiento, en cambio la física sí, sin embargo, al final del segundo tratamiento disminuyó considerablemente (Megargee y Hokanson, 1976)

Otro estudio realizado con el fin de cambiar la conducta agresiva fue el realizado por medio de la utilización del tiempo fuera (Leblanc, Haney y Busby). Este experimento fue realizado en un Kinder del Department of Human Development Preschool Laboratory, en la Universidad de Kansas, el sujeto fue un niño de 4 años. En el experimento se manejaron tres categorías de conducta agresiva: atacar físicamente a otros niños, insultarlos y exigir cosas de

ellos. Para hacer disminuir las conductas agresivas se usaron dos tipos de tiempo fuera. Uno consistía en apartar al niño del área de juego tras cualquier agresión y hacerlo sentar en una silla, instruyéndole de permanecer en ella hasta que así se le dijera; se llamó a esto tiempo fuera transcurrido en la silla. Si se negaba a sentarse en la silla o la abandonaba antes de concluir un minuto, cuando tenía permiso de hacerlo, se le situaba en un saloncito vacío, pero iluminado, y se cerraba la puerta; se llamó a esto tiempo fuera en el cuarto. El niño permanecía en el tres minutos a partir de haberse cerrado la puerta o tres minutos a partir de la última rabieta o de su último grito audible. Los resultados que se encontraron fueron que cuando a las agresiones se les aplicó contingentemente tiempo fuera en la silla y en un cuarto, la conducta disminuyó de inmediato a casi cero, mientras que el insultar y las demandas, que no estaban siendo manipuladas, permanecieron en los niveles anteriores. Cuando se aplicó de un modo contingente el tiempo fuera a los insultos, éstos disminuyeron inmediatamente a un nivel de casi cero. Durante esta condición las agresiones permanecieron bajas y fueron muy relevadas las presencias de conductuales de la nueva subcategoría de demandas. Cuando a éstas se les aplico contingente el tiempo fuera y se dejó de hacerlo con los insultos, de inmediato disminuyeron las conductas incluidas en las demandas; agresiones e insultos permanecieron a niveles de casi cero (Ulrich, Stachnik, Mabry, 1978)

La facultad de psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México con el apoyo de diferentes organizaciones realizó la investigación: "Estudio Longitudinal sobre el desarrollo de la conducta Agresiva en Niños y su Relación con la Evolución de la Conducta Antisocial en la adolescencia" como un primer acercamiento a esta problemática en México (Ayala y cols, 2000)

Poco a poco se han ido incrementando los programas de intervención que centren su actividad en el entrenamiento de habilidades sociales dirigidos a niños que presentan conducta antisocial y agresiva, otra de las investigaciones encontradas es la de Ortiz (2000), quien evalúa los efectos y alcances de una intervención terapéutica para niños de cinco a diez años con problemas en el manejo de enojo durante situaciones de provocación, y así de esta forma, reducir o evitar los episodios de agresión con una muestra de 22 sujetos, los resultados que se encontraron fueron que el tratamiento provocó cambios en los promedios de frecuencia de las diferentes categorías conductuales registradas mediante observación directa, registros semanales y el Índice de Enojo: las categorías agresión, acusar, evitar y prosocial mostraron cambios en su nivel y variabilidad en forma diferente antes, durante y después del tratamiento. La categoría agresión decrementó, la categoría prosocial comenzó a reportarse. Esto quiere decir que la conducta prosocial fue ocupando el lugar de las categorías que se reportaron antes del tratamiento (agresión y acusar). El presente trabajo de investigación se basa en algunos de los aspectos tratados en esta investigación antes mencionada.

La importancia de conocer el concepto de agresión, radica en que, a partir de éste, se facilita el proceso de intervenir en aquellos factores que pudieran fungir como protectores para decrementar la conducta agresiva, ya que para poder iniciar cualquier tratamiento lo más importante es contar con una definición operante de la conducta sobre la cual se va a trabajar así de esta forma también se puede ayudar al individuo a tener una mejor relación con sus pares y mejorar su desarrollo para poder contribuir a alcanzar un estado de salud.

MÉTODO

Muestra:

Los sujetos que participaron en el presente estudio fueron 19 (10 niñas y 9 niños), con edades que fluctuaban entre cuatro y seis años de edad, con un nivel socioeconómico medio, sin tratamiento psiquiátrico y/o farmacológico, que pertenecieran al Centro de Desarrollo Infantil localizado en la delegación de Xochimilco y que de acuerdo al diagnóstico presentaran conductas agresivas.

Escenario:

Los sujetos fueron evaluados y observados en el Centro de Desarrollo Inicial (CENDI), al sur del Distrito Federal; las líneas base se realizaron en el salón de Cantos y juegos de la institución, la cual tiene medidas de 8 por 10 metros aproximadamente, que cuenta con 19 sillas pequeñas, 8 grandes, un piano, un espejo que cubre una de las paredes, juguetes (cubos, sonajas, aros, campanas, maracas y castañuelas) y un escenario para teatro guiñol.

El tratamiento se impartió en una aula ubicada dentro del mismo CENDI, con medidas aproximadas de 6m por 4 m, equipado con tres mesas pequeñas, 12 sillas chicas, juguetes (pelotas, cubos, marimbas, rompecabezas, muñecos, palitos de madera) 2 colchonetas redondas y pequeñas.

Materiales:

- ✕ Cámara de vídeo
- ✕ Videocasetes en formato VHS-C
- ✕ Hojas de registro
- ✕ Extensión eléctrica
- ✕ Cronómetro
- ✕ Lápices
- ✕ Regalos

Instrumentos:

Para la evaluación de los sujetos se utilizaron sistemas de observación directa y escalas de medición psicológica que miden los factores vinculados a las manifestaciones de enojo y conducta agresiva.

Se utilizó el cuestionario de agresividad infantil para la escuela (CAI-M) (Chaparro, Fulgencio y Mercado, 1997). Es un cuestionario de lápiz y papel con un total de 30 reactivos con opciones de respuesta sí y no. Tiene alfa de Cronbach de 0.82. Cada respuesta afirmativa equivale a un punto y el niño que alcanza una calificación igual o mayor a 20 se considera agresivo. Proporciona un índice del comportamiento agresivo del niño través del reporte de los maestros, quienes responden a los reactivos, identificando problemas de comportamiento del niño dentro del ambiente escolar, así como situaciones bajo las cuáles se presentan estas conductas (ver anexo B)

Cuestionario de Agresividad Infantil (CAI) (Chaparro, Fulgencio y Mercado, 1997). Es un cuestionario de lápiz y papel, el instrumento está conformado por 29 reactivos, mismos que cuentan con dos opciones de respuesta: sí y no. Tiene alfa de Cronbach de 0.82. Cada respuesta afirmativa equivale a un punto y el niño que alcanza una calificación igual o mayor a 20 se considera agresivo. Proporciona un índice del comportamiento agresivo del niño, a través del reporte de los padres, quienes responden a los reactivos, este instrumento permite que los padres identifiquen problemas de comportamiento del niño dentro del ambiente familiar, así como situaciones bajo las cuáles se presentan estas conductas (ver anexo A)

Índice de enojo en niños (Ortiz, Mendoza y Ayala, 1998). Es un cuestionario de lápiz y papel: se aplica individualmente mediante entrevista personal, esta conformado por 27 reactivos, cada uno de los cuáles representa una situación de provocación. Para cada reactivo se dan 4 opciones de respuesta las cuáles indican diferentes formas de reacción: "agredir", "evitar", "acusar" y "discutir". La prueba mide tres factores que identifican el afrontamiento y enojo del niño cuando la jerarquía de la persona que lo provoca difiere (par, madre, padre o maestro). El primer factor identifica el afrontamiento cuando el enojo es provocado por una persona mayor que el niño. El segundo factor identifica el afrontamiento cuando quién provoca el enojo es una persona con igual edad a la del niño. El tercer factor identifica el afrontamiento cuando el enojo es provocado por situaciones percibidas por el niño como amenazantes independientemente de la edad del provocador. Su alfa de Cronbach es de .90. Éste cuestionario detecta niños con altos índices de enojo, señala la forma de reaccionar ante situaciones de enojo y muestra diferencias entre las reacciones según la edad de quién provoca el enojo. Se califica con la frecuencia de las respuestas (a, b, c, d). (ver anexo C)

Registro observacional, para la obtención de la frecuencia (%) de la conducta agresiva (Ayala, Fulgencio y Chaparro, 1997). Es un registro de intervalo parcial de tiempo (ver anexo D)

Registros de observación para la obtención de la frecuencia (%) de la adquisición de habilidades sociales (Flores y Gómez 2001). Es un registro de intervalo parcial de tiempo (ver anexo E)

Cuestionario de validación social (Flores y Gómez 2001). Cuestionario de lápiz y papel. Este cuestionario está diseñado con la finalidad de obtener información sobre el grado de satisfacción del usuario con respecto al taller, en donde se sondea el impacto de metas, procedimientos y resultados que según la percepción del usuario tiene el taller, dirigido a los niños la aplicación fue individual debido a que los niños aún no saben leer, consta de 12 preguntas, 10 de ellas con opciones de respuesta sí y no, y dos de ellas son preguntas abiertas (véase anexo F)

Variables:

Variable independiente: Programa de entrenamiento en habilidades sociales para niños preescolares: Disminución de la agresión. Constituido por una etapa de línea base, el tratamiento y el seguimiento.

Variable dependiente: Frecuencia de conductas agresivas y habilidades sociales. Dentro de las conductas que describen el comportamiento agresivo se encuentran: Contacto Físico Negativo (FN) (emitir conductas físicas de destrucción y/o despojo dirigidas hacia sí mismo, otra persona y/o un objeto; como, golpear, pellizcar, empujar, rayar paredes, aventar objetos a otros, etc.). Verbal Negativo (VN) (emitir palabras, frases o sonidos con contenido negativo y esto incluye conductas como mimica para expresar groserías, reírse de otra persona en forma de burla, sacar la lengua, etc., Permanecer Solo (PS) (caminar o estar sentado sin establecer contacto visual y/o verbal con otra persona. En tanto que dentro de las conductas que permite medir las habilidades sociales se encuentran: Contacto físico Positivo (FP) (emitir conductas físicas adecuadas hacia otra persona, tales como: acariciar el cabello, la espalda, abrazar, dar palmada en la espalda, dar un beso en la mejilla, etc.), Conducta Prosocial (CP) (conductas de ayuda, auxilio y/o de compartir, como por ejemplo; levantar a un niño cuando se haya caído, levantar un objeto que se le haya caído a un compañero, etc.)

Diseño:

En esta investigación se utilizó un diseño de caso único de A B con seguimiento.

Procedimiento:

En la primera fase del estudio, se solicitó la aprobación de las autoridades de la institución escolar para realizar la intervención, posteriormente se elaboró un diagnóstico que permitiera seleccionar la muestra que habría de cumplir con los criterios de inclusión mencionados anteriormente. Se explicó y entregó a las educadoras de las salas MIII, PI, PII y PIII el cuestionario de Agresividad Infantil para Maestros, uno por cada niño. Posteriormente se citó a los padres de los niños seleccionados para explicarles el propósito general del

tratamiento, cabe mencionar que todos los padres aceptaron participar en el taller por lo que se dio a conocer el contenido y el objetivo del taller y se hizo entrega del cuestionario de Agresividad Infantil. Una vez seleccionada la muestra se les aplicó a los niños el Cuestionario de Índice de Enojo. El siguiente punto fue iniciar la intervención, que estuvo conformada por 15 sesiones divididas en fase de línea base, tratamiento y seguimiento, con una duración de 1 hora cada una en cada sesión se realizaron las grabaciones correspondientes para obtener los registros observacionales. Cabe señalar que el grupo se dividió en dos, quedando a sí 10 niños en un grupo y 9 en otro. Al terminar la aplicación del taller se evaluó nuevamente con el Cuestionario de Agresividad Infantil para Maestros y el Índice de enojo. Cabe mencionar que el Cuestionario de Agresividad Infantil ya no se aplicó a los padres de familia ya que fueron muy pocos los que se presentaron el día de la evaluación quedando por ello eliminado como método de evaluación posterior al tratamiento. Finalmente se aplicó el cuestionario de Validación Social.

Tratamiento:

La fase de línea base, la constituyeron las tres primeras sesiones, para las que se diseñaron situaciones específicas que permitieron al terapeuta identificar el repertorio conductual de los niños y las habilidades sociales con las que contaban. Las sesiones simuladas fueron, sesión 1 línea base juego cooperativo donde se hizo entrega de un resorte por equipo, y se explico que el resorte debían pasarlo por todo el cuerpo, metiéndolo primero por los pies para sacarlo por la cabeza y pasarlo a su compañero, quién tenía que realizar la misma operación, esto fue realizado por todos los integrantes de los equipos, y está actividad se repitió por 5 veces, el equipo que finalizo primero fue el triunfador; En la sesión 2 Línea base juego cooperativo se formaron equipos de 4 niños, mismos que se ubicaron en cada una de las mesas del área de trabajo, se colocó el material de trabajo sobre la mesa, de tal forma que quedara al alcance de los niños, cuando todos los equipos tenían su material sobre la mesa, se les explico que cada mesa era un equipo y como tal tenían que ayudarse y organizarse para ganar en la actividad, pues el equipo ganador sería premiado, posteriormente se les explico la actividad en la cual se le asignó un número del 1 al 4 a cada uno de los niños en todos los equipos, el número 1 tenía que identificar la figura, el número 2 iluminarla, el 3 recortarla y el 4 pegarla; en la sesión 3 línea base juego cooperativo se formaron 2 equipos, de tal manera que cada equipo tuviera el mismo número de integrantes, ya conformados los grupos, se formaron a los niños y se explico la actividad donde se tenían que realizar carretillas de tal forma que el segundo miembro de cada fila tomaría por las piernas al compañero de adelante, quién sería la carretilla, y tendría que ir y regresar al mismo lugar, después los dos niños siguientes tenían que realizar la misma operación, y esta actividad se repitió por 5 veces. La sesión 4 se dedico a establecer Rapport con los niños y niñas, así como dar a conocer los objetivos del taller, explicar las reglas y el sistema de puntos, también la utilización de la palabra "encantados" en las situaciones en las que se perdiera el control del grupo; la sesión 5 se dedico a la identificación de reacciones fisiológicas que ocurren ante provocaciones de enojo (Ej. Aumento en temperatura, aumento en el ritmo cardiaco, respiración acelerada), así como identificar las expresiones de diferentes emociones (tristeza, enojo, miedo, pena, alegría, susto, envidia); En la sesión 6 se dieron a conocer qué y cuáles son las técnicas de

relajación para ser utilizadas siempre que se reconozcan las claves fisiológicas asociadas al enojo, se realizaron ejercicios de respiración y posteriormente se realizó un ejercicio donde se combino la respiración profunda y la imaginaria; en la sesión 7 se dieron a conocer y se practicaron las habilidades sociales y de comunicación (Mirar, escuchar, pensar, esperar turno para hablar y hablar); en la sesión 8 se trabajo con los niños y las niñas para que Reconocieran el enojo en otras personas para saber que hacer en esas situaciones utilizando lo aprendido en las sesiones anteriores; en la sesión 9 se trabajo con las autoinstrucciones verbales simples para que los niños y niñas controlen la conducta automática y que dirijan la conducta social apropiada; en las sesiones 10, 11 y 12 se trabajo con las alternativas de solución y el plan de acción, para que los niños y niñas puedan generar respuestas asertivas en lugar de respuestas agresivas y para que puedan decidir soluciones que produzcan los mejores resultados mediante el juego de roles y reforzamiento positivo; en la sesión 13 se dio el cierre del taller donde se repaso todo lo aprendido en el taller; las sesiones 14 y 15 se dedicaron al seguimiento y fueron iguales a las sesiones 1 y 2 (ver anexo 6)

Resultados:

Para la evaluación del curso se realizaron mediciones previas y posteriores al taller, con la finalidad de ofrecer un mejor panorama de los cambios logrados. Los resultados se describen a partir de las diversas fases del procedimiento, línea base, tratamiento y seguimiento para las diferentes mediciones realizadas: 1) resultados de registros observacionales de conductas agresivas, 2) resultados de registros observacionales de habilidades sociales, 3) resultados del Cuestionario de Agresividad Infantil para Maestros, 4) resultados del cuestionario de Índice de enojo y 5) resultados del cuestionario de Validación Social. En los datos que se reportan e ilustran se muestran los porcentajes obtenidos por cada uno de los sujetos en cada una de las sesiones del taller.

1) Resultados de registros observacionales de conductas agresivas

En la siguiente figura se muestran los resultados obtenidos del sujeto 1 en las evaluaciones de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial), los cuáles presentan un aumento en cada una de las categorías que se trabajaron (ver Fig. 1)

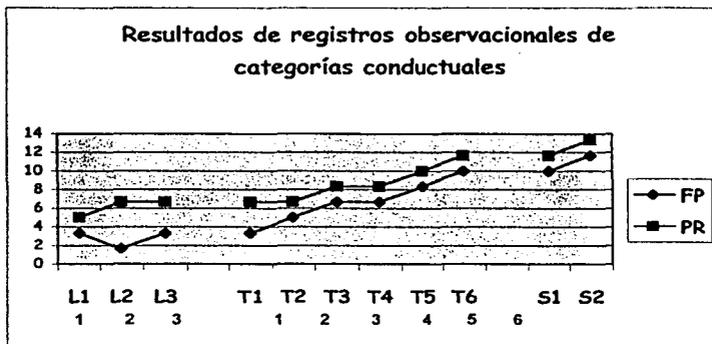


Fig. 1 Muestra los resultados de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial), obtenidos por el sujeto 1.

En la figura 2 se muestran los resultados obtenidos de las categorías negativas (físico negativo, verbal negativo y permanecer solo), de los registros observacionales del sujeto 1 en las mediciones previas, posteriores y durante la intervención; en las que se observa que la categoría de permanecer solo no mostró disminución durante el tratamiento, mientras que las demás categorías se mantuvieron sin presentarse durante la intervención (ver fig. 2)

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

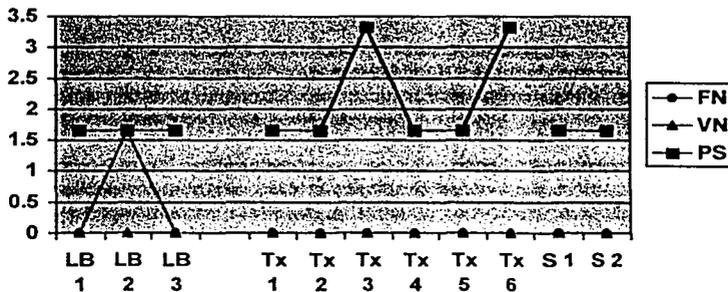


Fig. 2 Muestra los resultados de las categorías conductuales negativas (permanecer solo, físico negativo y verbal negativo) obtenidos por el sujeto 1

En la siguiente figura se muestran los resultados obtenidos del sujeto 2 en las evaluaciones de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial), los cuáles muestran aumento en cada una de las categorías que se trabajaron (ver Fig. 3)

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

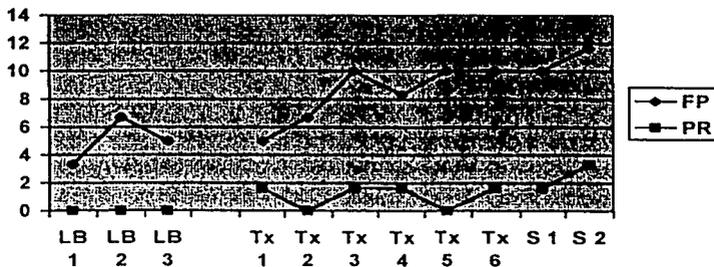


Fig. 3 Muestra los resultados de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial), obtenidos por el sujeto 2.

En la figura 4 se muestran los resultados obtenidos de las categorías negativas (físico negativo, verbal negativo y permanecer solo), de los registros observacionales del sujeto 2 en las mediciones previas, posteriores y durante la intervención; en las que se observa un decremento de dichas categorías conductuales (ver fig. 4)

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

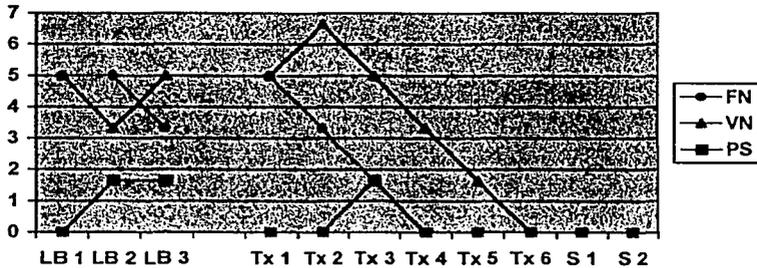


Fig. 4 Muestra los resultados de las categorías conductuales negativas (permanecer solo, físico negativo y verbal negativo) obtenidos por el sujeto 2.

En la siguiente figura se muestran los resultados obtenidos del sujeto 3 en las evaluaciones de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial), los cuáles presentan aumento en cada una de las categorías que se trabajaron principalmente en la categoría prosocial (ver Fig.5)

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

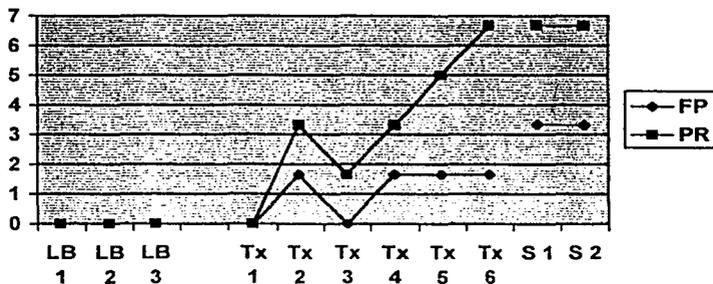


Fig. 5 Muestra los resultados de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial), obtenidos por el sujeto 3.

En la figura 6 se muestran los resultados obtenidos de las categorías negativas (físico negativo, verbal negativo y permanecer solo) de los registros observacionales del sujeto 3 en las mediciones previas, posteriores y durante la intervención; en las que se observa un decremento de dichas categorías conductuales donde la categoría físico negativo fue la que presentó un mayor decremento (ver fig. 6)

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

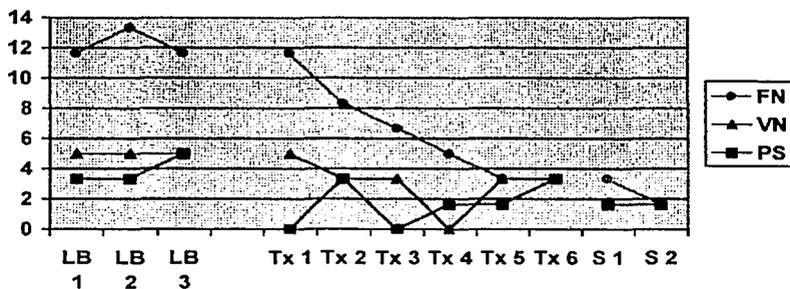


Fig. 6 Muestra los resultados de las categorías conductuales negativas (permanecer solo, físico negativo y verbal negativo) obtenidos por el sujeto 3.

En la siguiente figura se muestran los resultados obtenidos del sujeto 4 en las evaluaciones de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial), los cuáles tienen un aumento en cada una de las categorías que se trabajaron (ver Fig. 7)

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

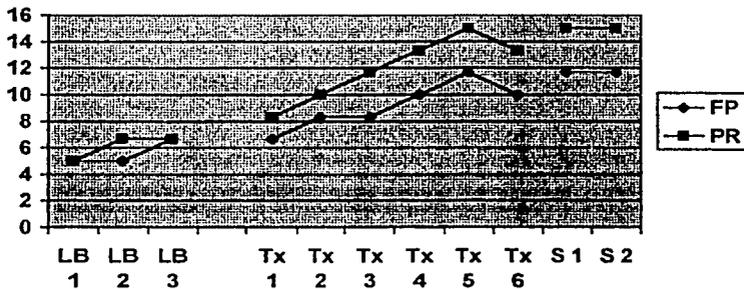


Fig. 7 Muestra los resultados de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial), obtenidos por el sujeto 4.

En la figura 8 se muestran los resultados obtenidos de las categorías negativas (físico negativo, verbal negativo y permanecer solo), de los registros observacionales del sujeto 4 en las mediciones previas, posteriores y durante la intervención; en las que se observa decremento en la categoría que se encontraba presente (permanecer solo)

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

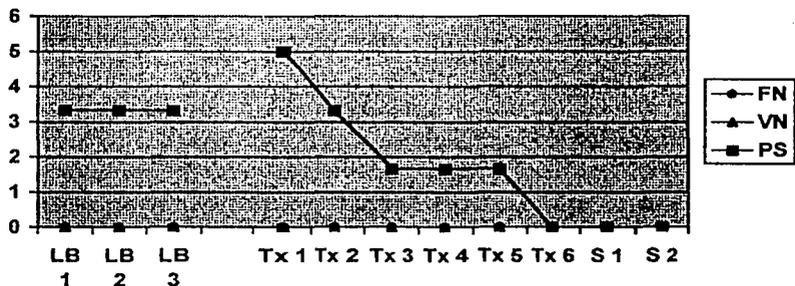


Fig.8 Muestra los resultados de las categorías conductuales negativas (permanecer solo, físico negativo y verbal negativo) obtenidos por el sujeto 4.

En la siguiente figura se muestran los resultados obtenidos del sujeto 5 en las evaluaciones de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial), los cuáles tienen un aumento en cada una de las categorías que se trabajaron (ver Fig. 9)

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

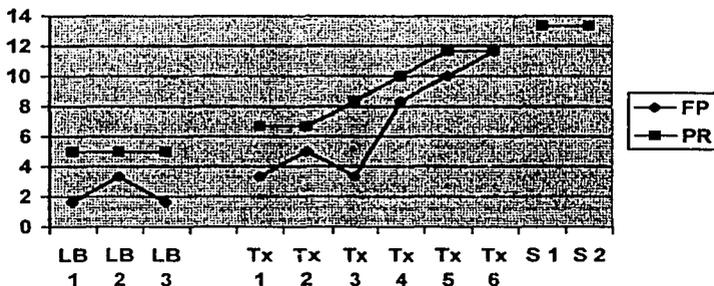


Fig. 9 Muestra los resultados de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial), obtenidos por el sujeto 5.

En la figura 10 se muestran los resultados obtenidos de las categorías negativas (físico negativo, verbal negativo y permanecer solo), de los registros observacionales del sujeto 5 en las mediciones previas, posteriores y durante la intervención; en las que se observa que las categorías físico negativo y verbal negativo decrecieron mientras que la categoría de permanecer solo aumentó en un inicio pero finalmente se mantuvo estable.

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

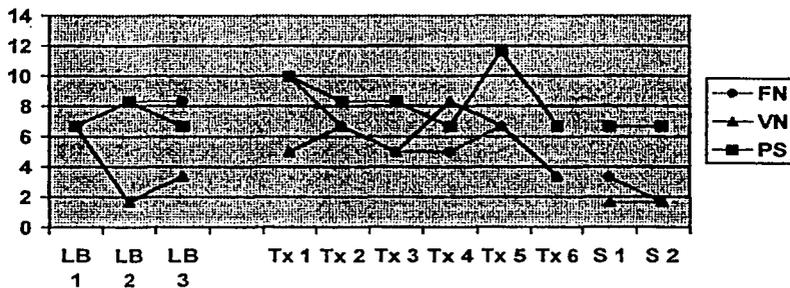


Fig.10 Muestra los resultados de las categorías conductuales negativas (permanecer solo, físico negativo y verbal negativo) obtenidos por el sujeto 5.

En la siguiente figura se muestran los resultados obtenidos del sujeto 6 en las evaluaciones de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial), los cuáles presentan un incremento (ver Fig. 11)

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

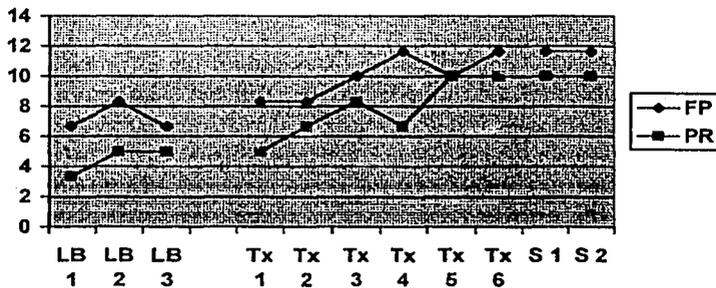


Fig. 11 Muestra los resultados de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial), obtenidos por el sujeto 6.

En la figura 12 se muestran los resultados obtenidos de las categorías negativas (físico negativo, verbal negativo y permanecer solo), de los registros observacionales del sujeto 6 en las mediciones previas, posteriores y durante la intervención; en las que se observa un decremento de dichas categorías conductuales, principalmente en las categorías de permanecer solo y físico negativo.

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

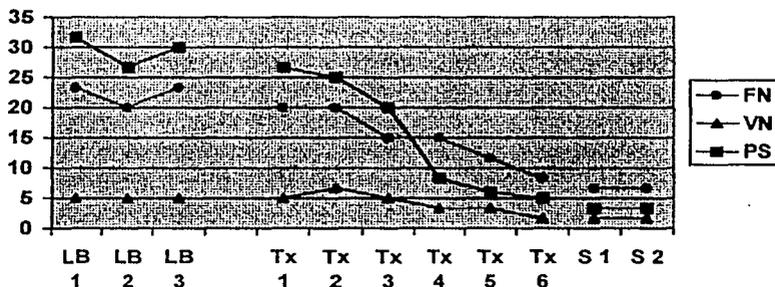


Fig.12 Muestra los resultados de las categorías conductuales negativas (permanecer solo, físico negativo y verbal negativo) obtenidos por el sujeto 6.

En la siguiente figura se muestran los resultados obtenidos del sujeto 7 en las evaluaciones de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial), los cuáles presentan aumento en cada una de las categorías que se trabajaron (ver Fig. 13)

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

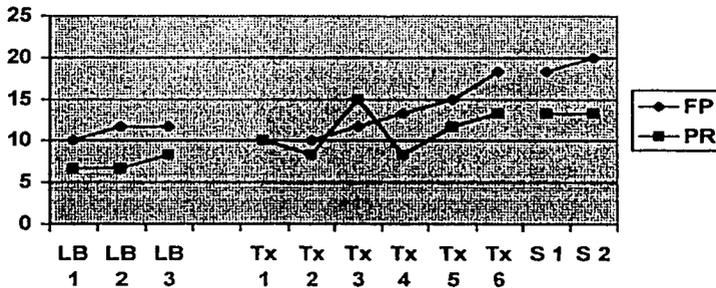


Fig. 13 Muestra los resultados de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial), obtenidos por el sujeto 7.

En la figura 14 se muestran los resultados obtenidos de las categorías negativas (físico negativo, verbal negativo y permanecer solo), de los registros observacionales del sujeto 7 en las mediciones previas, posteriores y durante la intervención; en las que se observa que la conducta físico negativo decremento, la conducta verbal negativo mostró incremento en un inicio pero finalmente se mantuvo estable y la conducta de permanecer solo se mantuvo en un puntaje bajo.

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

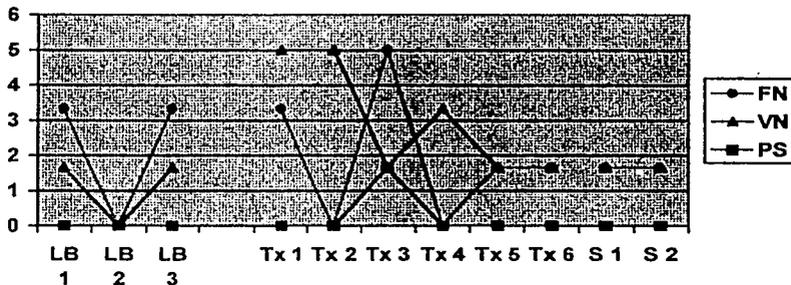


Fig.14 Muestra los resultados de las categorías conductuales negativas (permanecer solo, físico negativo y verbal negativo) obtenidos por el sujeto 7.

En la siguiente figura se muestran los resultados obtenidos del sujeto 8 en las evaluaciones de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial) los cuáles muestran aumento en cada una de las categorías que se trabajaron, principalmente en la categoría prosocial (ver Fig. 15)

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

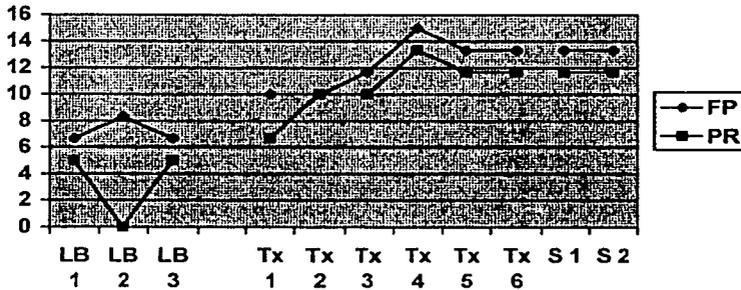


Fig. 15 Muestra los resultados de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial), obtenidos por el sujeto 8.

En la figura 16 se muestran los resultados obtenidos de las categorías negativas (físico negativo, verbal negativo y permanecer solo), de los registros observacionales del sujeto 8 en las mediciones previas, posteriores y durante la intervención; en las que se observa un decremento de dichas categorías conductuales aunque las categorías de físico negativo y verbal negativo en un inicio mostraron aumento pero después fueron decrecientando.

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

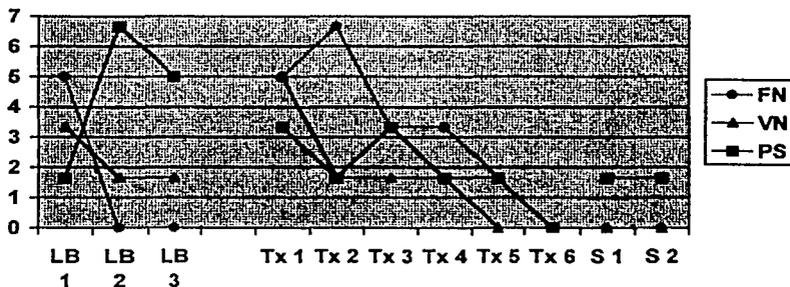


Fig.16 Muestra los resultados de las categorías conductuales negativas (permanecer solo, físico negativo y verbal negativo) obtenidos por el sujeto 8.

En la siguiente figura se muestran los resultados obtenidos del sujeto 9 en las evaluaciones de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial), los cuáles tienen un aumento en cada una de las categorías que se trabajaron, sobretodo la categoría de físico positivo (ver Fig. 17)

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

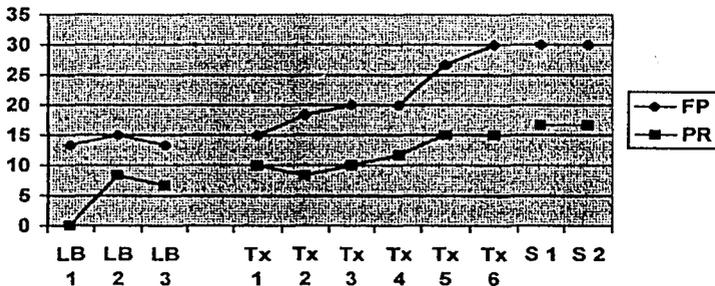


Fig. 17 Muestra los resultados de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial), obtenidos por el sujeto 9.

En la figura 18 se muestran los resultados obtenidos de las categorías negativas (físico negativo, verbal negativo y permanecer solo), de los registros observacionales del sujeto 9 en las mediciones previas, posteriores y durante la intervención; en las que se observa decremento en las categorías verbal negativo y prosocial mientras que la categoría verbal negativo no logró presentar un decremento total.

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

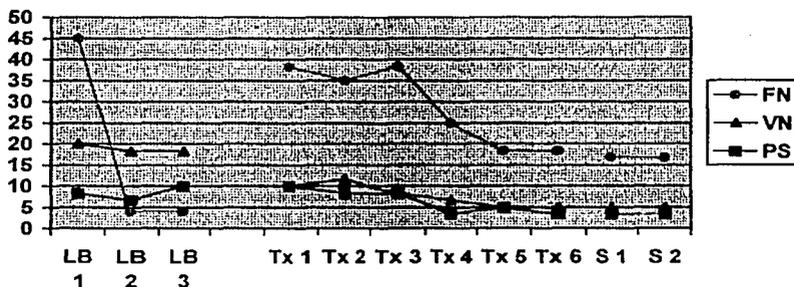


Fig.18 Muestra los resultados de las categorías conductuales negativas (permanecer solo, físico negativo y verbal negativo) obtenidos por el sujeto 9.

En la siguiente figura se muestran los resultados obtenidos del sujeto 10 en las evaluaciones de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial) los cuáles tienen aumento en cada una de las categorías que se trabajaron (ver Fig. 19)

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

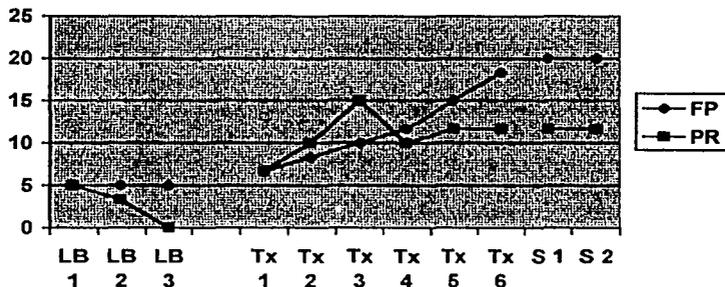


Fig. 19 Muestra los resultados de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial), obtenidos por el sujeto 10.

En la figura 20 se muestran los resultados obtenidos de las categorías negativas (físico negativo, verbal negativo y permanecer solo), de los registros observacionales del sujeto 10 en las mediciones previas, posteriores y durante la intervención; en las que se observa decremento de dichas categorías conductuales principalmente en la categoría prosocial.

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

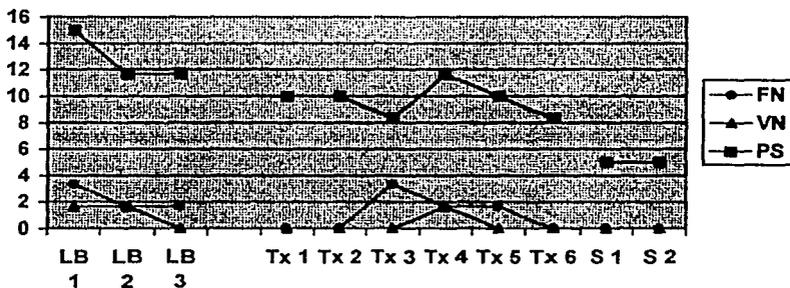


Fig.20 Muestra los resultados de las categorías conductuales negativas (permanecer solo, físico negativo y verbal negativo) obtenidos por el sujeto 10.

En la siguiente figura se muestran los resultados obtenidos del sujeto 11 en las evaluaciones de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial), de las cuáles se observa un mayor aumento en la categoría de físico positivo (ver Fig. 21)

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

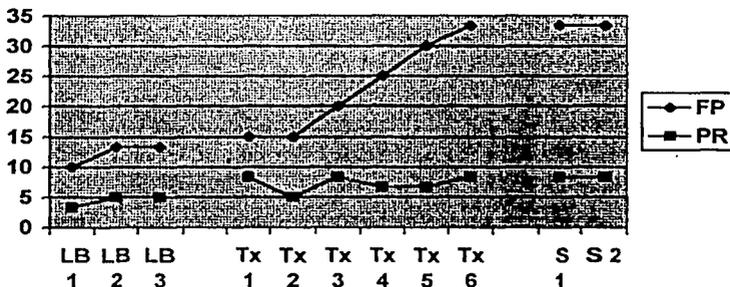


Fig. 21 Muestra los resultados de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial), obtenidos por el sujeto 11.

En la figura 22 se muestran los resultados obtenidos de las categorías negativas (físico negativo, verbal negativo y permanecer solo), de los registros observacionales del sujeto 11 en las mediciones previas, posteriores y durante la intervención; en las que se observa decremento en dichas categorías principalmente en la categoría físico negativo.

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

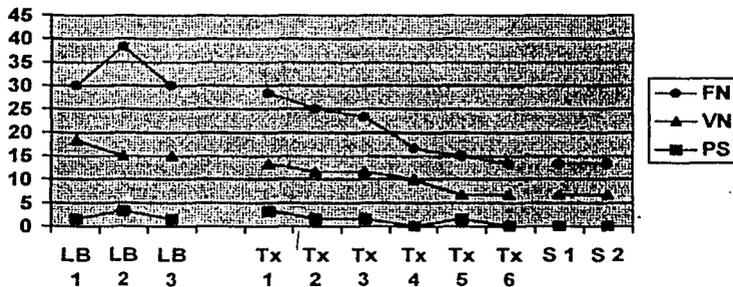


Fig.22 Muestra los resultados de las categorías conductuales negativas (permanecer solo, físico negativo y verbal negativo) obtenidos por el sujeto 11.

En la siguiente figura se muestran los resultados obtenidos del sujeto 12 en las evaluaciones de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial) los cuáles presentan aumento en cada una de las categorías que se trabajaron (ver Fig. 23)

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

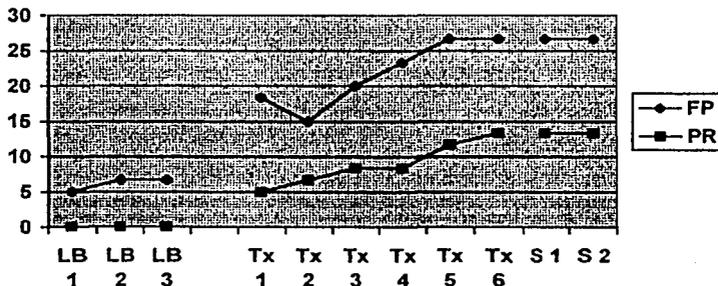


Fig. 23 Muestra los resultados de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial), obtenidos por el sujeto 12.

En la figura 24 se muestran los resultados obtenidos de las categorías negativas (físico negativo, verbal negativo y permanecer solo), de los registros observacionales del sujeto 12 en las mediciones previas, posteriores y durante la intervención; en las que se observa decremento de dichas categorías conductuales principalmente en la categoría permanecer solo.

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

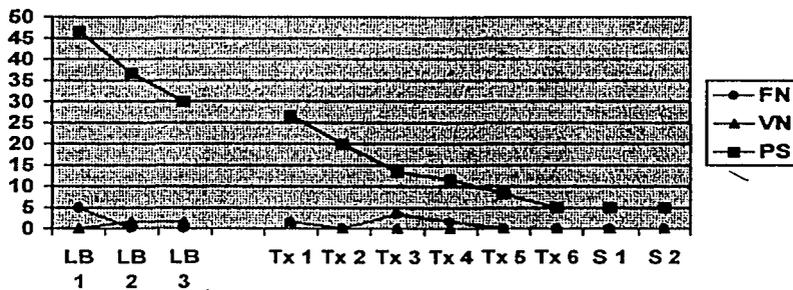


Fig.24 Muestra los resultados de las categorías conductuales negativas (permanecer solo, físico negativo y verbal negativo) obtenidos por el sujeto 12.

En la siguiente figura se muestran los resultados obtenidos del sujeto 13 en las evaluaciones de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial) los cuales muestran aumento en cada una de las categorías que se trabajaron (ver Fig. 25)

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

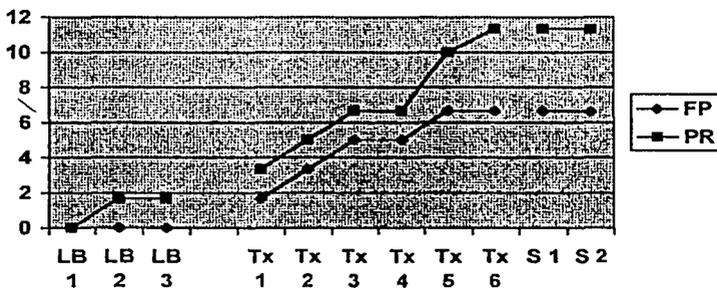


Fig. 25 Muestra los resultados de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial), obtenidos por el sujeto 13.

En la figura 26 se muestran los resultados obtenidos de las categorías negativas (físico negativo, verbal negativo y permanecer solo), de los registros observacionales del sujeto 13 en las mediciones previas, posteriores y durante la intervención; en las que se observa decremento en las categorías de permanecer solo y físico negativo.

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

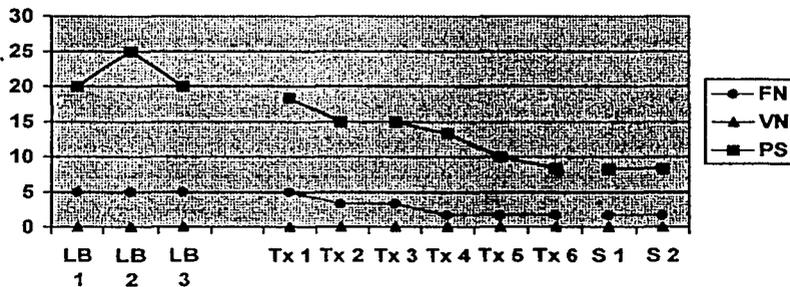


Fig.26 Muestra los resultados de las categorías conductuales negativas (permanecer solo, físico negativo y verbal negativo) obtenidos por el sujeto 13.

En la siguiente figura se muestran los resultados obtenidos del sujeto 14 en las evaluaciones de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial) en los que se observa aumento en cada una de las categorías que se trabajaron (ver Fig. 27)

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

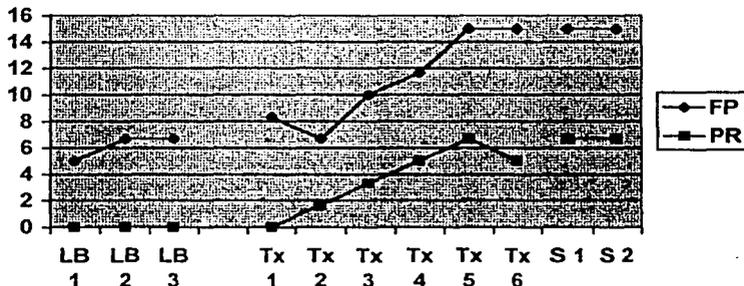


Fig. 27 Muestra los resultados de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial), obtenidos por el sujeto 14.

En la figura 28 se muestran los resultados obtenidos de las categorías negativas (físico negativo, verbal negativo y permanecer solo), de los registros observacionales del sujeto 14 en las mediciones previas, posteriores y durante la intervención; en las que se observa decremento en dichas categorías conductuales.

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

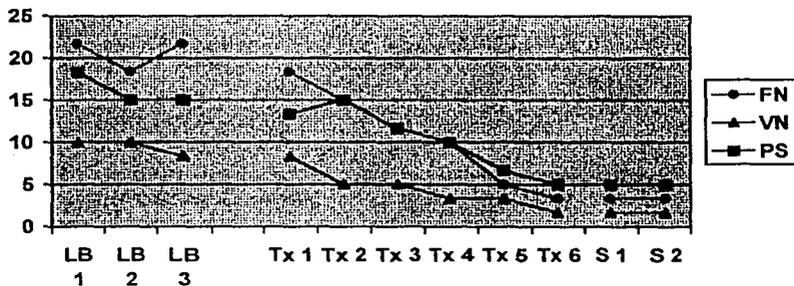


Fig.28 Muestra los resultados de las categorías conductuales negativas (permanecer solo, físico negativo y verbal negativo) obtenidos por el sujeto 14.

En la siguiente figura se muestran los resultados obtenidos del sujeto 15 en las evaluaciones de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial), los cuáles muestran aumento en cada una de las categorías que se trabajaron (ver Fig. 29)

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

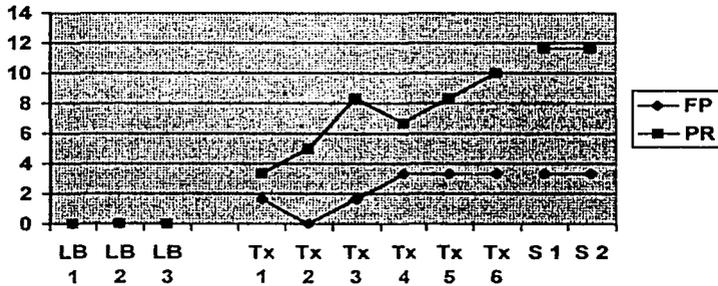


Fig. 29 Muestra los resultados de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial), obtenidos por el sujeto 15.

En la figura 30 se muestran los resultados obtenidos de las categorías negativas (físico negativo, verbal negativo y permanecer solo), de los registros observacionales del sujeto 15 en las mediciones previas, posteriores y durante la intervención; en las que se observa un decremento de dichas categorías conductuales principalmente en la categoría físico negativo.

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

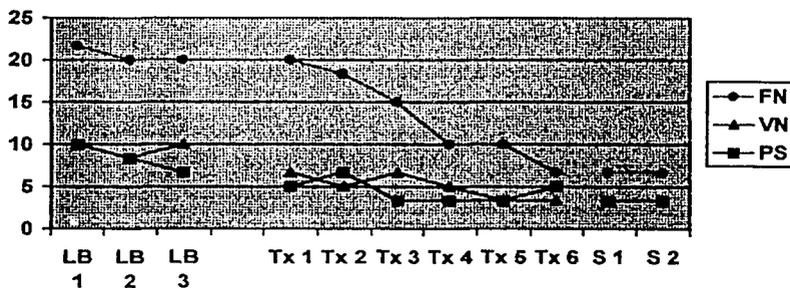


Fig.30 Muestra los resultados de las categorías conductuales negativas (permanecer solo, físico negativo y verbal negativo) obtenidos por el sujeto 15.

En la siguiente figura se muestran los resultados obtenidos del sujeto 16 en las evaluaciones de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial), donde se observa incremento en dichas categorías (ver Fig. 31)

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

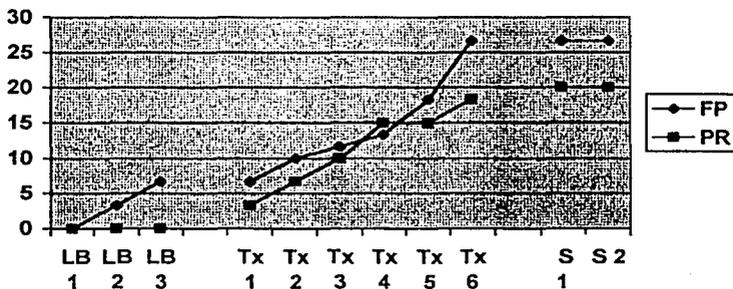


Fig. 31 Muestra los resultados de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial), obtenidos por el sujeto 16.

ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA

En la figura 32 se muestran los resultados obtenidos de las categorías negativas (físico negativo, verbal negativo y permanecer solo), de los registros observacionales del sujeto 16 en las mediciones previas, posteriores y durante la intervención; en las que se observa decremento en dichas categorías.

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

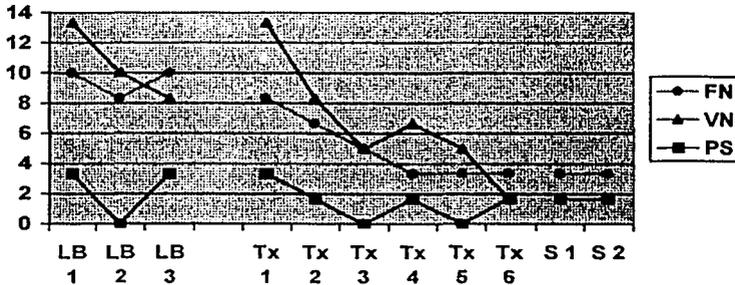


Fig.32 Muestra los resultados de las categorías conductuales negativas (permanecer solo, físico negativo y verbal negativo) obtenidos por el sujeto 16.

En la siguiente figura se muestran los resultados obtenidos del sujeto 17 en las evaluaciones de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial), donde se presenta un incremento en la categoría físico positivo, mientras que la categoría prosocial no se registró en ningún momento (ver Fig. 33)

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

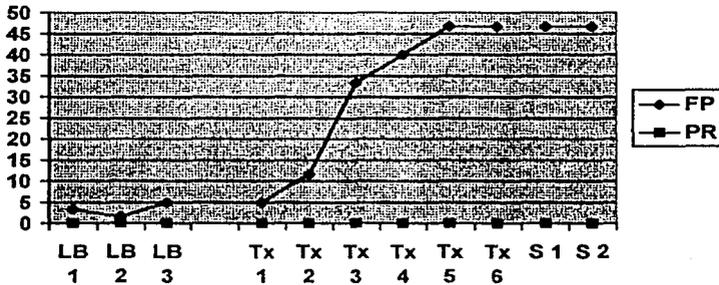


Fig. 33 Muestra los resultados de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial), obtenidos por el sujeto 17.

En la figura 34 se muestran los resultados obtenidos de las categorías negativas (físico negativo, verbal negativo y permanecer solo), de los registros observacionales del sujeto 17 en las mediciones previas, posteriores y durante la intervención; en las que se observa que dichas categorías decrecieron su frecuencia de ocurrencia.

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

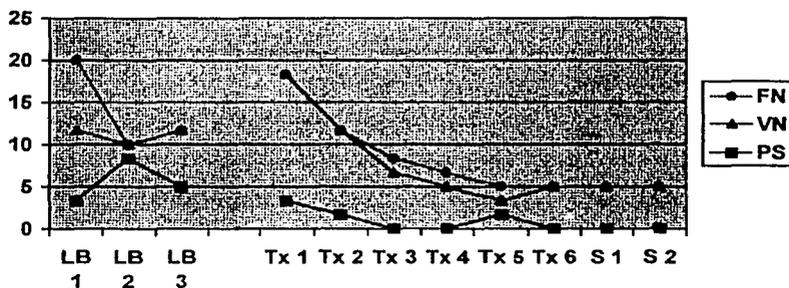


Fig.34 Muestra los resultados de las categorías conductuales negativas (permanecer solo, físico negativo y verbal negativo) obtenidos por el sujeto 17.

En la siguiente figura se muestran los resultados obtenidos del sujeto 18 en las evaluaciones de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial) en los cuáles se observa aumento en cada una de las categorías que se trabajaron (ver Fig. 35)

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

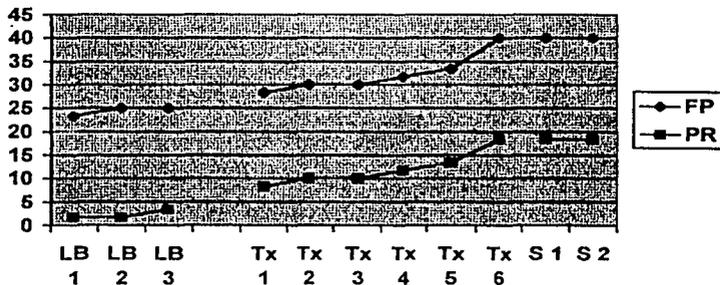


Fig. 35 Muestra los resultados de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial), obtenidos por el sujeto 18.

En la figura 36 se muestran los resultados obtenidos de las categorías negativas (físico negativo, verbal negativo y permanecer solo), de los registros observacionales del sujeto 18 en las mediciones previas, posteriores y durante la intervención; en las que se observa decremento en dichas categorías.

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

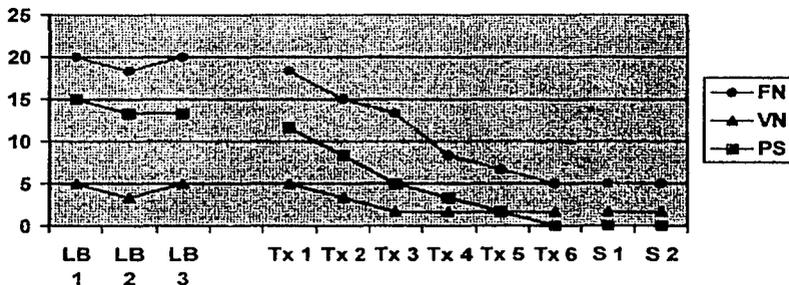


Fig.36 Muestra los resultados de las categorías conductuales negativas (permanecer solo, físico negativo y verbal negativo) obtenidos por el sujeto 18.

En la siguiente figura se muestran los resultados obtenidos del sujeto 19 en las evaluaciones de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial), los cuáles presentan aumento en cada una de las categorías que se trabajaron (ver Fig. 37)

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

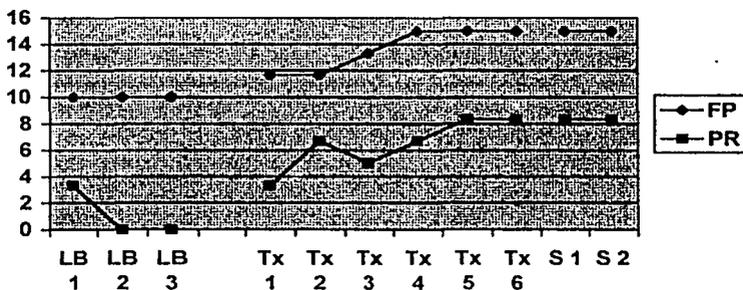


Fig. 37 Muestra los resultados de los registros observacionales de categorías conductuales positivas (físico positivo y prosocial), obtenidos por el sujeto 19.

En la figura 38 se muestran los resultados obtenidos de las categorías negativas (físico negativo, verbal negativo y permanecer solo), de los registros observacionales del sujeto 19 en las mediciones previas, posteriores y durante la intervención; en las que se observa decremento de las categorías que se habían presentado, mientras que la categoría verbal negativo continuo sin reportarse.

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

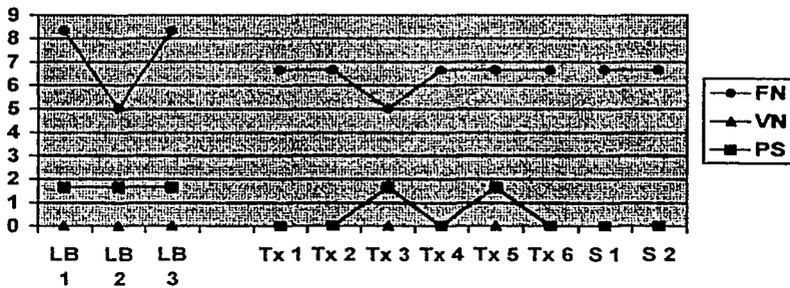


Fig.38 Muestra los resultados de las categorías conductuales negativas (permanecer solo, físico negativo y verbal negativo) obtenidos por el sujeto 19.

2) Resultados generales de registros observacionales de conductas agresivas

A continuación se presentan los resultados generales de las mediciones en términos de frecuencias de cada uno de las categorías conductuales, agrupándolos en categorías positivas (físico positivo y prosocial) y negativas (verbal negativo, físico negativo y permanecer solo), es decir los resultados de las primeras categorías mencionadas se presentan en una sola gráfica y los segundos en otra diferente, para poder observar con mayor precisión los cambios logrados en cada una de las categorías.

En la figura 39 se hace una comparación de la frecuencia de las categorías en las mediciones de línea base, tratamiento y seguimiento para las categorías conductuales prosocial y físico positivo. En la medición de línea base la categoría que tuvo una mayor ocurrencia fue la de físico positivo ($M=4.59$)

En lo correspondiente a las mediciones post al taller se observó un incremento en ambas categorías, obteniendo un incremento en la frecuencia de la categoría de físico positivo de un 18.81; en tanto que en la categoría prosocial el incremento de la frecuencia fue de 3.6

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

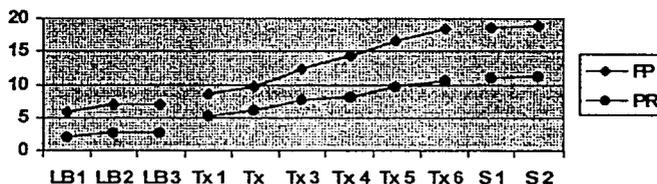


Fig.39 Muestra las frecuencias obtenidas en las categorías Físico Positivo y Prosocial durante las mediciones de línea base, tratamiento y seguimiento por el grupo.

En la figura 40, se muestran las frecuencias obtenidas en las categorías relacionadas con conductas negativas (físico negativo, verbal negativo y permanecer sólo), en las mediciones de línea base, tratamiento y seguimiento. En éstas se observa que la categoría con una mayor frecuencia durante las mediciones pre corresponde a Físico Negativo (10.60), seguida por Permanecer solo (9.55) y finalmente Verbal Negativo (5.46)

Cabe señalar que de la medición previa a la posterior, se observa un decremento en la frecuencia de todas las categorías, siendo más notorio en la de físico negativo (3.94), seguida por verbal negativo (1.66) y permanecer solo (2.45)

Resultados de registros observacionales de categorías conductuales

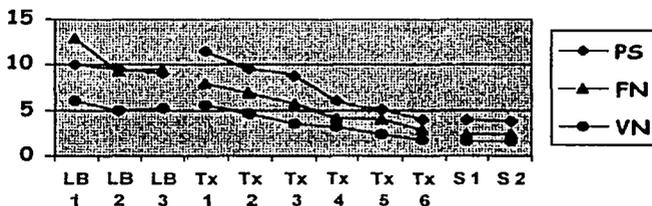


Fig. 40. Muestra los resultados obtenidos de las frecuencias de las categorías Permanecer solo, físico negativo y verbal negativo en las mediciones de línea base, tratamiento y seguimiento

3) Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

En la figura 41 se muestran los resultados obtenidos por el sujeto 1 en las mediciones realizadas durante, antes y después a la intervención, de las habilidades sociales referentes a mirar y esperar turno, en dónde se observa un incremento en la ocurrencia de estas categorías.

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

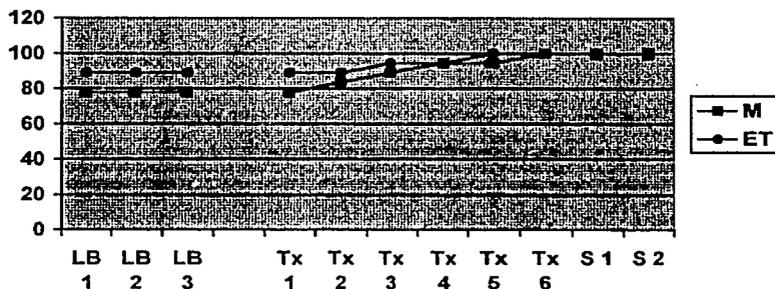


Fig. 41 Muestra los resultados obtenidos en las evaluaciones previas, posteriores y durante la intervención de las habilidades sociales (mirar, esperar turno), del sujeto 1.

En la siguiente figura, se muestran los resultados obtenidos de las evaluaciones realizadas durante antes y después de la intervención de las habilidades sociales (hablar, solución de problemas y alternativas de solución), del sujeto 1 en las que se observa incremento de la frecuencia de dichas categorías (ver Fig. 42)

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

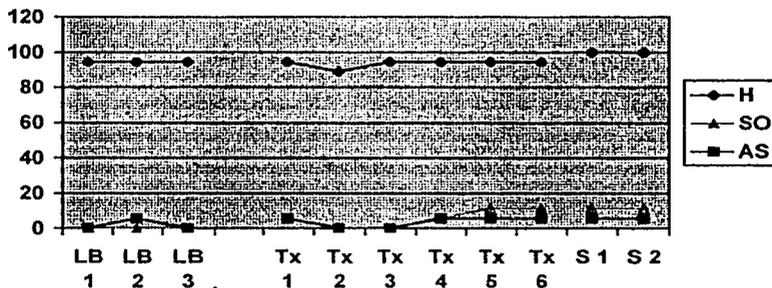


Fig.42 Muestra los resultados obtenidos en las categorías de hablar, solución de problemas y alternativas de solución, en las evaluaciones anteriores, durante y posteriores a la intervención del sujeto 1.

En la figura 43 se muestran los resultados obtenidos por el sujeto 2 en las mediciones realizadas durante, antes y después a la intervención, de las habilidades sociales referentes a mirar y esperar turno, dónde se muestra incremento en la ocurrencia de estas categorías.

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

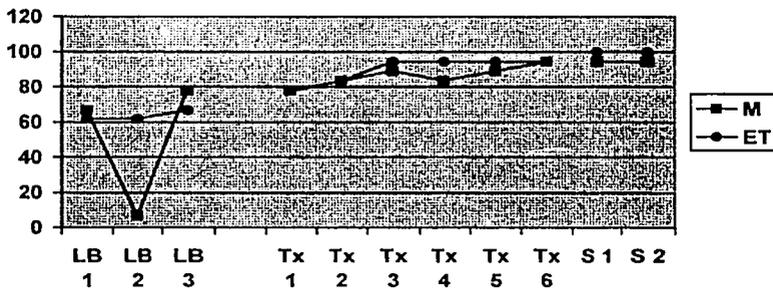


Fig. 43 Muestra los resultados obtenidos en las evaluaciones previas, posteriores y durante la intervención de las habilidades sociales (mirar, esperar turno), del sujeto 2.

En la siguiente figura, se muestran los resultados obtenidos de las evaluaciones realizadas durante antes y después de la intervención de las habilidades sociales (hablar, solución de problemas y alternativas de solución), del sujeto 2 en las que se observa incremento de la frecuencia de dichas categorías, principalmente en la categoría de hablar (ver Fig. 44)

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

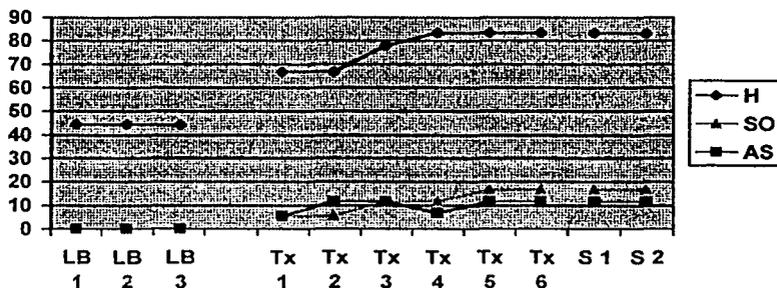


Fig. 44 Muestra los resultados obtenidos en las categorías de hablar, solución de problemas y alternativas de solución, en las evaluaciones anteriores, durante y posteriores a la intervención del sujeto 2.

En la figura 45, se muestran los resultados obtenidos por el sujeto 3 en las mediciones realizadas durante, antes y después a la intervención, de las habilidades sociales referentes a mirar y esperar turno, en dónde se observa que la ocurrencia de dichas categorías aumentó principalmente en la categoría de mirar.

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

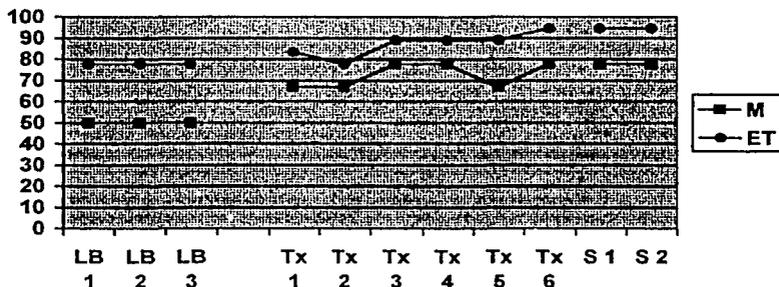


Fig. 45 Muestra los resultados obtenidos en las evaluaciones previas, posteriores y durante la intervención de las habilidades sociales (mirar, esperar turno), del sujeto 3.

En la siguiente figura, se muestran los resultados obtenidos de las evaluaciones realizadas durante antes y después de la intervención de las habilidades sociales (hablar, solución de problemas y alternativas de solución), del sujeto 3 en las que se observa incremento de la frecuencia de dichas categorías (ver Fig. 46)

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

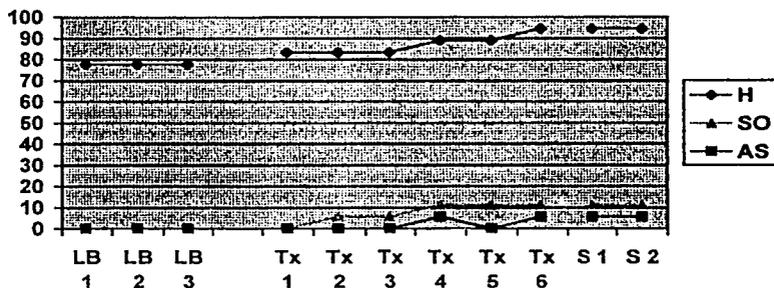


Fig. 46 Muestra los resultados obtenidos en las categorías de hablar, solución de problemas y alternativas de solución, en las evaluaciones anteriores, durante y posteriores a la intervención del sujeto 3.

En la figura 47 se muestran los resultados obtenidos por el sujeto 4 en las mediciones realizadas durante, antes y después a la intervención, de las habilidades sociales referentes a mirar y esperar turno, en dónde se presenta incremento en la ocurrencia de estas categorías.

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

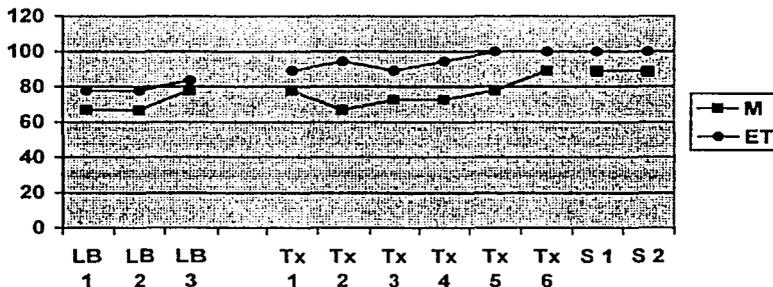


Fig. 47 Muestra los resultados obtenidos en las evaluaciones previas, posteriores y durante la intervención de las habilidades sociales (mirar, esperar turno), del sujeto 4.

En la siguiente figura, se muestran los resultados obtenidos de las evaluaciones realizadas durante antes y después de la intervención de las habilidades sociales (hablar, solución de problemas y alternativas de solución), del sujeto 4 en las que se observa incremento de la frecuencia de dichas categorías, principalmente en la categoría de hablar (ver Fig. 48)

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

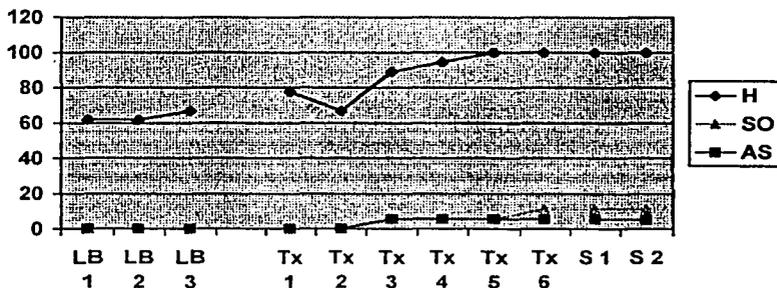


Fig. 48 Muestra los resultados obtenidos en las categorías de hablar, solución de problemas y alternativas de solución, en las evaluaciones anteriores, durante y posteriores a la intervención del sujeto

En la figura 49 se muestran los resultados obtenidos por el sujeto 5 en las mediciones realizadas durante, antes y después a la intervención, de las habilidades sociales referentes a mirar y esperar turno, en dónde se presenta incremento en la ocurrencia de estas categorías.

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

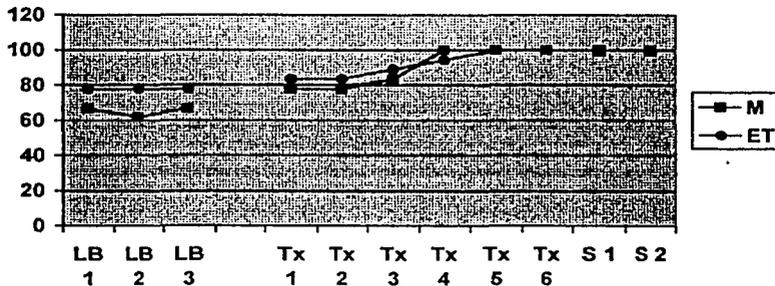


Fig. 49 Muestra los resultados obtenidos en las evaluaciones previas, posteriores y durante la intervención de las habilidades sociales (mirar, esperar turno), del sujeto 5.

En la siguiente figura, se muestran los resultados obtenidos de las evaluaciones realizadas durante antes y después de la intervención de las habilidades sociales (hablar, solución de problemas y alternativas de solución), del sujeto 5 en las que se observa incremento de la frecuencia de dichas categorías (ver Fig. 50)

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

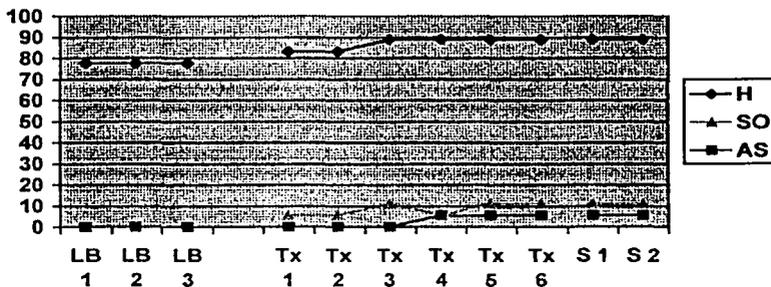


Fig. 50 Muestra los resultados obtenidos en las categorías de hablar, solución de problemas y alternativas de solución, en las evaluaciones anteriores, durante y posteriores a la intervención del sujeto 5.

En la figura 51 se muestran los resultados obtenidos por el sujeto 6 en las mediciones realizadas durante, antes y después a la intervención, de las habilidades sociales referentes a mirar y esperar turno, en dónde se presenta incremento en la ocurrencia de estas categorías.

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

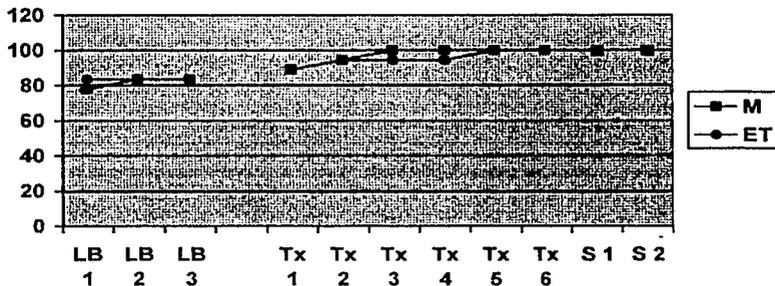


Fig. 51 Muestra los resultados obtenidos en las evaluaciones previas, posteriores y durante la intervención de las habilidades sociales (mirar, esperar turno), del sujeto 6.

En la siguiente figura, se muestran los resultados obtenidos de las evaluaciones realizadas durante antes y después de la intervención de las habilidades sociales (hablar, solución de problemas y alternativas de solución), del sujeto 6 en las que se observa incremento en la frecuencia de dichas categorías (ver Fig. 52)

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

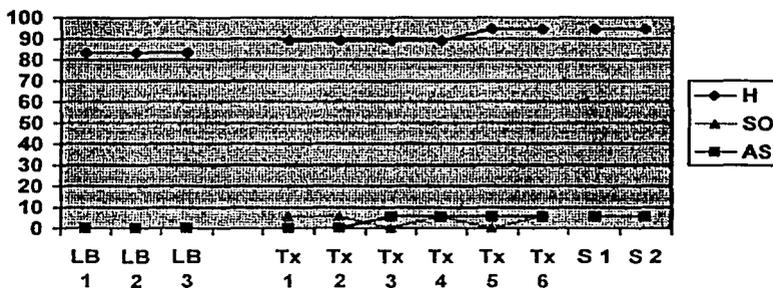


Fig. 52 Muestra los resultados obtenidos en las categorías de hablar, solución de problemas y alternativas de solución, en las evaluaciones anteriores, durante y posteriores a la intervención del sujeto 6.

En la figura 53 se muestran los resultados obtenidos por el sujeto 7 en las mediciones realizadas durante, antes y después a la intervención, de las habilidades sociales referentes a mirar y esperar turno, en donde se observa un incremento en la ocurrencia de estas categorías, principalmente en la categoría de esperar turno.

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

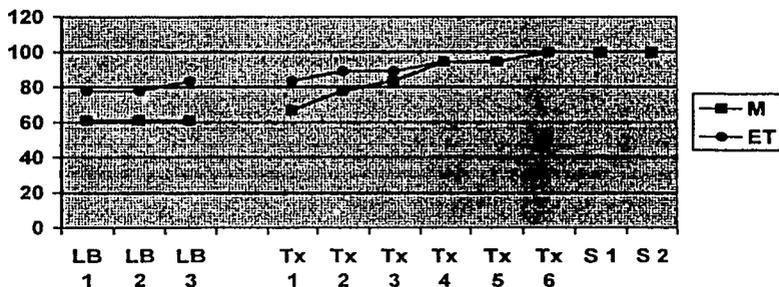


Fig. 53 Muestra los resultados obtenidos en las evaluaciones previas, posteriores y durante la intervención de las habilidades sociales (mirar, esperar turno), del sujeto 7.

En la siguiente figura, se muestran los resultados obtenidos de las evaluaciones realizadas durante antes y después de la intervención de las habilidades sociales (hablar, solución de problemas y alternativas de solución), del sujeto 7 en las que se presenta incremento en la frecuencia de las categorías (ver Fig. 54)

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

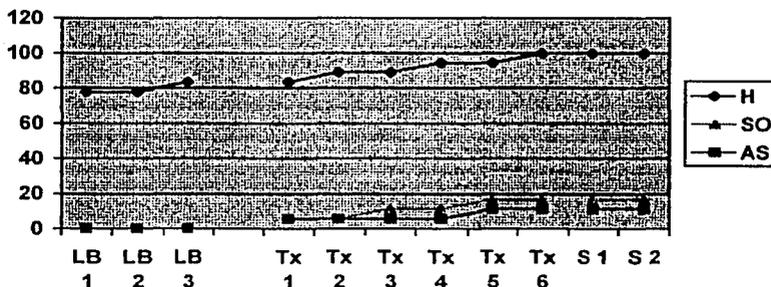


Fig. 54 Muestra los resultados obtenidos en las categorías de hablar, solución de problemas y alternativas de solución, en las evaluaciones anteriores, durante y posteriores a la intervención del sujeto 7.

En la figura 55 se muestran los resultados obtenidos por el sujeto 8 en las mediciones realizadas durante, antes y después a la intervención, de las habilidades sociales referentes a mirar y esperar turno, en dónde se observa incremento en la ocurrencia de estas categorías.

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

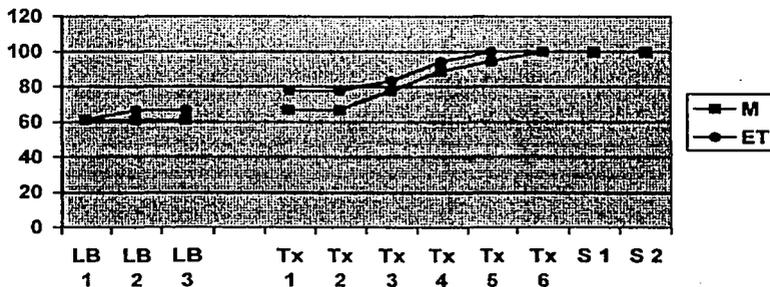


Fig. 55 Muestra los resultados obtenidos en las evaluaciones previas, posteriores y durante la intervención de las habilidades sociales (mirar, esperar turno), del sujeto 8.

En la siguiente figura, se muestran los resultados obtenidos de las evaluaciones realizadas durante antes y después de la intervención de las habilidades sociales (hablar, solución de problemas y alternativas de solución), del sujeto 8 en las que se observa incremento de la frecuencia de dichas categorías, principalmente en hablar y alternativas de solución (ver Fig. 56)

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

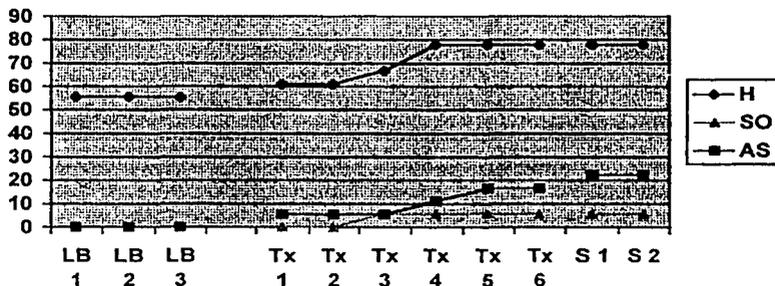


Fig. 56 Muestra los resultados obtenidos en las categorías de hablar, solución de problemas y alternativas de solución, en las evaluaciones anteriores, durante y posteriores a la intervención del sujeto 8.

En la figura 57 se muestran los resultados obtenidos por el sujeto 9 en las mediciones realizadas durante, antes y después a la intervención, de las habilidades sociales referentes a mirar y esperar turno, en dónde se observa incremento en la ocurrencia de ambas categorías.

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

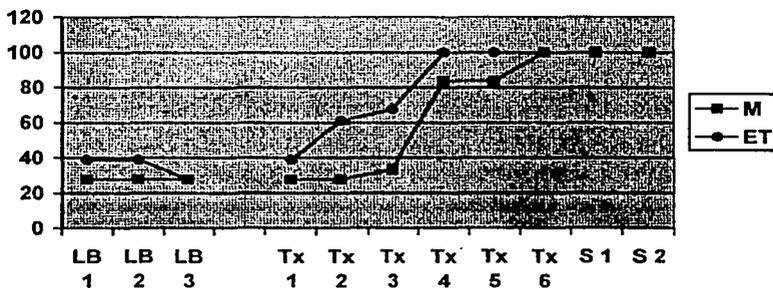


Fig. 57 Muestra los resultados obtenidos en las evaluaciones previas, posteriores y durante la intervención de las habilidades sociales (mirar, esperar turno), del sujeto 9.

En la siguiente figura, se muestran los resultados obtenidos de las evaluaciones realizadas durante antes y después de la intervención de las habilidades sociales (hablar, solución de problemas y alternativas de solución), del sujeto 9 en las que se observa incremento de la frecuencia de dichas categorías, principalmente en la categoría de hablar (ver Fig. 58)

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

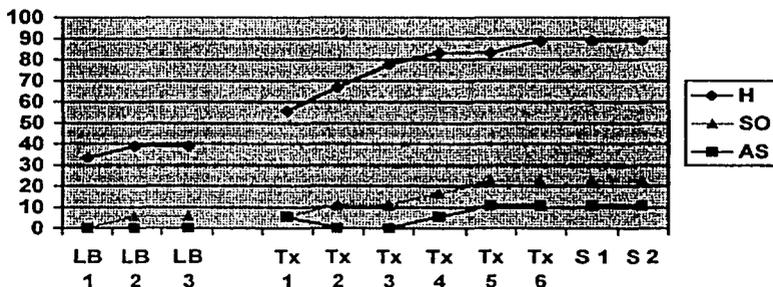


Fig. 58 Muestra los resultados obtenidos en las categorías de hablar, solución de problemas y alternativas de solución, en las evaluaciones anteriores, durante y posteriores a la intervención del sujeto 9.

En la figura 59 se muestran los resultados obtenidos por el sujeto 10 en las mediciones realizadas durante, antes y después a la intervención, de las habilidades sociales referentes a mirar y esperar turno, en dónde se observa incremento en la ocurrencia de estas categorías.

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

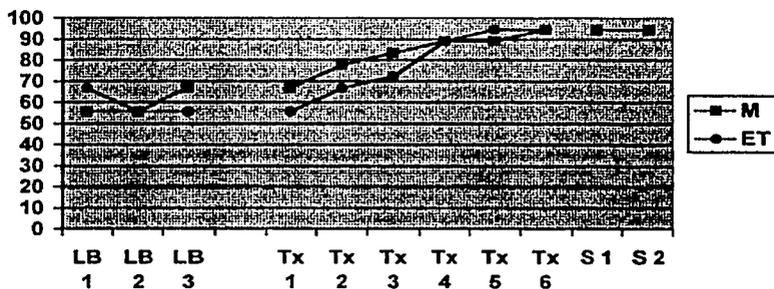


Fig. 59 Muestra los resultados obtenidos en las evaluaciones previas, posteriores y durante la intervención de las habilidades sociales (mirar, esperar turno), del sujeto 10.

En la siguiente figura, se muestran los resultados obtenidos de las evaluaciones realizadas durante antes y después de la intervención de las habilidades sociales (hablar, solución de problemas y alternativas de solución), del sujeto 10 en las que se observa incremento en la frecuencia en las categorías hablar y alternativas de solución, mientras que la categoría de solución de problemas continuó sin reportarse (ver Fig. 60)

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

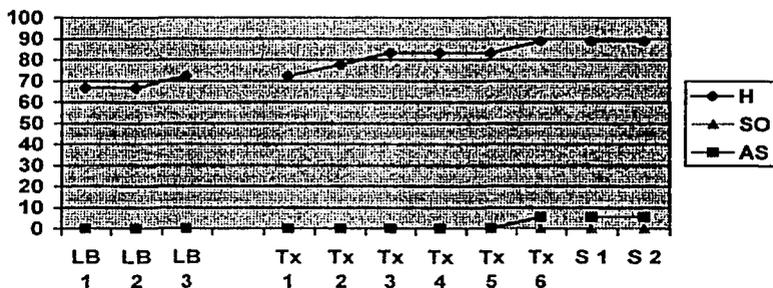


Fig. 60 Muestra los resultados obtenidos en las categorías de hablar, solución de problemas y alternativas de solución, en las evaluaciones anteriores, durante y posteriores a la intervención del sujeto 10.

En la figura 61 se muestran los resultados obtenidos por el sujeto 11 en las mediciones realizadas durante, antes y después a la intervención, de las habilidades sociales referentes a mirar y esperar turno, en dónde se observa incremento en la ocurrencia de estas categorías.

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

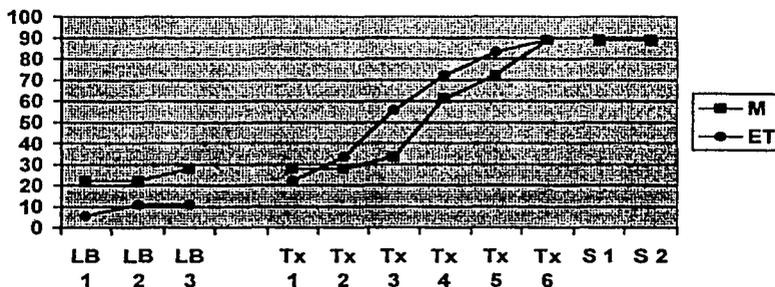


Fig. 61 Muestra los resultados obtenidos en las evaluaciones previas, posteriores y durante la intervención de las habilidades sociales (mirar, esperar turno), del sujeto 11.

En la siguiente figura, se muestran los resultados obtenidos de las evaluaciones realizadas durante antes y después de la intervención de las habilidades sociales (hablar, solución de problemas y alternativas de solución), del sujeto 11 en las que se observa incremento en la frecuencia de dichas categorías principalmente en la categoría de hablar (ver Fig. 62)

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

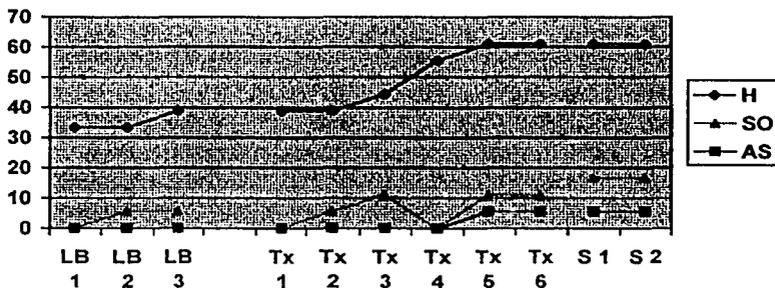


Fig. 62 Muestra los resultados obtenidos en las categorías de hablar, solución de problemas y alternativas de solución, en las evaluaciones anteriores, durante y posteriores a la intervención del sujeto 11.

En la figura 63 se muestran los resultados obtenidos por el sujeto 12 en las mediciones realizadas durante, antes y después a la intervención, de las habilidades sociales referentes a mirar y esperar turno, en dónde se observa incremento en la ocurrencia de estas categorías.

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

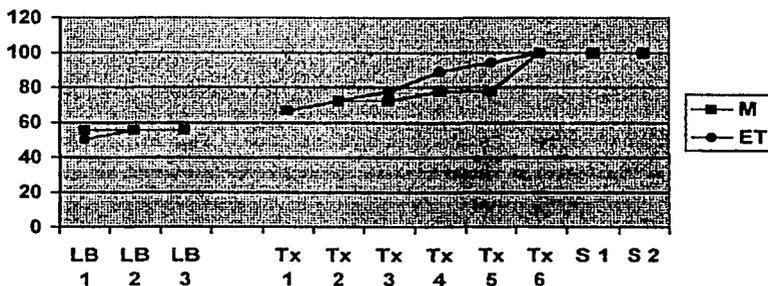


Fig. 63 Muestra los resultados obtenidos en las evaluaciones previas, posteriores y durante la intervención de las habilidades sociales (mirar, esperar turno), del sujeto 12.

En la siguiente figura, se muestran los resultados obtenidos de las evaluaciones realizadas durante antes y después de la intervención de las habilidades sociales (hablar, solución de problemas y alternativas de solución), del sujeto 12 en las que se observa incremento de la frecuencia de dichas categorías, principalmente en la categoría de hablar (ver Fig. 64)

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

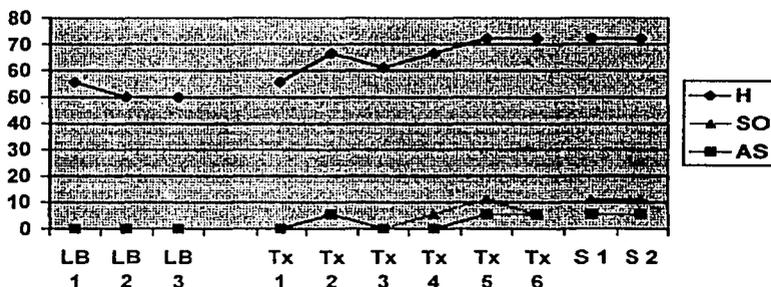


Fig. 64 Muestra los resultados obtenidos en las categorías de hablar, solución de problemas y alternativas de solución, en las evaluaciones anteriores, durante y posteriores a la intervención del sujeto 12.

En la figura 65 se muestran los resultados obtenidos por el sujeto 13 en las mediciones realizadas durante, antes y después a la intervención, de las habilidades sociales referentes a mirar y esperar turno, en dónde se muestra incremento en la ocurrencia de estas categorías.

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

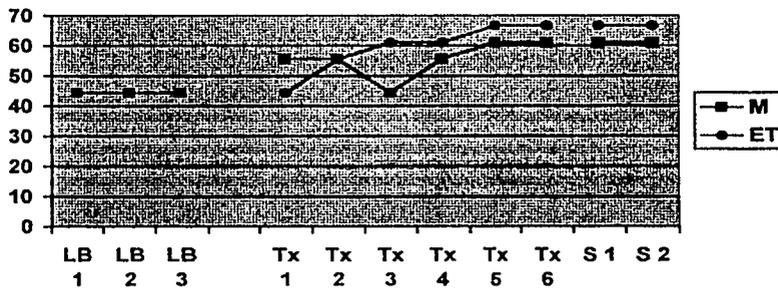


Fig. 65 Muestra los resultados obtenidos en las evaluaciones previas, posteriores y durante la intervención de las habilidades sociales (mirar, esperar turno), del sujeto 13.

En la siguiente figura, se muestran los resultados obtenidos de las evaluaciones realizadas durante antes y después de la intervención de las habilidades sociales (hablar, solución de problemas y alternativas de solución), del sujeto 13 en las que se observa incremento de la frecuencia de las categorías que se habían presentado (ver Fig. 66)

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

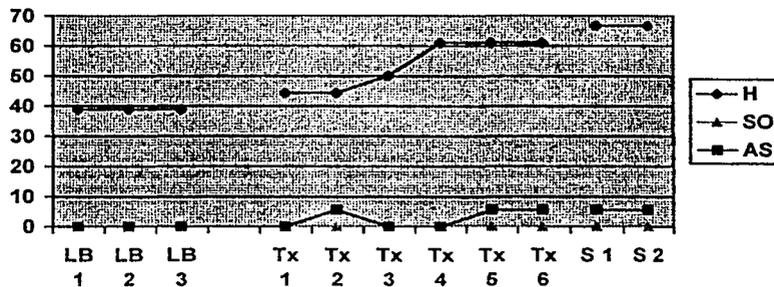


Fig. 66 Muestra los resultados obtenidos en las categorías de hablar, solución de problemas y alternativas de solución, en las evaluaciones anteriores, durante y posteriores a la intervención del sujeto 13.

En la figura 67 se muestran los resultados obtenidos por el sujeto 14 en las mediciones realizadas durante, antes y después a la intervención, de las habilidades sociales referentes a mirar y esperar turno, en dónde se observa un incremento en la ocurrencia de ambas categorías.

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

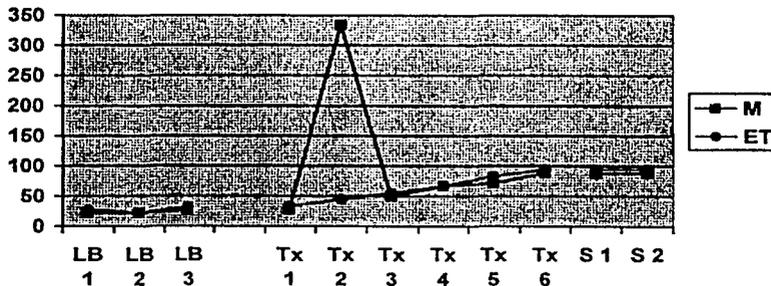


Fig. 67 Muestra los resultados obtenidos en las evaluaciones previas, posteriores y durante la intervención de las habilidades sociales (mirar, esperar turno), del sujeto 14.

En la siguiente figura, se muestran los resultados obtenidos de las evaluaciones realizadas durante antes y después de la intervención de las habilidades sociales (hablar, solución de problemas y alternativas de solución), del sujeto 14 en las que se presenta incremento en la frecuencia de dichas categorías principalmente en la categoría hablar (ver Fig. 68)

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

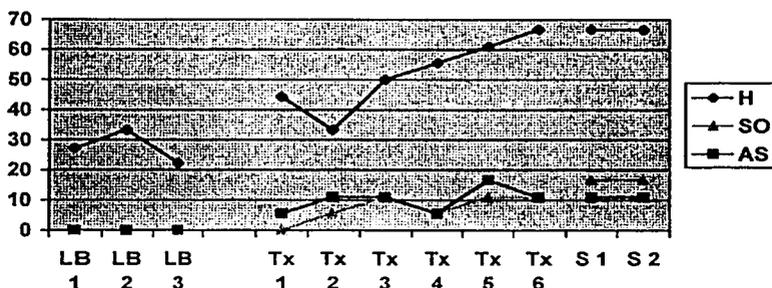


Fig. 68 Muestra los resultados obtenidos en las categorías de hablar, solución de problemas y alternativas de solución, en las evaluaciones anteriores, durante y posteriores a la intervención del sujeto 14.

En la figura 69 se muestran los resultados obtenidos por el sujeto 15 en las mediciones realizadas durante, antes y después a la intervención, de las habilidades sociales referentes a mirar y esperar turno, en dónde se observa incremento en la ocurrencia de estas categorías.

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

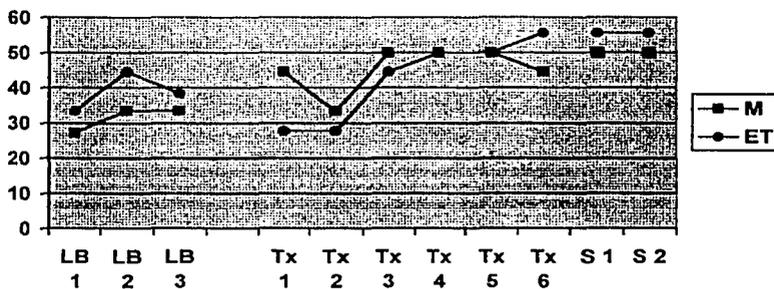


Fig. 69 Muestra los resultados obtenidos en las evaluaciones previas, posteriores y durante la intervención de las habilidades sociales (mirar, esperar turno), del sujeto 15.

En la siguiente figura, se muestran los resultados obtenidos de las evaluaciones realizadas durante antes y después de la intervención de las habilidades sociales (hablar, solución de problemas y alternativas de solución), del sujeto 15 en las que se observa incremento en la frecuencia de dichas categorías (ver Fig. 70)

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

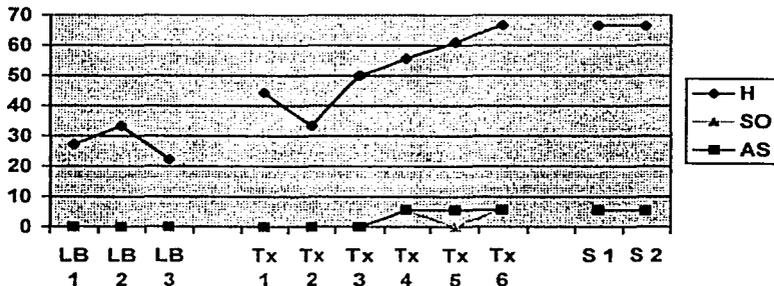


Fig. 70 Muestra los resultados obtenidos en las categorías de hablar, solución de problemas y alternativas de solución, en las evaluaciones anteriores, durante y posteriores a la intervención del sujeto 15.

En la figura 71 se muestran los resultados obtenidos por el sujeto 16 en las mediciones realizadas durante, antes y después a la intervención, de las habilidades sociales referentes a mirar y esperar turno, en dónde se observa incremento en la ocurrencia de estas categorías.

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

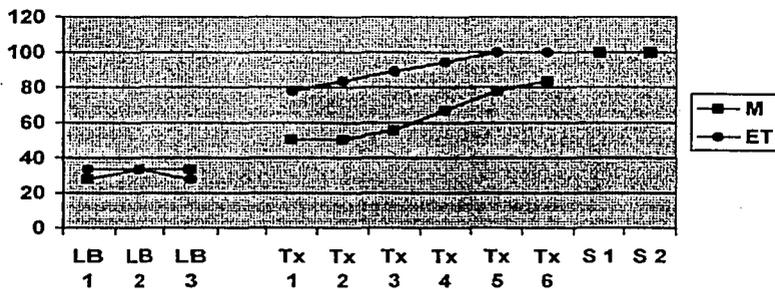


Fig. 71 Muestra los resultados obtenidos en las evaluaciones previas, posteriores y durante la intervención de las habilidades sociales (mirar, esperar turno), del sujeto 16.

En la siguiente figura, se muestran los resultados obtenidos de las evaluaciones realizadas durante antes y después de la intervención de las habilidades sociales (hablar, solución de problemas y alternativas de solución), del sujeto 16 en las que se observa incremento en la frecuencia de dichas categorías principalmente en la categoría hablar (ver Fig. 72)

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

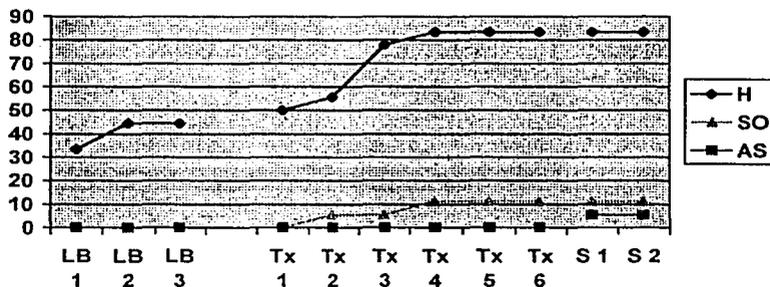


Fig. 72 Muestra los resultados obtenidos en las categorías de hablar, solución de problemas y alternativas de solución, en las evaluaciones anteriores, durante y posteriores a la intervención del sujeto 16.

En la figura 73 se muestran los resultados obtenidos por el sujeto 17 en las mediciones realizadas durante, antes y después a la intervención, de las habilidades sociales referentes a mirar y esperar turno, en dónde se observa incremento en la ocurrencia de estas categorías.

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

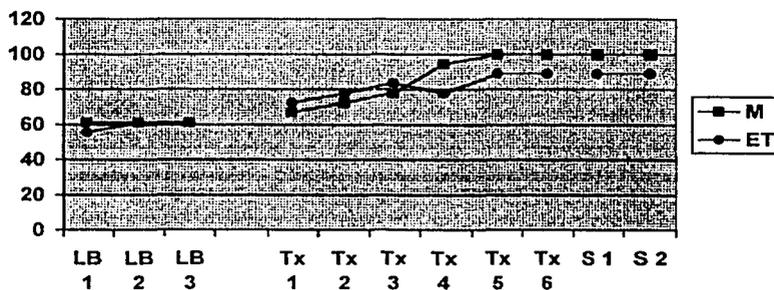


Fig. 73 Muestra los resultados obtenidos en las evaluaciones previas, posteriores y durante la intervención de las habilidades sociales (mirar, esperar turno), del sujeto 17.

En la siguiente figura, se muestran los resultados obtenidos de las evaluaciones realizadas durante antes y después de la intervención de las habilidades sociales (hablar, solución de problemas y alternativas de solución), del sujeto 17 en las que se observa incremento en la frecuencia de la categoría hablar, mientras que las otras dos categorías no se reportaron (ver Fig. 74)

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

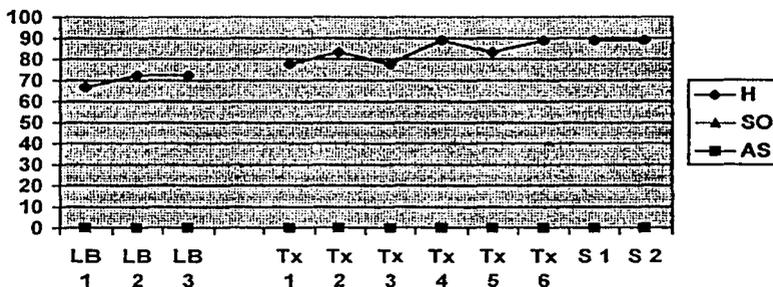


Fig. 74 Muestra los resultados obtenidos en las categorías de hablar, solución de problemas y alternativas de solución, en las evaluaciones anteriores, durante y posteriores a la intervención del sujeto 17.

En la figura 75 se muestran los resultados obtenidos por el sujeto 18 en las mediciones realizadas durante, antes y después a la intervención, de las habilidades sociales referentes a mirar y esperar turno, en dónde se observa incremento en la ocurrencia de estas categorías.

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

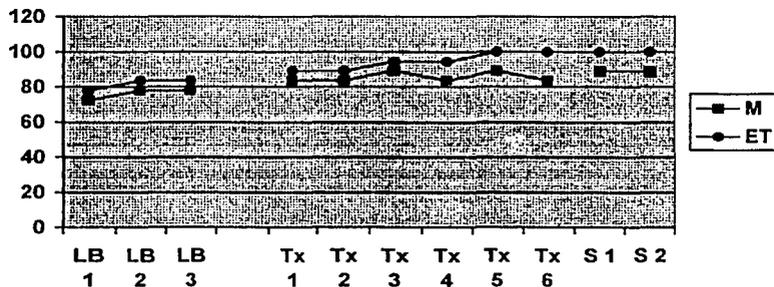


Fig. 75 Muestra los resultados obtenidos en las evaluaciones previas, posteriores y durante la intervención de las habilidades sociales (mirar, esperar turno), del sujeto 18.

En la siguiente figura, se muestran los resultados obtenidos de las evaluaciones realizadas durante antes y después de la intervención de las habilidades sociales (hablar, solución de problemas y alternativas de solución) del sujeto 18 donde se observa incremento en la frecuencia de la categoría hablar ya que las otras conductas no se reportaron (ver Fig. 76)

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

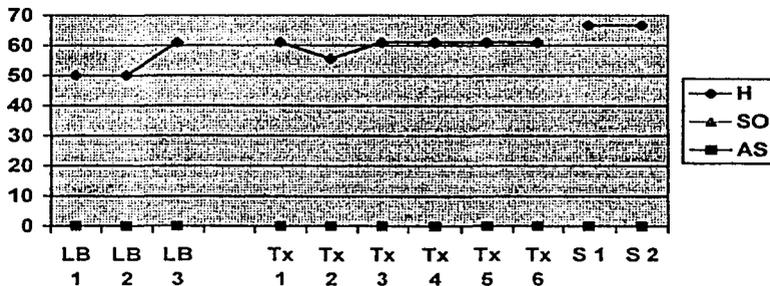


Fig. 76 Muestra los resultados obtenidos en las categorías de hablar, solución de problemas y alternativas de solución, en las evaluaciones anteriores, durante y posteriores a la intervención del sujeto 18.

En la figura 77 se muestran los resultados obtenidos por el sujeto 19 en las mediciones realizadas durante, antes y después a la intervención, de las habilidades sociales referentes a mirar y esperar turno, en dónde se observa incremento en la ocurrencia de estas categorías.

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

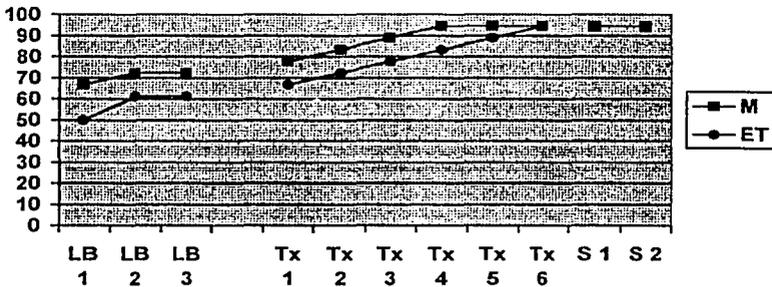


Fig. 77 Muestra los resultados obtenidos en las evaluaciones previas, posteriores y durante la intervención de las habilidades sociales (mirar, esperar turno), del sujeto 19.

En la siguiente figura, se muestran los resultados obtenidos de las evaluaciones realizadas durante antes y después de la intervención de las habilidades sociales (hablar, solución de problemas y alternativas de solución), del sujeto 19 en las que se observa incremento en la frecuencia de dichas categorías (ver Fig. 7B)

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

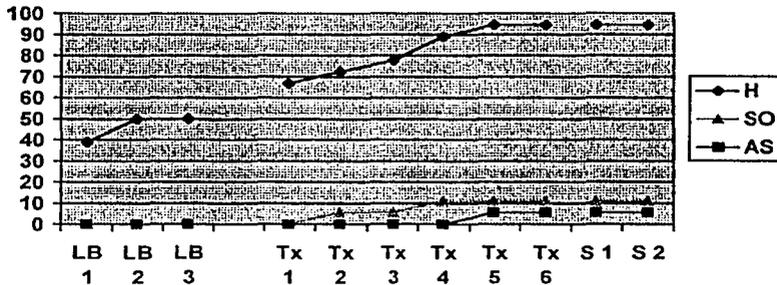


Fig. 78 Muestra los resultados obtenidos en las categorías de hablar, solución de problemas y alternativas de solución, en las evaluaciones anteriores, durante y posteriores a la intervención del sujeto 19.

4) Resultados generales de registros observacionales de habilidades sociales

A continuación se presentan las frecuencias obtenidas en las mediciones realizadas en línea base, tratamiento y seguimiento correspondientes a las habilidades sociales, mismas que fueron clasificadas en dos grupos, con la finalidad de observar claramente los cambios que se lograron con la intervención.

En la figura 79, se observan las frecuencias obtenidas en las mediciones realizadas de manera previa, durante y después de la intervención correspondiente a las habilidades de mirar y esperar turno. Los resultados muestran que la categoría que más se presenta en la medición previa es esperar turno (58.56) y después la categoría mirar (52.60).

En lo que corresponde a la medición posterior a la intervención se observa curiosamente que la categoría con mayor incremento en su ocurrencia fue la categoría de esperar turno (93.56) y posteriormente se encuentra la categoría mirar (90.55).

Es importante señalar que aunque las categorías de mirar y esperar turno ya se presentaba en la medición previa, los cambios logrados en términos de frecuencia fueron de 37.5 para la categoría mirar y de 35 en la de esperar turno.

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

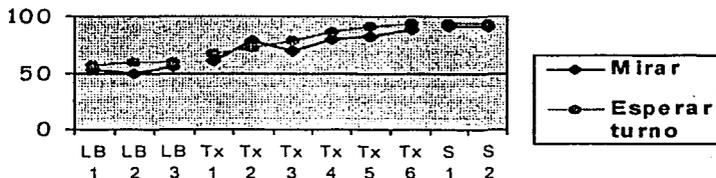


Fig. 79. Muestra la frecuencia de las categorías de mirar y esperar turno en las mediciones de línea base, tratamiento y seguimiento.

En la figura 80 se muestran los resultados obtenidos en las mediciones realizadas antes, durante y después de la intervención de las categorías de hablar, solicitud de opinión y alternativas de solución. De acuerdo con los datos obtenidos, la categoría con mayor frecuencia en la medición previa es la correspondiente a la categoría de hablar (56.52), seguida de solicitud de opinión (.38) y finalmente alternativas de solución (.09). En lo que respecta a la medición posterior, el orden de aparición de las categorías es igual al de la medición previa, ya que la categoría de hablar alcanza una frecuencia de 83.32, la ocurrencia de la categoría de solicitud de opinión es de 9.64 y la frecuencia de alternativas de solución es de 7.04.

Lo anterior indica que todas las categorías que se trabajaron tuvieron un incremento, especialmente en las categorías de Solicitud de opinión y alternativas de solución, ya que éstas tenían una ocurrencia mínima el incremento en términos de frecuencia fue de 9.26 para la categoría de solicitud de opinión y de 6.14 para la categoría de Alternativas de solución.

Resultados de registros observacionales de habilidades sociales

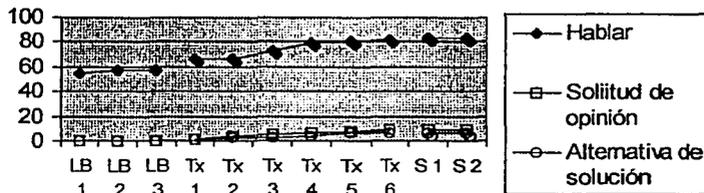


Fig. 80 .Muestra los resultados obtenidos en la frecuencia de las categorías Hablar, solicitud de opinión, alternativas de solución, en las mediciones de línea base, tratamiento y seguimiento.

5) Resultados del Cuestionario de Agresividad Infantil para Maestros

En la siguiente tabla se muestran los puntajes dados por las educadoras en el CAIM antes y después del tratamiento

(Pre-test)			(Post-test)	
SUJETO	RESPUESTAS		RESPUESTAS	
	SI	NO	SI	NO
P III				
1	18	12	16	14
2	14	16	7	23
3	14	16	14	16
4	10	20	10	20
P II				
5	14	16	14	16
6	20	10	20	10
7	20	10	8	22
8	20	10	12	18
P I				
9	25	5	8	22
10	10	20	3	27
11	23	7	20	10
12	13	17	8	22
13	13	17	3	27
14	16	14	5	25
15	15	15	4	26
16	21	9	9	21
M III				
17	19	11	15	15
18	20	10	6	24
19	20	10	17	13

Tabla 1. Muestra los puntajes del CAIM pre y post-test

En la siguiente figura se pueden observar los porcentajes del CAIM de manera general en la evaluación pre y post-test donde se puede observar que las respuestas que indican la presencia de conductas agresivas disminuyeron por lo que aumentaron las respuestas que indican la ausencia de agresión.

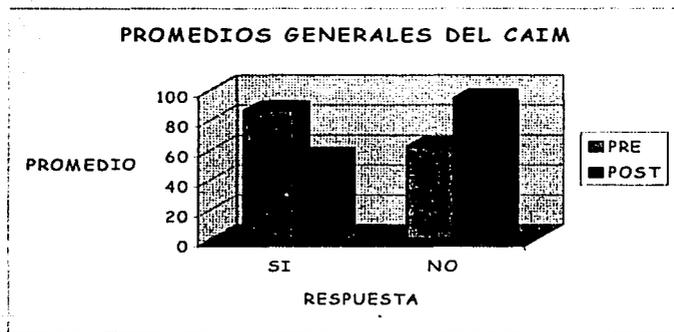


Fig. 81 Muestra los promedios generales del CAIM

6) Resultados del Cuestionario Índice de Enojo

En la siguiente tabla se muestran los puntos obtenidos en cada una de las respuestas por los niños y niñas antes y después del taller.

ÍNDICE DE ENOJO

(Pre-test)					(pos-test)				
SUJETO	RESPUESTAS					RESPUESTAS			
P III	FISICO	NO VERBAL	VERBAL	PROSOCIAL	P III	FISICO	NO VERBAL	VERBAL	PROSOCIAL
1	10	8	7	2	1	1	2	2	22
2	6	3	5	13	2	4	3	9	12
3	7	14	5	1	3	2	9	6	10
4	0	3	0	24	4	0	2	0	25
P II	FISICO	NO VERBAL	VERBAL	PROSOCIAL	P II	FISICO	NO VERBAL	VERBAL	PROSOCIAL
5	2	0	10	16	5	0	1	7	19
6	5	3	12	7	6	0	1	4	22
7	12	6	4	5	7	0	5	1	21
8	14	7	4	2	8	0	1	3	23
P I	FISICO	NO VERBAL	VERBAL	PROSOCIAL	P I	FISICO	NO VERBAL	VERBAL	PROSOCIAL
9	6	7	10	4	9	1	0	1	25
10	1	8	10	8	10	3	3	1	20
11	4	9	12	2	11	0	4	7	16
12	19	5	3	0	12	0	1	4	22
13	5	2	15	5	13	1	2	12	12
14	12	9	3	3	14	0	5	3	19
15	4	12	7	4	15	0	7	4	16
16	4	7	15	1	16	0	4	5	18
M III	FISICO	NO VERBAL	VERBAL	PROSOCIAL	M III	FISICO	NO VERBAL	VERBAL	PROSOCIAL
17	13	3	7	4	17	4	4	3	16
18	17	7	3	0	18	8	5	3	11
19	16	3	8	0	19	1	2	5	19

Tabla 2 Muestra los puntos obtenidos por los niños y niñas en cada uno de los reactivos.

En la siguiente figura se pueden observar los porcentajes del Índice de Enojo de manera general en la evaluación pre y post-test donde podemos observar que la categoría prosocial presenta un notorio aumento contribuyendo de esta forma a que las categorías que refieren agresión disminuyan.

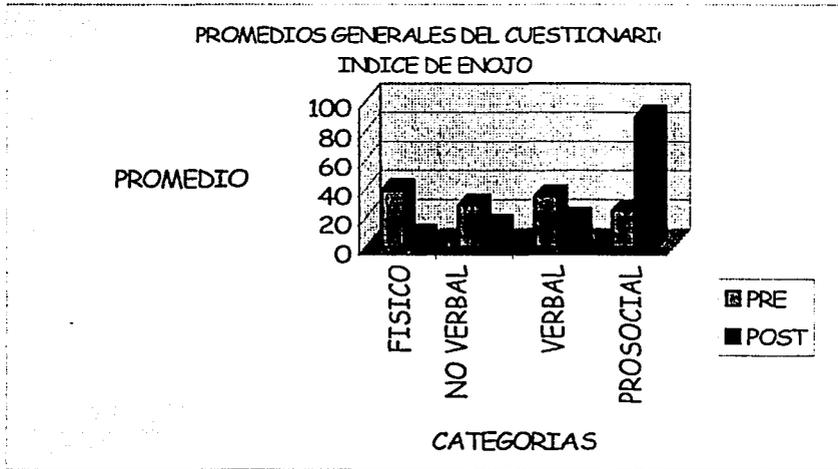


Fig. 82 Muestra los porcentajes generales del Índice de Enojo obtenidos en las mediciones previas y posteriores al taller.

7) Resultados del Cuestionario de Validación Social

En la siguiente grafica se muestran los resultados obtenidos del Cuestionario de Satisfacción de Usuario que se les aplico a los niños y niñas que participaron en el taller para conocer su opinión (ver anexo F)

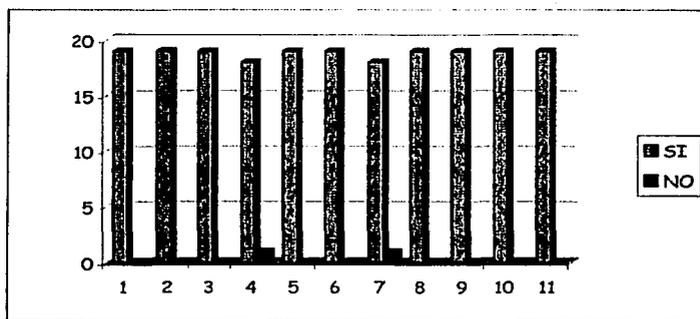


Fig. 83 Muestra los resultados del Cuestionario de Validación Social.

En la ultima pregunta se pidió la opinión de los niños para saber que se podría agregar al taller y entre las sugerencias que dieron los niños y las niñas se encuentra agregar más juegos, iluminar y realizar algunos cantos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de la presente investigación fue lograr que los niños preescolares conocieran y manejaran habilidades sociales que les permitieran disminuir conductas agresivas.

De acuerdo con los resultados que se obtuvieron en el presente estudio, se encontraron cambios en la frecuencia de las diferentes categorías que se trabajaron, tanto en las relacionadas con conductas agresivas como en las habilidades sociales, mismas que fueron registradas mediante la observación directa.

En los registros realizados, se observa un decremento en las conductas agresivas y por consiguiente la frecuencia de las habilidades sociales presenta un aumento, estos resultados sugieren que los niños comenzaron a utilizar estrategias y alternativas de solución que les permitieron mejorar la interacción con sus iguales sin presentar conductas agresivas.

Lo anterior, se fundamenta con las gráficas, mismas que sugieren que la frecuencia de conductas prosociales sustituyó a la ocurrencia de las categorías que tienen relación con la agresión y que se presentaron en la medición previa a la intervención. Ya que se presenta un decremento en las respuestas verbal y físico negativo y en algunos casos, disminuye la frecuencia de la categoría de permanecer solo.

Cabe señalar que, para lograr que los niños aumentaran en su repertorio comportamental habilidades sociales que les permitieran mejorar su interacción y su habilidad para solucionar problemas, era importante que los niños aprendieran a comunicar claramente lo que deseaban al posible provocador, esto mediante la enseñanza (modelamiento) y la práctica (ensayos conductuales), seguido por consecuencias apropiadas como la solución misma del conflicto y la aceptación del grupo. Así, los niños pudieron observar la importancia de realizar peticiones claras sobre lo que se deseaba y la manera en la que quería que se solucionaran los problemas. Esto se logró buscando una solución cooperativa mediante el escuchar y atender a las peticiones de los demás, para que de esta manera, se propusieran o aceptaran alternativas que beneficiaran a ambas partes, observando las posibles consecuencias de las respuestas.

Por otro lado, en los registros observacionales de las habilidades sociales, los resultados sugieren que la frecuencia de estas conductas aumento de manera general y por lo tanto, se entiende que los niños mejoraron sus habilidades para encontrar alternativas a posibles conflictos, así como la forma de darles solución sin presentar conductas agresivas.

Podemos concluir que el tratamiento, aparentemente logra cambios importantes reduciendo las respuestas agresivas, las cuales se vieron sustituidas por el incremento de las conductas prosociales. Sin embargo, no se logró sustituirla totalmente ya que esta conducta es muy resistente al cambio y son muchas las contingencias sociales que se mantienen, esto evidencia el aprendizaje de los niños para solucionar de manera novedosa y efectiva sus conflictos. En cuanto a las habilidades sociales, se encontró que el mayor cambio se presenta en la categoría "mirar", aunque es importante destacar que esta categoría ya se presentaba

antes de la intervención, pero el reforzamiento constante permitió que aumentara aún más su frecuencia a lo largo del tratamiento. Otro dato importante, es el incremento en la ocurrencia de las categorías de solicitud de opinión y alternativas de solución, ya que en las mediciones previas se presentan con una mínima frecuencia.

En cuanto a los resultados del cuestionario de validación social, es importante señalar que, se obtuvieron puntajes altos en la evaluación de metas, procedimientos, terapeutas y resultados, lo que indica que los procedimientos de la intervención permitieron que los niños adquirieran habilidades que contribuyeran al cumplimiento de la meta del presente estudio.

En general, los resultados que se obtuvieron en la intervención fueron satisfactorios ya que se encontraron cambios en todas las categorías deseadas, pero es importante mencionar que para que se pueda lograr una reducción total de la conducta inapropiada (agresión) y el incremento substancial y permanente de conductas prosociales, se recomienda para futuras intervenciones contar con un mayor tiempo disponible, así como con un mayor número de sesiones que permitan que las habilidades sociales sean adoptadas por los niños. Así mismo, se recomienda trabajar con educadoras y padres de familia, ya que son estos los principales modelos para el aprendizaje de los niños. Debido a que la familia y la escuela, son escenarios fundamentales en la vida del niño; en la familia, el niño aprende a socializar y a encontrar sus primeros conocimientos sobre cómo interactuar y solucionar problemas; en el segundo escenario, el niño aprende a socializar con otras personas ajenas a su familia y comienza a aplicar los conocimientos adquiridos en casa, al mismo tiempo que va aprendiendo cómo otras personas hablan sobre lo que les interesa, o cómo es que solucionan sus posibles problemas. Por lo que resulta importante fomentar la enseñanza de habilidades sociales en la escuela y mejorar las que se tienen en la familia. El trabajar en conjunto con los niños, educadoras, profesores y padres de familia sería una buena estrategia que permitiera lograr resultados satisfactorios y además se lograría que los cambios conductuales perdurarán toda la vida, ya que las nuevas estrategias aprendidas se reforzarían de manera consistente y constante en los diferentes ambientes en los que se desenvuelve el niño, aunado a un posible mantenimiento de dichas conductas.

Finalmente podemos decir que existe un amplio campo de trabajo para futuras investigaciones en cuanto al control de la agresión con niños y niñas preescolares, ya que como se ha indicado son muy pocos los trabajos realizados y hay aún mucho por hacer en este campo de trabajo. Para las futuras investigaciones se sugiere ampliar un programa que abarque los ambientes principales donde se desarrolla el niño como lo es la familia (principalmente papá y/o mamá) ya que es el fundamento de la sociedad y los patrones de conducta establecidos en la infancia y en la adolescencia contribuyen en forma importante a la conducta social adulta. (Roldán, 1990); la escuela, (esto es trabajar con las educadoras o maestros) así como con el propio niño, ya que como se menciono anteriormente, las habilidades sociales se adquieren en la infancia, por lo que la importancia y relevancia de éstas conductas en esta etapa de la vida, se fundamentan por los resultados de estudios e investigaciones en los que se constata que existe una estrecha relación entre la competencia social en la infancia y la adaptación social, académica y psicológica tanto en la infancia como en la vida adulta (Hops y Greenwood, 1988; Ladd y Asher, 1985, en Monjas 1999), de esta forma se modificaran los principales ambientes en los que se desenvuelve el niño y será más fácil y rápido el incremento de las conductas prosociales y habilidades sociales.

Por otro lado es importante señalar que dentro de las limitaciones que se encontraron al realizar la intervención fue el tiempo por lo que se sugiere que se aplique el taller con un mayor número de sesiones; otro obstáculo que se presentó fue el momento del ciclo escolar en que se desarrolló la intervención, ya que esta se aplicó un mes antes de que terminara el año y las diversas actividades de los niños y niñas impidieron que el taller se llevara a cabo de la forma planeada, también el espacio ya que el cubículo en el que se desarrolló el taller era muy pequeño y no permitía un libre movimiento para desarrollar los ensayos conductuales.

Bibliografía

- ❑ Aguirre Huacuja Enrique. (1994) La corresponsabilidad operativo en la atención primaria a la salud. Salud pública de México, Vol. 36, No. 2, pag. 210-213.
- ❑ Alvarez A, Alvarez M.A, Cañas A, Jiménez S, Peit M.J. (1990) Desarrollo de las habilidades sociales en niños de 3 a seis años. Ed. Visor. Madrid.
- ❑ Alvarez J. (1996) Habilidades sociales en la educación infantil. Ed. Escuela Española Madrid.
- ❑ Anderson Nels (1965) Sociología de la comunidad Urbana, una perspectiva mundial. Ed. Fondo de cultura Económica. México.
- ❑ Arias Martínez Benito (1999) Competencia social y solución de problemas sociales en niños de educación infantil: un estudio observacional. Revista Electrónica del Departamento de Psicología Universidad de Valladolid Volumen 1. Número 1. Páginas 1-40
- ❑ Arnold P, Goldstein, Harold R, Keller. (1991) El comportamiento agresivo. Ed. Desclee de Brower. España
- ❑ Bandura A. Iñesta (1977) Modificación de conducta: análisis de la agresión a la delincuencia Ed. Trillas, México
- ❑ Bandura A., Mischel, (1965) Influencia de models reinforcement contingencies on the acquisition of imitative responses. J. Per. Soc, Pshychology. Vol. 1
- ❑ Berkowitz, L. (1996) Agresión; Causas, consecuencias y control. Ed. Descleá de Brower. Bilbao.
- ❑ Bravo Jiménez Sandra. (1999) Comparación en el manejo de habilidades para solucionar problemas sociales en sujetos con diferente predisposición al alcoholismo. Tesis Licenciatura UNAM. México
- ❑ Buss, a.H (1961) The Psychology of Agression. Ed. Wiley,. New York
- ❑ Caballo E. (1993). Manual de evaluación y entrenamiento de las Habilidades Sociales. Ed. Siglo Veintiuno de España, S.A. España.
- ❑ Caballo E. Vicente. (1995) Una aportación Española a los Aspectos moleculares, a la Evaluación y al Entrenamiento de las Habilidades Sociales. Revista Mexicana de Psicología. V.12, no.2. pag. 121-131

- ☐ **Caballo Vicente E. (1995) Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Ed. Siglo Veintiuno de España Editores. Madrid.**
- ☐ **Caballo Vicente, E. (1986) Evaluación de las habilidades sociales. En Fernández Ballesteros J:A Carrobes. Eds. Evaluación conductual: Metodología y aplicaciones. Ed. Pirámide. Madrid.**
- ☐ **Caja de Herramientas Comunitarias (Community Tool Box) (1999) Universidad de Kansas y Facultad de Psicología UNAM.**
- ☐ **Caplan Gerald (1964). Principles of preventive psychiatry. Ed. Basic Books. New York.**
- ☐ **Cieza José Antonio (1998) Habilidades sociales en la infancia. México.**
- ☐ **Cofer, C., Appley M, (1976) Psicología de la Motivación. Ed. Trillas. México.**
- ☐ **Cohen D. Stern V.N (1965) Guía para observar la conducta del escolar. Ed. Paidós, Buenos Aires**
- ☐ **Costin Susan E. Carlson Jones diane (1992) Friendship as a Facilitator of emotional Responsiveness and Prosocial Interventions Among Young children. Developmental Psychology Vol 28, No. 5, pág. 941-947.**
- ☐ **Cunningham C. Davis H. (1998) Trabajar con los padres. Marcos de colaboración. Ed. Siglo XXI M.E.C, Madrid**
- ☐ **De la Fuente R. (1997) Psicología Médica. Ed. Fondo de Cultura Económica. México.**
- ☐ **De la Fuente, R. (1968) Fuentes y direcciones de la agresividad. Revista de Psicoanálisis, Psiquiatría y Psicología. Vol. 8**
- ☐ **Dodge K.A y Murphy R.R (1984) The assessment of social competence in adolescents. In P. Karoly y J. Steffan. Eds. Adolescent behavior disorders. Fundations and contemporary concerns Lexington, MA: Lexington Books.**
- ☐ **Dorta Martín Juan antonio (1997) Colaboración de los padres en la educación infantil. Colegio Público Madrid.**
- ☐ **Durán González, Hernández Rincón, Becerra Aponte. (1995) La formación del psicólogo y su papel en la atención primaria a la salud. Salud pública de México, Vol.37, No.5, pag.462, 471.**
- ☐ **Echeburúa Odriozola Enrique. (1994) Personalidades violentas. Ed. Pirámide. Madrid.**
- ☐ **Echeburúa Odriozala Enrique (1993) Modificación de conducta y Psicología Clínica. Servicio editorial Universidad del país Vasco. Madrid**

- Escallón E. Angela. (1987) Prevención integral, Una respuesta a la drogadicción y a otros problemas de la juventud. Ed. UNFDAC. Bogotá.
- Farrington D. P. (1990) Implications of criminal career research for the prevention of offending. Journal of Adolescence. Vol. 3.
- Fernández Ballesteros R. (1994) Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en Psicología Clínica y de la Salud. Ed. Pirámide. Madrid
- Galván Enriqueta, García Vicente (1984) Sistema de observación y registro de conducta. UNAM, Facultad de Psicología, México
- Gil Francisco, León Rubio José M. (1996) Habilidades sociales. Teoría investigación e intervención. Ed. Síntesis. España.
- Goldstein Arnol, P Harola, R Keller. (1991) El comportamiento agresivo. Ed. Psclee de Brower. España.
- Gómez Domingo, e. Saburido Xosé. (1996) Salud y Prevención: Nuevas aportaciones desde la Evaluación Psicológica. Universidad de Santiago de Compostelá.
- González Nava Marina Fernanda. (1998) Estudio de los patrones conductuales de niños agresivos. Un enfoque contextual. Tesis licenciatura UNAM.
- Griéger Paul (1990) Animar a la comunidad escolar: vivir y construir juntos. Ed. Narcea, España.
- Horcones (1984) Walden Dos y cambio social: aplicación de la ciencia del análisis experimental de la conducta al diseño cultural Revista Lationamericana de Psicología. Vol 16, No. 1 pag. 93-114.
- Ison Mirta Susana (1997) Déficits en habilidades sociales en niños con conductas problemas. Revista Interamericana de Psicología. Vol. 31, No. 2. Pp. 243-255
- Kavossi R. (1997) The neurobiology of impulsive aggression. Psychiatr Center north am,
- Kazdin E. (1988). Tratamiento de la Conducta Antisocial en la Infancia y la Adolescencia. Ed. Martínez Roca. Barcelona España.
- Kazdin, E. (1987) Treatment of antisocial behavior in children. Psychological Bulletin. No. 102
- Labrador F., Cruzado J. Muñoz, (1995) Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Ed. Pirámide. Madrid

- ❑ Ladd, G:W. (1981) Effectiveness of social learning method for enhancing children interaction and acceptance. Childen Development Vol. 52.
- ❑ Larry Michelson, Don P., Randy P, et- al (1987) Las habilidades sociales en la infancia. Ed. Martínez Roca. México.
- ❑ Latorre Postigo José Miguel. (1994) Psicología de la Salud. Ed. Lumen. Argentina.
- ❑ Little, V.L y Kendall P.C. (1979) Cognitive - behavioral interventions with delinquents: Problem solving, role - talking and self - control. In Kendall and S.D Hollon Eds. Cognitive - behavioral interventions. New York. Academic Prress.
- ❑ López Muñoz. (1999) Agresividad y psicofármacos, reguladores e introductores de conductas agresivas. Revista electrónica de psiquiatría. Vol. 3 no. (2), pag.
- ❑ Luria A.R. (1961) The role of speech in the regulation of normal and anormal behavior. New York: Leverigth.
- ❑ Marsellach Gloria (1998) Comunicación y habilidades sociales. México.
- ❑ Martín gonzález Antoniop (1998) Psicología Comunitaria: fundamentos y aplicaciones. Ed. Síntesis Psicología, España.
- ❑ Matarazzo, J:D: (1980) Behavioral health and behaviorial medicine. Frontiers for new health psychology. American Psychologist. 35, 807-817.
- ❑ Maynez G. Verónica (1996) La agresividad en el niño escolar, reflejo de su entorno familiar.
- ❑ McFall R.M. (1982) A review an reformulation of the concept of social skills "Behavioral assesment. n.4 1-33.
- ❑ Medina León, Rubio Sánchez. (1994) Psicología Médica. Ed. McGraw-Hill Interamericana. España
- ❑ Meichenbaum D. Gilmore B Fedoravicius A. (1971) Group insight vs group desensitizacion in treating speech anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology 36 410-41.
- ❑ Merlo R. Y Milanese E. (1996) Hogar integral de la Juventud, lineamientos operativos. Ed.Manual HIJ. México.
- ❑ Michell. (1993) Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality Psychological Review No. 80, 252 - 285.

- ☐ Monahan, J. (1992) Mental Disorder and violent behavior: perception and evidence. Ed. Psychol, New York
- ☐ Monjas Casares Ma. Ines. (1999) Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS). Ed. Ciencias de la Educación Preescolar y Especial. Madrid.
- ☐ Montero Maritza (1984) La Psicología Comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos. Revista Latinoamericana de Psicología, Vol. 16, No. 3, pag. 384-400.
- ☐ Morales Calatayud Francisco. (1999) Introducción a la Psicología de la salud. Ed. Paidós. Argentina.
- ☐ Morales Calatayud, F., Piña, J. A. (1995) La psicología y la salud al final del siglo XX: aproximación crítica desde la psicología como disciplina y profesión. Revista Psicología y Salud. Universidad Veracruzana. Vol. 6. Diciembre, 145-155.
- ☐ Moro, F., Hersh. (1984) Introducción a la medicina social y Salud Pública. UAM, México.
- ☐ Moser G. (1992) La Agresión. Ed. Publicaciones Cruz, México
- ☐ Novaco R.W. (1975) Anger Control: The developmen and evaluation of an experimental treatment. Lexington MA: Lexington.
- ☐ Odile Dot. (1988) Agresividad y violencia en el niño y el adolescente. Ed. Grijalbo. México
- ☐ Olweus, D. (1979) Stability of aggressive reaction petterns in males a review. Psychology Bulletin. No. 86.
- ☐ Ortíz Sánchez Aura I. (2000) Desarrollo y evaluación de un programa de tratamiento para niños de cinco a diez años de edad con problemas en el manejo de enojo. Tesis Maestría. UNAM.
- ☐ Palma Castillo Olivia. (1991) Análisis secuencial de la conducta prosocial. Tesis Licenciatura. UNAM.
- ☐ Parra Albertos Rocio de Lourdes. (1997) Agresividad de los niños en un ambiente escolar como consecuencia de las actitudes de rechazo materno. Tesis Licenciatura, UNAM. México
- ☐ Patterson G:R. (1982) Coercive Family Process. Castalya Publishing Company.
- ☐ Phillips E. L (1978) The social skills Basis of Psychopatoloy Alternatives to abnormal psychology and psychiatry. Ed. Grune and Stratton, New York
- ☐ Putallaz, M y Gottman, J:M (1981) An Interactional Model of Children's entrey into Peer Groups. Child Development. Vol. 52.

- ☐ Ramírez A. (1997). Orientación a Padres. Tesis Licenciatura, UNAM, México.
- ☐ Reig, A. Rodríguez J. Y Mirá J (1987) Psicología de la salud: algunas cuestiones básicas. Información psicológica. Vol.30. nO.5-10.
- ☐ Ribes, e. (1990) Psicología y salud: un análisis conceptual Ed. Martínez Roca. Barcelona.
- ☐ Roa Álvaro Alfonso (1995) Evaluación en Psicología Clínica y de la salud. Ed. Ciencias de la educación preescolar y especial. Madrid.
- ☐ Rodríguez. O. Graciela. (1988) La Psicología de la Salud en América Latina. Ed. Miguel Angel Porrúa. México.
- ☐ Roldan Macías Alma Josefa Leticia. (1990) Estudio comparativo de la agresividad en niños preescolares. Tesis licenciatura. UNAM.
- ☐ Roth Unzueta Erick. (1986) Competencia social. El cambio del comportamiento individual en la comunidad. Ed. Trillas. México.
- ☐ Ruiz Torres Gabriela. 2000. Efecto de la televisión en la dirección que toma la agresión de niños y niñas de primaria. Tesis Licenciatura. UNAM; México
- ☐ Saforcada Enrique (1999). Psicología sanitaria: Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud. Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- ☐ Salleras Sanmartí Luis. (1985) Educación Sanitaria Principios, métodos y aplicaciones. Ed. Díaz de Santos Madrid.
- ☐ Salleras Sanmartí Luis. (1990) Educación Sanitaria. Ed. Díaz de Santos. Madrid.
- ☐ San Martín Hernán, Pastor Vicente. (1998) Salud Comunitaria, Teoría y práctica. Ed. Díaz de Santos. Madrid.
- ☐ San Martín Hernán. (1984) Salud y enfermedad. Ed. La prensa medica mexicana. México.
- ☐ San Martín Herrán. (1988) Salud comunitaria: Teoría y práctica. Ed. Calero. Madrid.
- ☐ Sánchez Olmos Rubén. (1991) Prevención de conductas antisociales y adictivas a través de una estrategia juvenil - comunitaria. Tesis Licenciatura. UNAM.
- ☐ Santoyo Carlos, Espinoza Celia (1990) Interacción social en escenarios preescolares. Revista Mexicana de Psicología. Vol. 7, pág. 25-36.
- ☐ Scott , J. (1958) Aggression. University of Chicago Press. Chicago.
- ☐ Serrano, P.L. (1996) Agresividad infantil. Ed. Pirámide. Madrid.

- ☐ Setever Faye B, Applefield James M, smith Rodney (1971) Televised Aggression and the interpersonal Aggression of Preschool Children. Journal of Experimental child Psychology Vol II. Pag. 442-447.
- ☐ Soberón C, Martuscelli, J. Álvarez-Manilla JM. (1988) La implementación de la estrategia de atención primaria a la salud. Salud pública de México, Vol.30, pag. 683- 690.
- ☐ Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta. (1978) Análisis de la conducta. Ed. Trillas. México.
- ☐ Spielberg, C.D, Jhonson, E., Russel, Crane, R.J, Jacobs, G., y Worden, T. (1985). The experience and expression of anger: construction and validation of an anger expression scalle. Anger and hostility in cardiovascular an behavioral disrders. Cambridge.
- ☐ Stoff David M, Cairns Robert B. (1996) Aggression and violence; genetic, neurobiological and Biosocial Perspectives. Ed. Lawrence Erlbaum Associates New Jersey.
- ☐ Tedeschi James T (1976) Psichology social. Ed. John Wiley, Sons. Estados Unidos
- ☐ Tyler Forrest B. (1984) El comportamiento Psicosocial, la competencia psicosocial individual y las redes de intercambio de recursos, como ejemplos de Psicología comunitaria. Revista Latinoamericana de Psicología, Vol. 16, No. 1, pag. 77-92
- ☐ Trower P. (1982) Trowards a generative model of social skills: skills training" A practical hanabook for assesment and treatment. Nueva York. Guilford Press.
- ☐ Valles A. (1994) Programa de Refuerzo de las Habilidades Sociales. Ed. EOS. Madrid.
- ☐ Vega Franco L., García Mazanedo H.,(1992) Bases esenciales de la salud pública. Ed. Prensa Medica Mexicana, México.
- ☐ Winn, Ralph Bubrich. (1996) Socialización y disciplina. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- ☐ Zax, Melvin & Specter, G. (1979) Introducción a la Psicología de la Comunidad . Ed. Manual Moderno. México

ANEXOS

ANEXO A

CAI

(Chaparro, Fulgencio y Mercado, 1997)

NOMBRE DEL NIÑO: _____ EDAD: _____

SALA: _____ EDAD DE LA MADRE/PADRE: _____

ESCOLARIDAD DE LA MADRE/PADRE: _____

Instrucciones: Este cuestionario tiene una serie de afirmaciones que se refieren a la conducta de su hijo. Coloque una "X" en la respuesta que crea más conveniente. Marque Si cuando la afirmación coincida con la conducta de su hijo, No cuando la afirmación no coincida y No sé cuando no esté seguro.

1. Cuando le doy una orden a mi hijo se enoja y grita	Sí	No	No sé
2. Con frecuencia recibo quejas de la educadora por la mala conducta de mi hijo	Sí	No	No sé
3. A mi hija le gustan más los juegos rudos	Sí	No	No sé
4. Frecuentemente se pelea con sus hermanos lastimándose	Sí	No	No sé
5. Sus amigos de la escuela tienen malas calificaciones	Sí	No	No sé
6. Sus amigos son peleoneros	Sí	No	No sé
7. Desobedece a los mayores	Sí	No	No sé
8. Tiene malas calificaciones en la escuela	Sí	No	No sé
9. Cuando un niño lo molesta, él/ella reacciona pegándole	Sí	No	No sé
10. Es muy inquieto	Sí	No	No sé
11. Le cuesta trabajo jugar tranquilamente con sus hermanos durante mucho tiempo	Sí	No	No sé
12. Cuando le llamo la atención contesta agresivamente	Sí	No	No sé
13. Golpea a sus hermanos cuando juega con ellos	Sí	No	No sé
14. Grita la mayor parte del tiempo sin motivo aparente	Sí	No	No sé
15. Azota las puertas cuando está enojado	Sí	No	No sé
16. Cuando juega con otros niños acostumbra jalonearlos	Sí	No	No sé
17. Cuando hace berrinches pateo o arroja objetos	Sí	No	No sé
18. Se burla de mí cuando lo regaño	Sí	No	No sé
19. Empuja a sus compañeros cuando juega con ellos	Sí	No	No sé
20. Destruye o maltrata sus propios juguetes	Sí	No	No sé
21. Le gusta retar a la gente	Sí	No	No sé
22. Rompe las reglas de la casa	Sí	No	No sé
23. Parece que le divierte ser desobediente	Sí	No	No sé
24. Le gustan los juegos peligrosos como jugar con fuego o aventarse desde un lugar alto	Sí	No	No sé
25. Se niega a obedecer la mayoría de mis peticiones	Sí	No	No sé
26. Le preocupa poco que lo castigue	Sí	No	No sé
27. Cuando lo golpeo me reta y me dice "No me dolió"	Sí	No	No sé
28. Prefiere los programas de televisión violentos	Sí	No	No sé
29. Le gusta ver fotografías o películas donde la gente se lastime	Sí	No	No sé

ANEXO B

CAIM
Cuestionario de Agresividad para Maestros
(Chaparro, Fulgencio y Mercado, 1997)

Nombre del niño: _____ Fecha: _____
 Nombre de la educadora: _____ Sala: _____

Instrucciones: Este cuestionario tiene una serie de afirmaciones relacionadas con la conducta de su alumno dentro del CENDI. Coloque una "X" en la opción que considere más conveniente. Marque "SI" cuando la afirmación coincida con la conducta del alumno y "NO" cuando la afirmación no coincida.

CONDUCTAS DENTRO DE LA ESCUELA	Sí	No
1. Frecuentemente parece estar triste		
2. Agrede físicamente a sus compañeros		
3. Es desordenado		
4. Se distrae fácilmente		
5. Participa muy poco en las actividades		
6. Llega con los materiales incompletos al CENDI		
7. Humilla a sus compañeros		
8. Es descuidado con sus cosas		
9. Es sucio en sus trabajos escolares		
10. Grita mucho		
11. Es impuntual		
12. Trata de llamar la atención de la educadora de forma inadecuada		
13. Empuja a sus compañeros durante las formaciones		
14. Es poco amable con los niños pequeños o débiles		
15. Hace mucho ruido		
16. Responde agresivamente cuando se le castiga		
17. Es sucio en su trabajo		
18. Hace muchas travesuras		
19. Se queja constantemente		
20. Grita a sus compañeros		
21. Olvida cuadernos, libros o materiales en casa		
22. Es muy lento cuando trabaja		
23. Llega tarde al CENDI		
24. Se junta con los niños más traviosos		
25. Tiene problemas para relacionarse con los demás niños		
26. Cuando quiere algo lo consigue por la fuerza		
27. Los niños tranquilos lo rechazan		
28. Avienta las cosas cuando no quiere trabajar		
29. Destruye los trabajos de otros niños de la sala		
30. Cuando algún niño lo molesta, él/ella reacciona pegándole		

INDICE DE ENOJO DEL NIÑO
(Ayala H., Ortiz A., 2000)

Nombre del niño: _____ Fecha: _____
Nombre de la educadora: _____ Sala: _____

Instrucciones:

Te voy a leer algunas situaciones que les pasan a los niños, me vas a contestar lo que tu haces cuando te pasa lo que yo te mencione.

- 1.- ¿Qué haces cuando estas jugando en el recreo y un compañero te empuja?
a) Le pegas b) te vas de ahí c) lo acusas d) le dices que tenga más cuidado
- 2.- ¿Qué haces cuando un compañero te dice cosas feas (insulto, apodosos)?
a) Le pegas b) te vas de ahí c) lo acusas d) le dices que no te diga así
- 3.- ¿Qué haces cuando tu mamá no quiere comprarte un dulce en la tienda?
a) Lloras b) ya no le hablas c) le dices que es mala d) obedeces
- 4.- ¿Qué haces cuando un compañero de tu sala le pega a un amigo tuyo?
a) Le pegas b) te vas de ahí sin decir nada c) lo acusas d) les dices que no se peleen
- 5.- ¿Qué haces cuando un amigo tuyo rompe tu juguete favorito?
a) Le pegas b) ya no le vuelves hablar c) lo acusas d) le dices que los juguetes deben cuidarse
- 6.- ¿Qué haces cuando ves a tus papás pelear?
a) Lloras b) te vas a tu cuarto c) les gritas d) dices que no te gusta verlos pelear
- 7.- ¿Qué haces si tu mamá te promete comprar un helado y no lo cumple?
a) Lloras b) te vas a tu cuarto c) le dices mentirosa d) le dices que lo que se promete se debe cumplir
- 8.- ¿Qué haces cuando tu mamá te regaña por haberle pegado a tu hermano?
a) Lloras b) te vas a tu cuarto c) le rezongas d) te aguantas
- 9.- ¿Qué haces si tus amigos no quieren jugar contigo?
a) Les pegas b) Te vas de ahí c) Los acusas d) Les dices que es más divertido jugar juntos

- 10.- ¿Qué haces cuando un compañero te pega?
a) Le pegas b) te vas de ahí c) lo acusas d) le dices que tenga cuidado
- 11.- ¿Qué haces cuando te dicen que no puedes hablar en la platica de adultos?
a) Lloras b) te vas de ahí c) los insultas d) les pides que te escuchen
- 12.- ¿Qué haces cuando le llamas a tu mamá/papá y él/ella no te hace caso?
a) Lloras b) te vas a tu cuarto c) gritas d) vas hasta donde ella este
- 13.- ¿Qué haces si tu papá/mamá te pega por haberte portado mal?
a) Lloras b) te vas a tu cuarto c) le dices que no te duele d) te aguantas
- 14.- ¿Qué haces cuando tus compañeros se burlan de ti porque te caíste?
a) Les pegas b) te vas de ahí c) los acusas d) les dices que eso no se hace
- 15.- ¿Qué haces si un compañero tuyo te jala el cabello?
a) Le pegas b) te vas de ahí c) lo acusas d) le pides que tenga cuidado
- 16.- ¿Qué haces si un compañero tuyo te raya tu trabajo?
a) Le pegas b) te vas de ahí c) lo acusas d) le pides que tenga cuidado
- 17.- ¿Qué haces cuando estas jugando con tu juguete favorito y un compañero te lo quita?
a) Le pegas b) ya no le hablas c) lo acusas d) se lo pides, por favor
- 18.- ¿Qué haces cuando quieres decirle algo a tus papás y ellos están platicando?
a) Lloras b) te encierras en tu cuarto c) les gritas d) les pides que por favor te escuchen
- 19.- ¿Qué haces si tus compañeros no quieren jugar en el momento que tu quieres?
a) Lloras b) te vas y ya no juegas c) les haces gestos d) les dices que juntos se divertirán más
- 20.- ¿Qué haces cuando juegas a las "luchitas" con tu papá y el te gana?
a) Lloras b) ya no sigues jugando c) le dices que es un tramposo d) lo felicitas
- 21.- ¿Qué haces cuando tu equipo de fútbol pierde contra los más grandes?
a) Les pegas b) ya no juegas con ellos c) les dices tramposos d) les dices que jugaron muy bien por eso ganaron
- 22.- ¿Qué haces cuando vas caminando tranquilo en el recreo y un compañero te pega?
a) Le pegas b) te vas a sentar c) lo acusas d) le dices que tenga mas cuidado
- 23.- ¿Qué haces cuando la educadora te regaña por platicar en clase?
a) Lloras b) te callas y ya no le hablas c) le dices que no te calle
d) le dices que te disculpe por interrumpir

24.- ¿Qué haces si estas comiendo un dulce y un compañero se acerca y te lo quita?
a) Vas y se lo quitas b) ya no le hablas c) lo acusas d) le dices que eso no se hace

25.- ¿Qué haces cuando ves que un compañero empuja a otro compañero?
a) Vas y le pegas b) no les haces caso c) lo acusas d) le dices que eso no se hace

26.- ¿Qué haces si tus compañeros no quieren juntarse contigo en el recreo?
a) Les pegas b) te juntas con otros niños c) los acusas
d) les explicas que si juegan juntos se divertirán más

27.- ¿Qué haces cuando no puedes ver tu programa favorito porque tu hermano no te deja?
a) Le pegas b) te vas de ahí c) Lo acusas d) te sientas a ver la TV con él/ella

ANEXO D

REGISTROS OBSERVACIONALES
(Chaparro, Ayala 1997)

NIÑO: _____ SALA: _____ EDAD: _____
 CENDI _____ FECHA: _____ HORA: _____
 OBSERVADOR: _____ SESION: _____

TOTALES

FN	FP	VN	PS	PR

MIN.	SEG.	NIÑO				
0	0	FN	FP	VN	PS	PR
	10	FN	FP	VN	PS	PR
	20	FN	FP	VN	PS	PR
	30	FN	FP	VN	PS	PR
	40	FN	FP	VN	PS	PR
50	FN	FP	VN	PS	PR	
1	0	FN	FP	VN	PS	PR
	10	FN	FP	VN	PS	PR
	20	FN	FP	VN	PS	PR
	30	FN	FP	VN	PS	PR
	40	FN	FP	VN	PS	PR
50	FN	FP	VN	PS	PR	
2	0	FN	FP	VN	PS	PR
	10	FN	FP	VN	PS	PR
	20	FN	FP	VN	PS	PR
	30	FN	FP	VN	PS	PR
	40	FN	FP	VN	PS	PR
50	FN	FP	VN	PS	PR	
3	0	FN	FP	VN	PS	PR
	10	FN	FP	VN	PS	PR
	20	FN	FP	VN	PS	PR
	30	FN	FP	VN	PS	PR
	40	FN	FP	VN	PS	PR
50	FN	FP	VN	PS	PR	
4	0	FN	FP	VN	PS	PR
	10	FN	FP	VN	PS	PR
	20	FN	FP	VN	PS	PR
	30	FN	FP	VN	PS	PR
	40	FN	FP	VN	PS	PR
50	FN	FP	VN	PS	PR	

MIN.	SEG.	NIÑO				
5	0	FN	FP	VN	PS	PR
	10	FN	FP	VN	PS	PR
	20	FN	FP	VN	PS	PR
	30	FN	FP	VN	PS	PR
	40	FN	FP	VN	PS	PR
50	FN	FP	VN	PS	PR	
6	0	FN	FP	VN	PS	PR
	10	FN	FP	VN	PS	PR
	20	FN	FP	VN	PS	PR
	30	FN	FP	VN	PS	PR
	40	FN	FP	VN	PS	PR
50	FN	FP	VN	PS	PR	
7	0	FN	FP	VN	PS	PR
	10	FN	FP	VN	PS	PR
	20	FN	FP	VN	PS	PR
	30	FN	FP	VN	PS	PR
	40	FN	FP	VN	PS	PR
50	FN	FP	VN	PS	PR	
8	0	FN	FP	VN	PS	PR
	10	FN	FP	VN	PS	PR
	20	FN	FP	VN	PS	PR
	30	FN	FP	VN	PS	PR
	40	FN	FP	VN	PS	PR
50	FN	FP	VN	PS	PR	
9	0	FN	FP	VN	PS	PR
	10	FN	FP	VN	PS	PR
	20	FN	FP	VN	PS	PR
	30	FN	FP	VN	PS	PR
	40	FN	FP	VN	PS	PR
50	FN	FP	VN	PS	PR	

ANEXO E

REGISTROS OBSERVACIONALES

(Gómez, Flores, 2001)

NIÑO: _____ SALA: _____ EDAD: _____

CENDI _____ FECHA: _____ HORA: _____

OBSERVADOR: _____ SESION: _____

TOTALES

MIRAR (M)	ESPERAR TURNO (ET)	HABLAR (H)	SOLICITUD DE OPINIÓN (SO)	ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN (AS)

MIN.	SEG.	NIÑO			
		M	ET	H	
0	0	M	ET	H	
	10	M	ET	H	
	20	M	ET	H	
	30	M	ET	H	
	40	M	ET	H	
	50	M	ET	H	
1	0	M	ET	H	
	10	M	ET	H	
	20	M	ET	H	
	30	M	ET	H	
	40	M	ET	H	
	50	M	ET	H	
2	0	M	ET	H	
	10	M	ET	H	
	20	M	ET	H	
	30	M	ET	H	
	40	M	ET	H	
	50	M	ET	H	
3	0	M	ET	H	
	10	M	ET	H	
	20	M	ET	H	
	30	M	ET	H	
	40	M	ET	H	
	50	M	ET	H	
4	0	M	ET	H	
	10	M	ET	H	
	20	M	ET	H	
	30	M	ET	H	
	40	M	ET	H	
	50	M	ET	H	

MIN.	SEG.	NIÑO			
		M	ET	H	
5	0	M	ET	H	
	10	M	ET	H	
	20	M	ET	H	
	30	M	ET	H	
	40	M	ET	H	
	50	M	ET	H	
6	0	M	ET	H	
	10	M	ET	H	
	20	M	ET	H	
	30	M	ET	H	
	40	M	ET	H	
	50	M	ET	H	
7	0	M	ET	H	
	10	M	ET	H	
	20	M	ET	H	
	30	M	ET	H	
	40	M	ET	H	
	50	M	ET	H	
8	0	M	ET	H	
	10	M	ET	H	
	20	M	ET	H	
	30	M	ET	H	
	40	M	ET	H	
	50	M	ET	H	
9	0	M	ET	H	
	10	M	ET	H	
	20	M	ET	H	
	30	M	ET	H	
	40	M	ET	H	
	50	M	ET	H	

9. ¿Te gustó participar en el taller?

a) Sí

b) No

10. ¿Las maestras conocían bien los temas?

a) Sí

b) No

9. ¿Con lo que aprendiste, crees que puedes controlarte cuando te enojas?

a) Sí

b) No

12. ¿Qué te hubiera gustado que se trabajara en el taller?

☺ Gracias por tú colaboración.

ANEXO 6

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**MANUAL DE ENTRENAMIENTO EN
HABILIDADES SOCIALES PARA NIÑOS
PREESCOLARES: DISMINUCIÓN DE LA AGRESIÓN**

Sesión 1 Línea base Juego cooperativo

Objetivo: Identificar las habilidades sociales y posibles conductas agresivas con las que cuenta el infante.

Materiales:

- Resortes (2).
- Dulces
- Cámara de video.
- Extensión.
- Tripie
- Cronómetro
- Cassette en formato compacto VHS.

Procedimiento:

El grupo se lleva a un salón o patio amplio, se forman 2 equipos de tal manera que cada equipo tenga el mismo número de integrantes, ya conformados los grupos, se forma a los niños por estaturas.

Las terapeutas hacen entrega de un resorte por equipo, y se explica que el resorte debe pasarse por todo el cuerpo, metiéndolo primero por los pies para sacarlo por la cabeza y pasarlo a su compañero, quién tiene que realizar la misma operación, esto se realiza por todos los integrantes de los equipos, y esta actividad se repite por 5 veces. El equipo que finalice primero será el triunfador y se les entrega un premio simbólico (dulces).

Se realizan grabaciones por 10 minutos, con la finalidad de registrar la posible presencia de habilidades sociales así como de conductas agresivas que pudieran surgir, en este periodo.

Sesión 2 Línea base Juego cooperativo.

Objetivo: Identificar las habilidades sociales y posibles conductas agresivas con las que cuenta el infante.

Materiales:

- ✓ Mesa de trabajo (90 cm X 75 cm. Aproximadamente)
- ✓ Sillas pequeñas.
- ✓ Hoja con diferentes dibujos (anexo 1)
- ✓ Hoja con las figuras que se mostrarán (anexos 2, 3, 4, 5, 6)
- ✓ Hojas blancas.
- ✓ Tijeras.
- ✓ Resistol.
- ✓ Colores.
- ✓ Dulces.
- ✓ Cámara de vídeo.
- ✓ Extensión.
- ✓ Tripie
- ✓ Cronómetro
- ✓ Cassette en formato compacto VHS.

Procedimiento:

Se forman equipos de 4 niños, mismos que se ubican en cada una de las mesas del área de trabajo, se coloca el material de trabajo sobre la mesa, de tal forma que quede al alcance de los niños.

Cuando todos los equipos tengan su material sobre la mesa, se les explica que cada mesa es un equipo y como tal tienen que ayudarse y organizarse para ganar en la actividad, pues el equipo ganador será premiado.

Posteriormente se les explica la actividad, en la que se darán las siguientes indicaciones: 1) En cada una de las mesas se encuentra el material con el que vamos a trabajar, 2) Nos vamos a numerar del 1 al 4 en cada uno de los equipos, 3) Los que tengan el número 1 tendrán que buscar un dinosaurio parecido a esté (misma que será señalada por una de las terapeutas), 4) Los que tienen el número 2 tendrán que iluminarlo y después tendrán que darle la hoja a quienes sean número 3, 5) Los número 3 tendrán que recortarla y darle el recorte al número 4 de cada equipo, y 6) El número 4 finalmente tendrá que pegarlo en la hoja blanca que hay en cada mesa. Y se les mencionará que tienen 10' para realizar la actividad.

Se realizan grabaciones por 10 minutos, con la finalidad de registrar la posible presencia de habilidades sociales así como de conductas agresivas que puedan surgir, en este periodo.

Sesión 3 Línea base Juego cooperativo

Objetivo: Identificar las habilidades sociales y posibles conductas agresivas con las que cuenta el infante.

Materiales:

- ✓ Dulces
- ✓ Cámara de vídeo.
- ✓ Extensión.
- ✓ Tripie
- ✓ Cronómetro
- ✓ Cassette en formato de 45 ml.

Procedimiento:

Se lleva el grupo al patio o salón amplio estando allí se forman 2 equipos, de tal manera que cada equipo tenga el mismo número de integrantes, ya conformados los grupos, se forman a los niños por estaturas.

Las terapeutas explicaran la actividad diciendo: "Vamos a jugar carretillas, así que el segundo miembro de cada fila tendrá que tomar por las piernas al compañero de adelante, quién será la carretilla, y tendrá que ir y regresar al mismo lugar, después los dos niños siguientes realizarán la misma operación, y esta actividad será repetida por 5 veces, el equipo que finalice primero será el triunfador. Se hará entrega de un premio simbólico al equipo ganador (dulces).

Se realizan grabaciones por el tiempo establecido, con la finalidad de registrar la posible presencia de habilidades sociales así como de conductas agresivas que puedan surgir, en este periodo.

Sesión 4. Rapport

Objetivos: Que el grupo se adapte y conozca a las terapeutas, además de que conozcan y manejen las reglas y procedimientos del programa.

Materiales:

- ✓ Gafetes
- ✓ Plumones
- ✓ Objetivo y propósitos (anexo 7)
- ✓ Sistema de puntos (anexo 8)
- ✓ Reglas escritas y dibujos (anexo 9)
- ✓ Hojas con reglas para iluminar (anexo 10)
- ✓ Pelota
- ✓ Rotafolio con nombres de los niños

Procedimiento:

1. Las/los terapeutas colocaran las sillas en semi-círculo en doble fila.
2. Las/los terapeutas pedirán a los niños que se sienten en silencio y de manera ordenada para poder iniciar la sesión.
3. Las/los terapeutas se presentaran con el grupo dándole la bienvenida a los participantes, para crear un ambiente de confianza, se iniciará una dinámica para conocer a los participantes, en la cuál se lanzará una pelota a cada uno de los niños quienes tendran que decir su nombre. Una/uno de las terapeutas hace los gafetes, conforme los niños van diciendo su nombre (o se llevan ya realizados). Al finalizar la dinámica se hace entrega de los gafetes.

⊕

Duración: 15 minutos.

4. Posteriormente se darán a conocer los objetivos del taller (anexo 7) diciendo: "Les vamos a decir porqué vamos a trabajar juntos durante un tiempo, y que es lo que vamos a aprender":
 - a) Conocer cuando estamos enojados
 - b) Aprender los que se debe hacer cuando pasan cosas que nos molestan o enojan
 - c) Aprender a mantenernos calmados
5. Las/los terapeutas explicaraqn que en las reuniones se llevaran reglas, para poder trabajar mejor, procediendo a leer y explicar cada una de ellas, al mismo tiempo que se van pegando (ver anexo 9)

⊕

Duración 20 minutos

6. Posteriormente se dará a conocer el Sistema de puntos (anexo 8) Se explica su funcionamiento diciendo "durante las sesiones vamos a poder ganar puntos que nos van a servir para participar en un concurso y ganar premios al final del tiempo que estemos juntos para esto tienen que saber que":
 - a) Ganaran puntos si siguen las reglas del grupo.

- b) Ganaran puntos los que sigan instrucciones.
- c) Ganaran puntos "malos" si son "agresivos".
- d) El niño que logre acumular más puntos, ganará un premio (el premio puede ser negociado con el grupo, pero tiene que ser efectivo para todos)
- e) Los niños que no cumplan las reglas ganarán puntos malos y esto le quitará posibilidades de ganar el premio.
- f) Al término de cada sesión se dará un dulce a los niños que hayan acumulado puntos buenos, y aquellos que tengan tres puntos malos no ganarán dulce.

☺ Duración 10 minutos.

7. Las/los terapeutas utilizarán la palabra "encantados" en las situaciones en las que se pierda el control, diciendo: " cuando nosotros digamos "encantados" todo el grupo debe quedarse en la posición en la que se encuentre y sólo se podrán mover hasta que les digamos" Esto se hará con el propósito de que los niños observen que es lo que estaban realizando en ese momento, y se les pedirá que digan que era lo que tenían que hacer. Se realizará un ensayo para lograr un mejor entendimiento.

☺ Duración 10 minutos.

8. La sesión finalizará con la repetición de las reglas, se recordará a los niños que en cada sesión pueden ganar puntos.

☺ Duración 5 minutos.

Sesión 5. Emociones y reacciones fisiológicas

Objetivos: Que los niños identifiquen las expresiones de las diferentes emociones (tristeza, enojo, miedo, pena, alegría, susto, envidia)

Que los niños conozcan y comenten las señales físicas del enojo.

Materiales:

- Cartulinas con reglas del grupo (escritas y dibujos) (ver anexos 9)
- Dibujos de emociones (ver anexo 11)
- Rotafolio con nombres de los niños
- Dulces

Procedimiento:

1. Las/los terapeutas dan la bienvenida al grupo, y una de ellas hace un recordatorio de lo que se realizó en la sesión 4. Se pedirá a los niños que repitan las reglas.
 - ⌚ Duración 5 minutos.
2. Las/los terapeutas explican al grupo: "En esta sesión, vamos a hablar de las emociones".
 - a) Las emociones son "los sentimientos que todos tenemos, por ejemplo; el enojo, la alegría, la tristeza, la envidia..."
 - b) Se dice a los niños: "piensen en todas las emociones que ustedes sienten", dando un pequeño tiempo para que los niños las recuerden.
 - c) Las terapeutas explican al grupo algunas emociones, mostrando dibujos representativos de cada una de ellas (ver anexo 11)
 - ⌚ Duración 10 minutos.
3. Con los dibujos, se pide a los niños que hagan referencia a lo que se siente cuando están enojados, felices, tristes, etc. Diciendo "vamos a ver que es lo que sienten y pasa en su cuerpo cuando están (se utilizan las diversas emociones) (ver anexo 11)
 - ⌚ Duración 20 minutos.
4. Juego de emociones. Se piden voluntarios para realizar esta actividad.
 - a) "¿Quién quiere pasar, para representar una emoción?" , el niño que participe, debe colocarse frente al grupo, de tal manera que todos observen como representa la emoción que se le diga.
 - b) Las terapeutas, deben preguntar al grupo: "¿qué observan?, ¿cómo tiene su frente, boca, ojos?".
 - c) Se pide a los demás niños, que desde su lugar representen la misma emoción, y se les pregunta que es lo que sienten, para que se den cuenta de las posibles diferencias.
 - ⌚ Duración 15 minutos.

5. Contar los puntos logrados para felicitar y aplaudir al niño que obtuvo más puntos en la sesión. Entrega de dulces para todos, agradeciendo su participación.

☺ Duración 10 minutos.

Sesión 6. Técnicas de relajación.

Objetivos: Dar a conocer qué y cuáles son las técnicas de relajación.
Que los niños aprendan a realizar la respiración profunda.
Que los niños identifiquen las situaciones que les causan enojo.

Materiales:

- ✔ Cartulinas con reglas del grupo (escritas y dibujos) (ver anexo 9)
- ✔ Colchonetas
- ✔ Grabadora
- ✔ CD de música clásica.
- ✔ Extensión
- ✔ Rotafolios con nombres de los niños
- ✔ Dulces

Procedimiento:

1. Las/los terapeutas, dan la bienvenida a los niños, se pide que un voluntario diga las reglas, y a otro que haga un resumen de lo que se aprendió la sesión anterior.
 - ⊙ Duración 5 minutos.
2. Las/los terapeutas explican qué son y para qué sirven las técnicas de relajación "Existen algunas cosas que nos sirven, para tranquilizarnos cuando nos sentimos enojados. La primera de ellas es aprender a respirar profundamente, para ello tenemos que:
 - a) Contar del 1 al 10 para comenzar a respirar profundamente.
 - b) Se explica que "en la respiración profunda, debemos inhalar el aire lentamente por la nariz, hasta llenar los pulmones y lo sacamos muy despacio por la boca". Se realizan varios ejercicios de respiración.
 - c) Se realiza un ejercicio, en donde entre la respiración profunda y la imaginaria, pidiéndoles que, se recuesten en las colchonetas y que elijan una posición que les agrade. Cuando ya estén listos, las/los terapeutas, dirigen el ejercicio, indicándoles varias repeticiones de respiración profunda posteriormente inducirlos mediante una técnica de imaginaria.
 - d) Al terminar el ejercicio, se debe preguntar a los niños como se sintieron durante el ensayo. Posteriormente se otorgan puntos a los niños que realizaron bien el ejercicio.
 - ⊙ Duración: 35 minutos.
3. Se pide al grupo, que identifique en que circunstancias se pueden utilizar las técnicas de relajación. "En que momento creen que podemos utilizar estos ejercicios", se refuerza a los niños que den respuestas adecuadas.
 - ⊙ Duración: 10 minutos.

4. Se cuentan los puntos logrados en la sesión, pidiendo un aplauso para el que haya acumulado más. Entrega de dulces. Se agradece su participación y asistencia.

⌚ Duración 10 minutos.

Sesión 7 Habilidades de comunicación.

Objetivos: Que los niños conozcan y practiquen las habilidades sociales.

Materiales:

- ✓ Cartulinas con reglas del grupo (escritas y dibujos) (ver anexo 9)
- ✓ Dibujos representativos de las habilidades sociales (ver anexo 12)
- ✓ Colchonetas
- ✓ Grabadora
- ✓ CD de música clásica.
- ✓ Extensión
- ✓ Rotafolio con nombres de los niños
- ✓ Dulces

Procedimiento:

1. Las/los terapeutas dan la bienvenida al grupo, y piden a un voluntario que mencione las reglas. Una de las/los terapeutas hace un recordatorio de la sesión anterior.
 - ⓐ Duración 5 minutos.
2. Ejercicio de las técnicas de relajación.
 - a) Recordemos, que para mantenernos calmados podemos utilizar las técnicas de relajación, que aprendimos la sesión anterior.
 - b) Vamos a realizar otro ejercicio. Una de las terapeutas, se encarga de ese ejercicio " recuéstense y pónganse cómodos, para iniciar. Voy a contar del 1 al 10 y luego van a respirar profundamente como lo hicimos la vez pasada".
 - c) Al terminar el ejercicio, se otorgan puntos al niño que lo haya hecho mejor.
 - ⓐ Duración 10 minutos.
3. Habilidades sociales y de comunicación.
 - a) Se explica al grupo "Hoy vamos a aprender algunas cosas, que nos van a servir para platicar mejor con nuestros amigos, hermanos, papás y todas las personas que nos rodean".
 - b) Se hace entrega de unas tarjetas en donde se representan habilidades como (mirar, escuchar, pensar, esperar turno y hablar) (ver anexo 12). Posteriormente se les pide " acomoden las tarjetas que se les acaban de dar, como ustedes crean que se ocupan cuando platicamos con alguien".
 - c) Se revisa el orden que decidió darle cada uno de los participantes a las tarjetas. Reforzando a aquellos niños que lo hayan realizado correctamente, explicando además por que es importante tener estas habilidades " Es muy importante que hagamos esto, porque nos va permitir que nuestras pláticas sean mejores, porque vamos a entender más lo que nos dicen y nos van entender mejor".
 - ⓐ Duración 15 minutos.

4. Ensayos conductuales.

- a) Las terapeutas, realizan un ensayo, que sirve de modelamiento de las habilidades aprendidas.
 - b) Se explica "Nosotras vamos a platicar, para que ustedes vean como lo hacemos y utilizamos lo que hay en las tarjetas" (ver anexo 12) Después del ejercicio, se pide a los niños que digan que es lo que se hizo durante la conversación. " Ahora, ustedes díganos que es lo que hicimos"
 - c) El grupo es dividido por parejas, para que cada una realice un ensayo conductual, empleando las habilidades aprendidas. Se pasan al frente a cada pareja y se les da un tiempo de 3 minutos a cada una. Al término de cada ensayo, se pide a los demás niños que digan que es lo que hicieron y lo que les falto hacer. Por su parte las terapeutas, refuerzan a cada uno de los participantes.
- ⓐ Duración 25 minutos.

5. Se otorgan puntos a los niños que hayan hecho mejor el ensayo y se hace el conteo del total de los puntos. Se entregan los dulces.

- ⓐ Duración 5 minutos.

Sesión 8. Reconocimiento del enojo en otras personas

Objetivos: Que los niños identifiquen el enojo en otras personas y saber qué hacer ante esta situación.

Reforzar la práctica de las técnicas de relajación.

Reforzar el aprendizaje y la emisión de habilidades sociales en los niños.

Materiales:

- Cartulinas con reglas del grupo (escritas y dibujos) (ver anexo 9)
- Colchonetas
- Grabadora
- CD de música clásica.
- Extensión
- Rotafolios con nombres de niños
- Dulces

Procedimiento:

1. Las/los terapeutas dan inicio a la sesión con la bienvenida. Se realiza un recordatorio de la sesión anterior. Se pide que un voluntario diga las reglas de memoria.
 - ⊙ Duración 5 minutos.
2. Se realiza un ejercicio para practicar las técnicas de relajación.
 - a) Se pide a los niños que se recuesten en las colchonetas, para practicar las técnicas de relajación. "Vamos a hacer otro ejercicio de relajación, elijan la postura más cómoda para ustedes y así poder iniciar, voy a contar del 1 al 10 y después comienzan a respirar profundamente". El terapeuta, guía a los niños con la técnica de imaginación, ayudándose con música, para lograr una mayor relajación en los niños.
 - b) Al término del ejercicio, se refuerza a los niños que hicieron bien el ejercicio.
 - ⊙ Duración 15 minutos.
3. Reconocimiento del enojo en los demás.
 - a) Se les pide a cada uno de los niños que mencionen cuales son las cosas que les hacen saber cuando su papá o su mamá están enojados. "¿Cómo se dan cuenta que su papá o su mamá están enojados?"
 - b) Ahora diga cada uno que es lo que siente cuando esta enojado.
 - c) Con las respuestas, el terapeuta se ayudará para explicarles a los niños que las personas pueden reaccionar de diferente manera cuando están enojadas y que además cada una encuentra una forma distinta para tranquilizarse.
 - ⊙ Duración 15 minutos.
4. Ensayos conductuales.
 - a) Las terapeutas forman parejas de trabajo dentro del grupo, para realizar ensayos conductuales, en donde se aplicarán las habilidades de comunicación.

- b) Cada pareja pasa al frente, para que el resto del grupo observe el ensayo y realicen retroalimentación. El ensayo de cada equipo tendrá una duración de 3 a 5 minutos dependiendo de la cantidad de niños.
 - ⌚ Duración 20 minutos.
5. Para finalizar, se cuentan los puntos ganados durante la sesión. Se hace entrega de los dulces, y se agradece la asistencia y participación a los niños.

Sesión 9 Autoinstrucciones verbales.

Objetivos: Reforzar los ejercicios de las técnicas de relajación.
Poner en práctica las Habilidades Sociales.
Qué los niños controlen la conducta automática y emitan una conducta social apropiada.

Materiales:

- ✓ Cartulinas con reglas del grupo (escritas y dibujos) (ver anexo 9)
- ✓ Colchonetas
- ✓ Grabadora
- ✓ CD de música clásica.
- ✓ Extensión
- ✓ Rotafolios con nombres de niños
- ✓ Dibujos con las habilidades sociales (ver anexo 12)
- ✓ Dulces

Procedimiento:

1. Las/los terapeutas dan la bienvenida a los participantes. Se pide que un voluntario diga las reglas de memoria y a otro más que haga un resumen de lo que se aprendió la sesión anterior.
 - ⌚ Duración 5 minutos.
2. Ejercicio de relajación.
 - a) Se pide a los niños que se recuesten en las colchonetas, para practicar las técnicas de relajación. "Vamos a hacer otro ejercicio de relajación, elijan la postura más cómoda para ustedes y así poder iniciar, voy a contar del 1 al 10 y después comienzan a respirar profundamente". El terapeuta, guía a los niños con la técnica de imaginación, ayudándose con música, para lograr una mayor relajación en los niños.
 - b) Al término del ejercicio, se refuerza a los niños que hicieron bien el ejercicio.
 - ⌚ Duración 10 minutos.
3. Habilidades sociales
 - a) Las terapeutas dicen: "Se acuerdan que hay unas cosas que nos permiten platicar de una mejor manera con los demás" Haciendo que los niños mencionen dichas habilidades.
 - b) Después de hacer el recordatorio, se le dice al grupo: "También hay otras cosas que nos ayudan a controlarnos cuando estamos enojados, además de las técnicas de relajación".
 - c) Se les explica mediante un ejemplo, en el que las terapeutas actúan la siguiente situación: Dos niñas, juegan con una pelota, pero una de ellas decide quedarse con la pelota, entonces comienzan a tratar de quitársela. Se les pide a los niños que den

posibles soluciones para que las niñas del ejemplo no hubieran peleado. Sé refuerza a aquellos que den comentarios acertados.

- d) Ahora vamos a hacerlo de otra manera. Las terapeutas vuelven a actuar la situación pero con un final distinto. Las niñas a la que le quitan la pelota, decide decirle a su amiga "podemos compartirla, para que juguemos las dos y así logremos divertirnos más" (al realizar este ejemplo, las terapeutas dicen algunas cosas en voz alta, para hacer notar lo que piensan: "Si le arrebato la pelota, me va a pegar... es mejor que le diga que la compartamos". "Si sigo peleando, la maestra nos va a ver y va a castigarnos, mejor juego como ella dice". Al terminar, se pide a los niños que digan si estuvo mejor este final y por que.

Ⓢ

Duración 20 minutos.

4. Autoinstrucciones verbales.

- a) Se les explica a los niños que cuando platicamos con nosotros mismos nos ayuda a calmarnos así como lo hacen las técnicas de relajación; además esto nos permite no discutir con las personas y solucionamos las cosas sin golpear y discutir con los demás.
- b) Se pide a una pareja voluntaria que realice un ensayo utilizando esta nueva técnica. El resto del grupo observará lo que hacen la pareja voluntaria y harán retroalimentaciones al término del ejercicio.
- c) Las terapeutas retroalimentan a la pareja y hacen hincapié en la importancia que tiene el poder calmarnos ante situaciones de conflicto para tener una mejor solución.

Ⓢ

Duración 20 minutos.

5. Se hace el conteo de los puntos logrados durante la sesión de cada uno de los niños y se les entregan dulces.

- Ⓢ Duración 5 minutos

Sesión 10 Alternativas de solución y Plan de acción.

Objetivos: Qué los niños reconozcan y expresen alternativas de solución.

Qué los niños describan y practiquen un plan de acción, que les permitirá solucionar problemas.

Materiales:

- Cartulinas con reglas del grupo (escritas y dibujos) (ver anexo 9)
- Plantilla de Alternativas de solución (ver anexo 13)
- Rotafolios con nombres de niños
- Dulces

Procedimiento:

1. Las/los terapeutas dan la bienvenida a los participantes. Se pide que un voluntario diga las reglas de memoria y a otro más que haga un resumen de lo que se aprendió la sesión anterior.
 - ⊙ Duración 5 minutos.
2. Alternativas de solución.
 - a) Se les explica que para poder solucionar una cosa que nos esta pasando, debemos pensar bien en lo que podemos hacer. "cuando tenemos un problema, para resolverlo tenemos que pensar muy bien lo que tenemos que hacer para encontrar una solución".
 - b) En este punto, se genera una lluvia de ideas, pidiendo a los niños que mencionen algunas cosas que les pueda servir para solucionar un problema. "Piensen que pueden hacer, si ustedes están jugando muy tranquilos y llega otro niño y les quita su juguete".
 - c) Las posibles soluciones que dan los niños, se van analizando junto con el grupo, para que ellos se den cuenta que puede haber muchas alternativas de solución, sin embargo, tienen que pensar en cuál de todas es la más conveniente para ellos.
 - d) Cuando el grupo haya acordado cuál sería la mejor solución, las terapeutas retroalimentan a los niños, y les explican la importancia de analizar varias alternativas para un problema. "Muy bien, se dieron cuenta de que pueden existir varias formas de solucionar un problema, sin agredir a los demás, es muy importante que cuando nos pasen situaciones similares, nos pongamos a pensar para elegir una solución que nos convenga evitando en todo momento ser agresivos".
 - ⊙ Duración 20 minutos.
3. Ensayos conductuales.
 - a) Se realizan ensayos conductuales para reforzar el aprendizaje de las alternativas de solución. "Necesitamos hacer ejercicios, para ver quién ha entendido cómo debemos buscar alternativas de solución, quienes quieren pasar" (en caso de que no haya voluntarios, el terapeuta debe elegir a las parejas)
 - b) Se le pide a un miembro de la pareja que actúe como confederado en el ejercicio (el confederado puede ser el que cuente con mayor capacidad prosocial), y se les da la siguiente viñeta "Tú vas a hacer lo posible por molestar a tu compañero pero sin

golpearlo. Por ejemplo, le puedes decir, que el es muy lento para armar figuras con los cubos y que las hace muy feas, insistiéndole mucho en eso para que el se enoje". Mientras que al compañero se le dice que van a jugar con los cubos y que va a ganar el que forme la figura más bonita. Durante el ensayo, las terapeutas tienen que estar cerca de la pareja, para evitar cualquier tipo de agresión que pudiera presentarse.

- c) Al término del ejercicio, se retroalimenta a los niños acerca de lo que hicieron bien y lo que les faltó por hacer, además de explicar el comportamiento del confederado, para evitar una confusión y problema.
 - d) Las terapeutas vuelven a explicar porque es importante pensar muy bien en lo que pueden hacer para solucionar un problema sin agredir a los demás.
- ⌚ Duración 15 minutos.

4. Plan de acción.

- a) Las terapeutas explican el funcionamiento del plan de acción diciendo: "cuando nosotros pensamos en que es lo que podemos hacer para solucionar un problema y vemos que solución nos conviene más, estamos haciendo un plan de acción, que nos va a ayudar para elegir de que manera nos gustaría que terminará la situación".
 - b) En este momento, las terapeutas hacen uso de la plantilla de "Alternativas de Respuesta" (ver anexo 13) "Fíjense muy bien en estos dibujos, cada parte es una historia diferente y cada una va a tener un final, entre todos vamos a ver que final sería mejor para cada historia, si un final triste o uno feliz"
 - c) Se exhortarán a los niños que hayan elegido un final feliz, y las terapeutas guiarán las respuestas de los niños, de tal manera que vayan analizando todas las finales posibles y sus consecuencias.
 - d) Se analizarán las respuestas con final feliz, otorgándole un punto a los niños que hayan dado finales felices.
- ⌚ Duración 15 minutos.

- 5. Se concluye haciendo el recuento de los puntos de la sesión y la entrega de dulces a los niños que hayan ganado. Una de las terapeutas hace un breve resumen sobre los aspectos más importantes de la sesión.

Sesión 11 Alternativas de solución prosociales.

Objetivos: Qué los niños practiquen alternativas prosociales de solución ante una situación de enojo.

Materiales:

- Cartulinas con reglas del grupo (escritas y dibujos) (ver anexo 9)
- Hojas con dibujos
- Colores
- Sacapuntas
- Rotafolios con nombres de niños
- Dulces

Procedimiento:

1. Las/los terapeutas dan la bienvenida a los participantes. Se pide que un voluntario diga las reglas de memoria y a otro más que haga un resumen de lo que se aprendió la sesión anterior.
 - ⊙ Duración 5 minutos.
2. Alternativas de solución.
 - a) Las terapeutas, elegirán a un confederado, que provocará a sus demás compañeros durante toda la sesión, quitándoles el material de trabajo o distrayéndolos únicamente (antes del inicio de la sesión y le explicarán que es lo que tiene que hacer "vas a molestar a tus compañeros, pero sin golpearlos, cuando nosotros te llamemos la atención, vas a dejar de molestar al niño con el que estas y te diriges con otro")
 - b) Las terapeutas dicen al grupo "Hoy vamos a darles unas hojas que tienen unos dibujos y que ustedes van a colorear, tienen que hacerlo muy bien, pues se le va a dar un premio al niño que entregue mejor coloreado el dibujo"
 - c) Una de las terapeutas va a repartir las hojas y los colores a los niños, y se va a filmar por tres minutos a cada uno de los niños, con la finalidad de ver si ponen en práctica lo aprendido.
 - d) Las terapeutas, tienen que estar muy atentas para intervenir en caso de que se presenten conductas agresivas.
 - ⊙ Duración 45 minutos.
3. Se recogen los dibujos y se hace entrega del premio al niño que entrega el mejor dibujo. Se hace el conteo de los puntos.
 - ⊙ Duración 10 minutos

Sesión 12 Alternativas de solución.

Objetivos: Qué los niños practiquen alternativas prosociales de solución ante una situación de enojo.

Reforzar las técnicas de relajación.

Materiales:

- Cartulinas con reglas del grupo (escritas y dibujos) (ver anexo 9)
- Grabadora
- CD
- Extensión
- Colchonetas
- Rotafolios con nombres de niños
- Dulces

Procedimiento:

1. Las/los terapeutas dan la bienvenida a los participantes. Se pide que un voluntario diga las reglas de memoria y a otro más que haga un resumen de lo que se aprendió la sesión anterior.

- ⌚ Duración 5 minutos.

2. Ejercicio de relajación.

- a) Se pide a los niños que se recuesten en las colchonetas, para practicar las técnicas de relajación. "Vamos a hacer otro ejercicio de relajación, elijan la postura más cómoda para ustedes y poder iniciar, voy a contar del 1 al 10 y después comienzan a respirar profundamente". El terapeuta, guía a los niños con la técnica de imaginación, ayudándose con música, para lograr una mayor relajación en los niños.
- b) Al término del ejercicio, se refuerza a los niños que hicieron bien el ejercicio.
- ⌚ Duración 10 minutos.

3. Alternativas prosociales.

- a) Se realiza nuevamente el ejercicio de la sesión 11.
- b) Al término, se les explica la función del confederado y que era lo que se trataba de ver en este ejercicio "El confederado, tenía que molestarlos, porque nosotros se lo pedimos. El objetivo era observar que tanto ponían en práctica lo que hemos aprendido hasta ahora". Se refuerza a aquellos niños que manejaron bien la situación.
- ⌚ Duración 40 minutos.

4. Se hace el conteo de puntos y la entrega de dulces a quienes hayan ganado puntos. Una de las terapeutas hace un recordatorio sobre la importancia de solucionar problemas, como cuando nos molestan sin golpear al niño.

- ⌚ Duración 5 minutos.

Sesión 13 Cierre

Objetivo: Finalizar las sesiones.

Materiales:

- Cartulinas con reglas del grupo (escritas y dibujos) (ver anexo 9)
- Grabadora
- CD
- Extensión
- Colchonetas
- Rotafolios con nombres de niños
- Cuestionarios de validación social
- Dulces

Procedimiento:

1. Las/los terapeutas dan la bienvenida a los participantes. Se pide que un voluntario diga las reglas de memoria y a otro más que haga un resumen de lo que se aprendió la sesión anterior.
 - ⌚ Duración 5 minutos.
2. Ejercicio de relajación.
 - a) Se pide a los niños que se recuesten en las colchonetas, para practicar las técnicas de relajación. "Vamos a hacer otro ejercicio de relajación, elijan la postura más cómoda para ustedes y poder iniciar, voy a contar del 1 al 10 y después comienzan a respirar profundamente". El terapeuta, guía a los niños con la técnica de imaginaria, ayudándose con música, para lograr una mayor relajación en los niños.
 - b) Al término del ejercicio, se refuerza a los niños que hicieron bien el ejercicio.
 - ⌚ Duración 10 minutos.
3. Alternativas de solución.

Las terapeutas hacen un recordatorio sobre la importancia del uso de alternativas de solución prosociales "se dieron cuenta que en el taller, aprendimos muchas cosas, como controlar nuestro enojo, buscar soluciones que nos permitan tener finales felices y sin golpear a los demás, es muy importante que ustedes traten de resolver sus problemas evitando golpear a los demás para que no los castiguen"

 - a) Se pide una lluvia de ideas para conocer porque otras cosas es importante contar con habilidades prosociales.
 - ⌚ Duración 10 minutos.
4. Cuestionarios de validación social (ver anexo F)
 - a) Las terapeutas aplican el cuestionario de validación social a cada uno de los participantes de manera individual. Leyendo todas las preguntas con sus respectivas respuestas.

⊙ Duración 30 minutos.

5. Premios.

- a) Entrega del premio al niño que acumulo más puntos durante el taller.
- b) Al resto se les entrego un premio simbólico por su esfuerzo realizado durante la intervención.
- c) Entrega de constancias a todo el grupo agradeciendo su participación e interés en el curso.

Sesión 14 Seguimiento.

Objetivos: Identificar las habilidades sociales con las que cuentan los alumnos que conformaron el grupo de trabajo después de la intervención.

Materiales:

- ✓ Resortes (2).
- ✓ Dulces
- ✓ Cámara de vídeo.
- ✓ Extensión.
- ✓ Tripie
- ✓ Cronómetro
- ✓ Cassette en formato compacto VHS.

Procedimiento:

El grupo se lleva a un salón o patio amplio, se forman 2 equipos de tal manera que cada equipo tenga el mismo número de integrantes, ya conformados los grupos, se forma a los niños por estaturas.

Las/los terapeutas hacen entrega de un resorte por equipo, y se explica que el resorte debe pasarse por todo el cuerpo, metiéndolo primero por los pies para sacarlo por la cabeza y pasarlo a su compañero, quién tiene que realizar la misma operación, esto se realiza por todos los integrantes de los equipos, y esta actividad se repite por 5 veces. El equipo que finalice primero será el triunfador y se les entrega un premio simbólico (dulces).

Se realizan grabaciones por 10 minutos, con la finalidad de registrar la posible presencia de habilidades sociales así como de conductas agresivas que pudieran surgir, en este periodo.

Sesión 15 Seguimiento

Objetivo: Identificar las habilidades sociales y posibles conductas agresivas con las que cuenta el infante después de la intervención.

Materiales:

- ✓ Mesa de trabajo (90 cm X 75 cm. Aproximadamente)
- ✓ Sillas pequeñas.
- ✓ Hojas con diferentes dibujos (anexo 1)
- ✓ Hojas con las figuras que se mostraran (anexos 2, 3, 4, 5, 6)
- ✓ Hoja blanca.
- ✓ Tijeras.
- ✓ Resistol.
- ✓ Colores.
- ✓ Dulces.
- ✓ Cámara de vídeo.
- ✓ Extensión.
- ✓ Tripie
- ✓ Cronómetro
- ✓ Cassette en formato compacto VHS.

Procedimiento:

Se forman equipos de 4 niños, mismos que se ubican en cada una de las mesas del área de trabajo, se coloca el material de trabajo sobre la mesa, de tal forma que quede al alcance de los niños.

Cuando todos los equipos tengan su material sobre la mesa, se les explica que cada mesa es un equipo y como tal tienen que ayudarse y organizarse para ganar en la actividad, pues el equipo ganador será premiado.

Posteriormente se les explica la actividad, en la que se darán las siguientes indicaciones: 1) En cada una de las mesas se encuentra el material con el que vamos a trabajar, 2) Nos vamos a numerar del 1 al 4 en cada uno de los equipos, 3) Los que tengan el número 1 tendrán que buscar un dinosaurio parecido a esté (misma que será señalada por una de las terapeutas), 4) Los que tienen el número 2 tendrán que iluminarlo y después tendrán que darle la hoja a quienes sean número 3, 5) Los número 3 tendrán que recortarla y darle el recorte al número 4 de cada equipo, y 6) El número 4 finalmente tendrá que pegarlo en la hoja blanca que hay en cada mesa. Y se les mencionará que tienen 10' para realizar la actividad.

Se realizan grabaciones por 10 minutos, con la finalidad de registrar la posible presencia de habilidades sociales así como de conductas agresivas que puedan surgir, en este periodo.

Sesión 16 Seguimiento

Objetivo: Identificar las habilidades sociales y posibles conductas agresivas con las que cuenta el infante después de la intervención.

Materiales:

- ✓ Dulces
- ✓ Cámara de vídeo.
- ✓ Extensión.
- ✓ Tripie
- ✓ Cronómetro
- ✓ Cassette en formato de 45 ml.

Procedimiento:

Se lleva al grupo al un patio o salón amplio estando allí se forman 2 equipos, de tal manera que cada equipo tenga el mismo número de integrantes, ya conformados los grupos, se forman a los niños por estaturas.

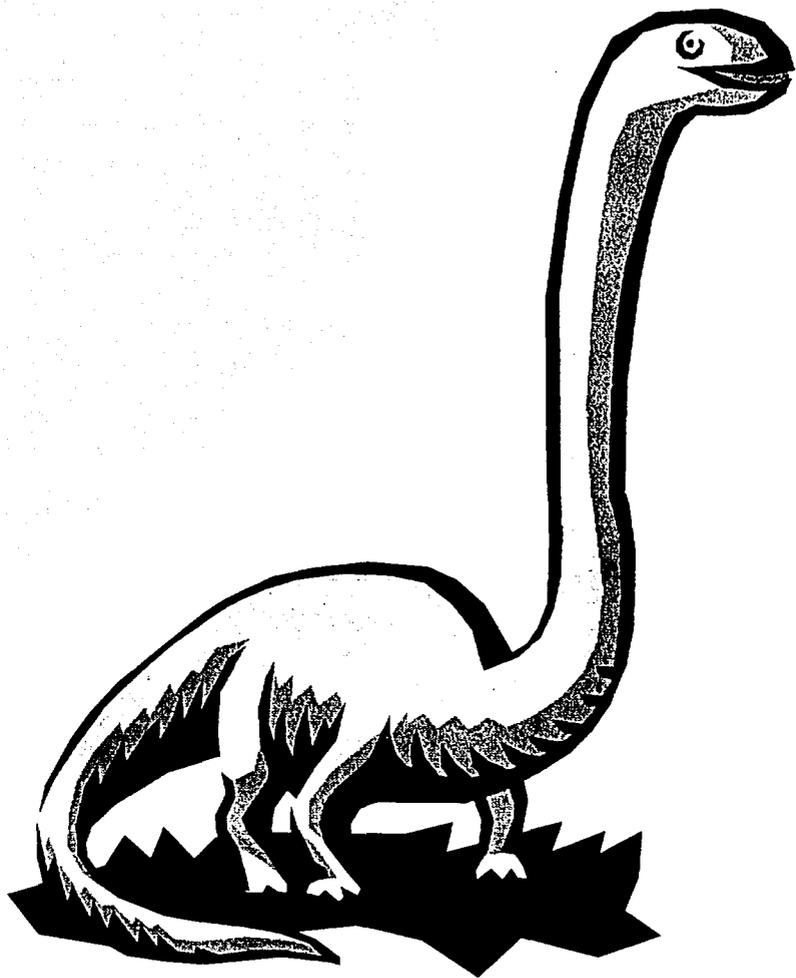
Las terapeutas explicaran la actividad diciendo: "Vamos a jugar carretillas, así que el segundo miembro de cada fila tendrá que tomar por las piernas al compañero de adelante, quién será la carretilla, y tendrá que ir y regresar al mismo lugar, después los dos niños siguientes realizarán la misma operación, y esta actividad será repetida por 5 veces, el equipo que finalice primero será el triunfador. Se hará entrega de un premio simbólico al equipo ganador (dulces).

Se realizan grabaciones por el tiempo establecido, con la finalidad de registrar la posible presencia de habilidades sociales así como de conductas agresivas que puedan surgir, en este periodo.

ANEXOS
TALLER

ANEXO 1





ANEXO 3



ANEXO 4



183

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 5



ANEXO 6



PROPÓSITOS

1. Conocer cuando estamos enojados.
2. Aprender lo que debemos hacer cuando nos enojamos
3. ¡Aprender a mantenernos calmados!

Sistema de puntos

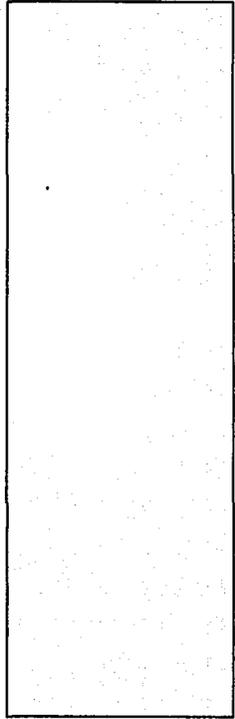
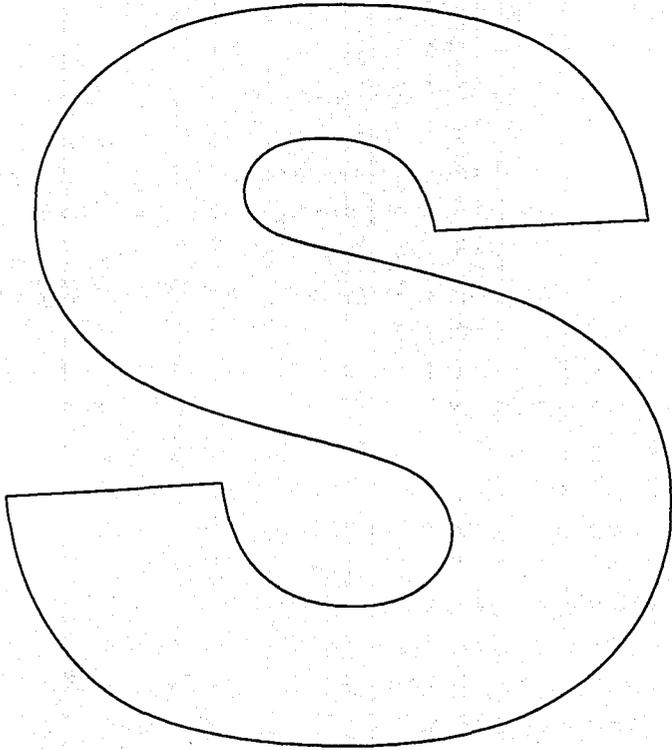
◆ Gano puntos sí:

- ✓ Sigo las reglas
- ✓ Sigo las instrucciones
- ✓ Hago todas las actividades en el taller.

★ Premio: (Determinarlo junto con el grupo)

◆ Gano taches sí:

- ✗ Soy agresivo
- ✗ No sigo las reglas
- ✗ No sigo las instrucciones



ANEXO 9a

SEGUIR

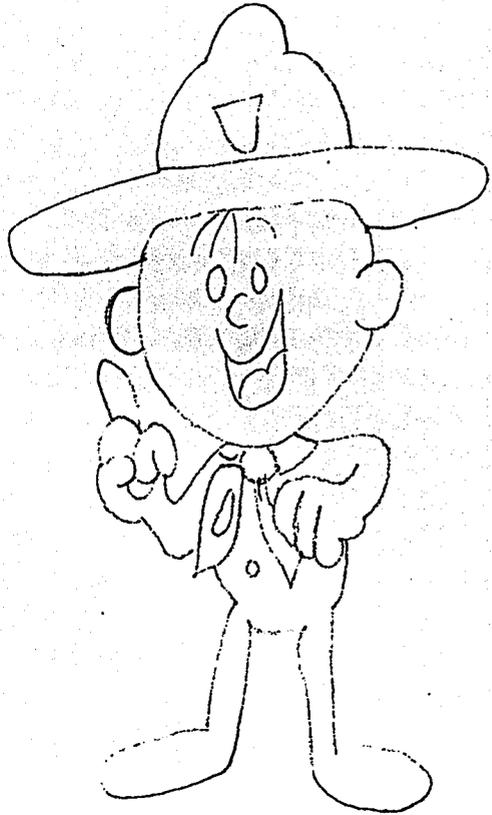
INSTRUCCIONES



190

ANEXO 9b

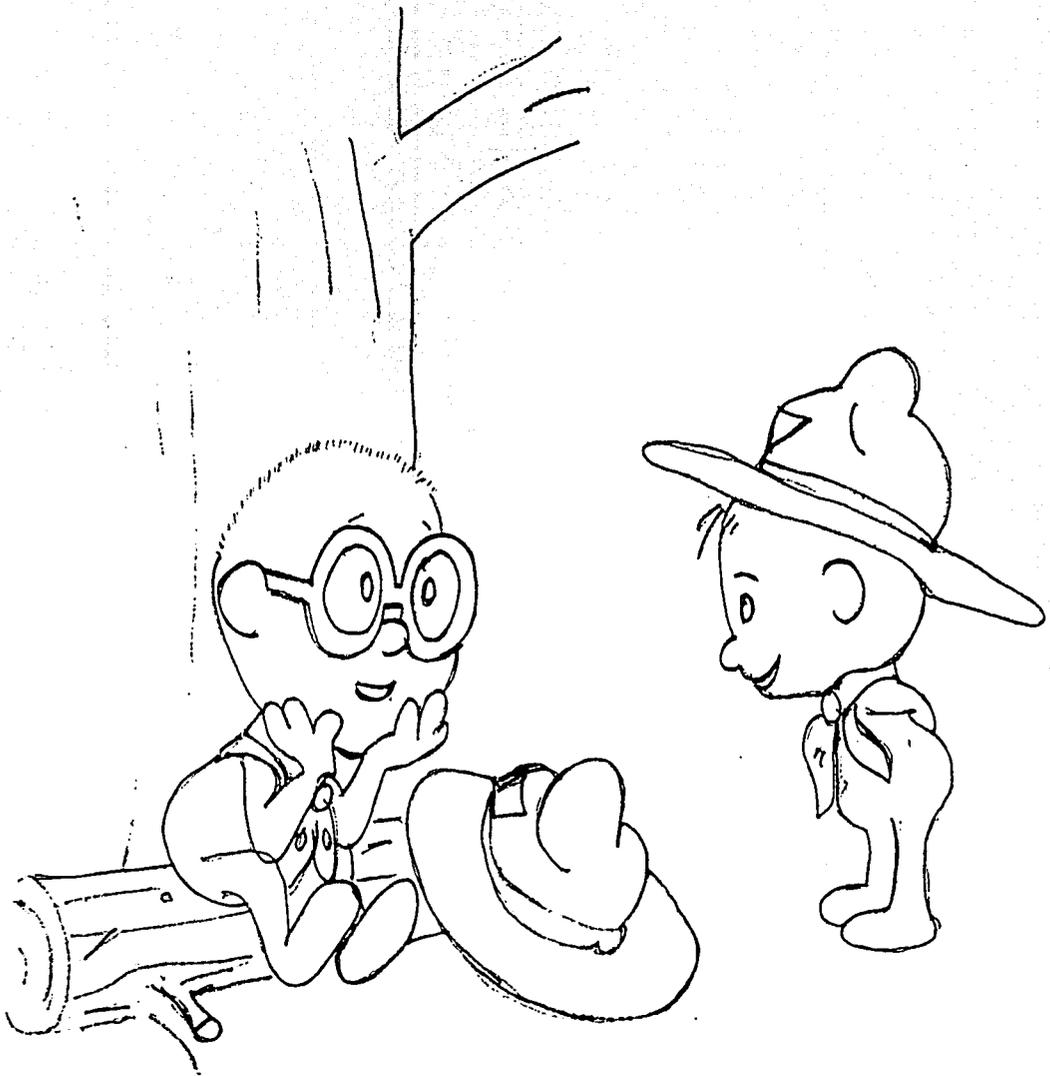
ESQUICHAAR



ANEXO 9c

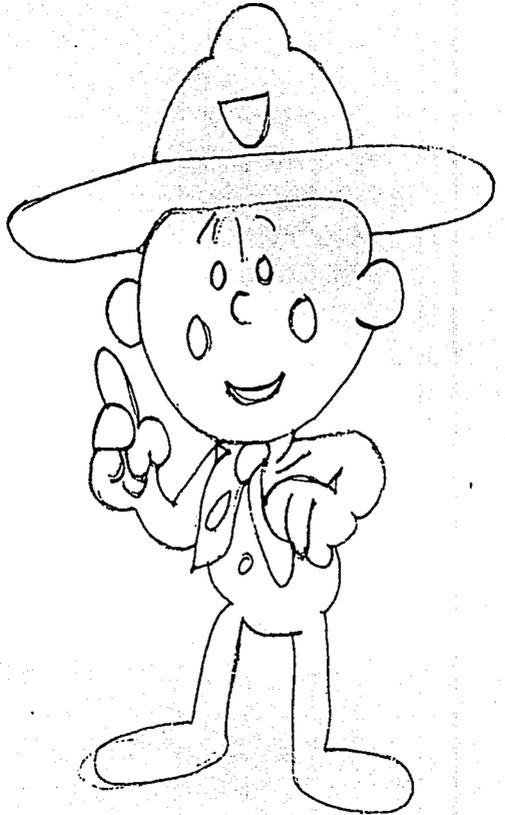
ATENDER

194



ANEXO 9d

SILENCIO

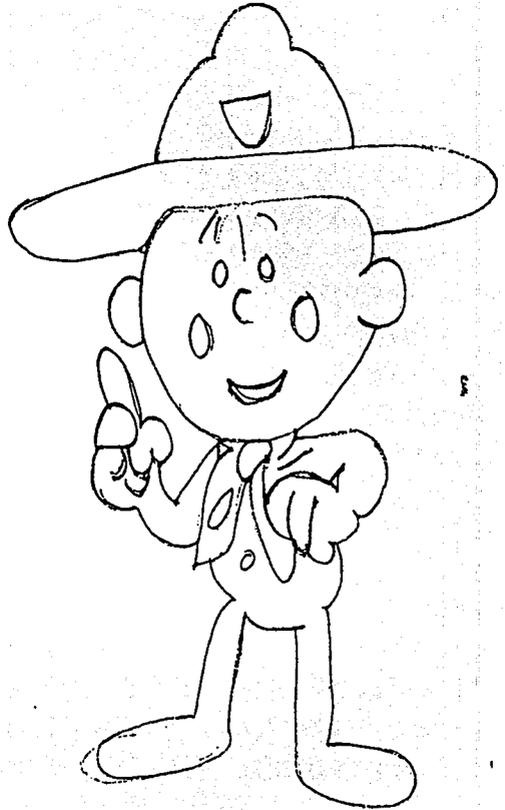
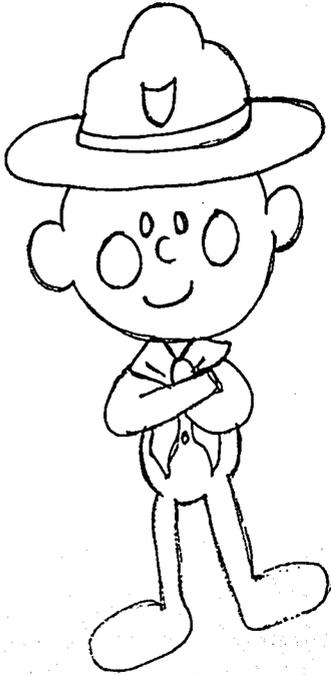


196

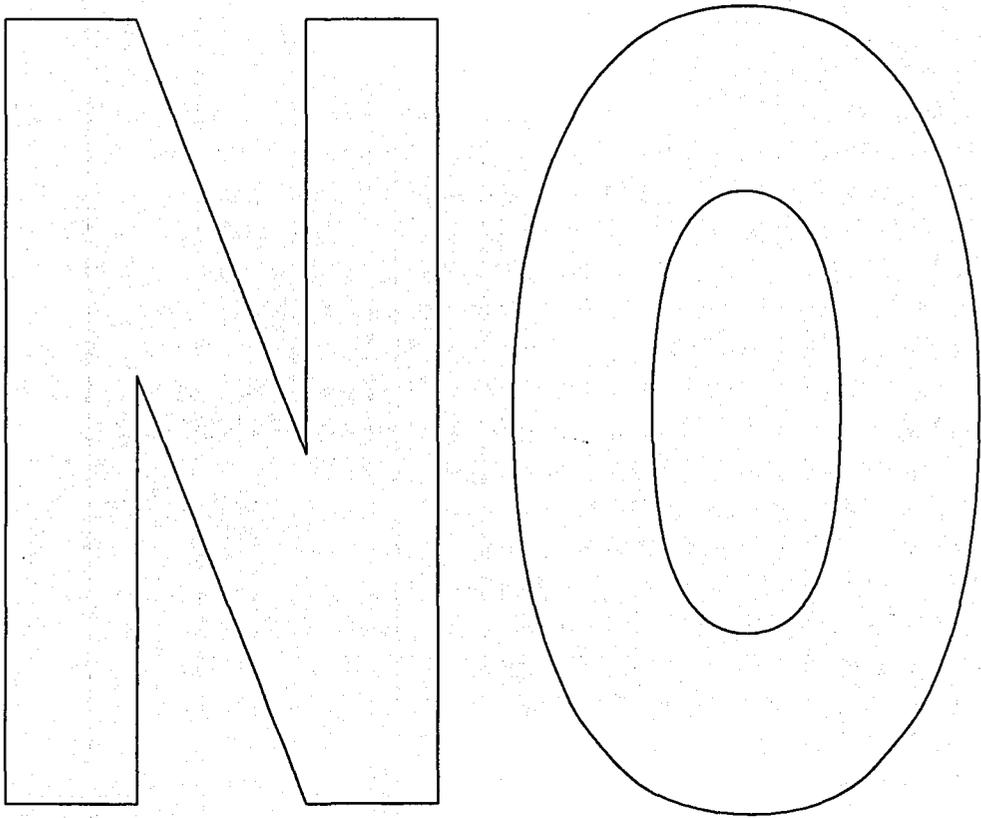
ANEXO 9e

ESPERAR

TURNO

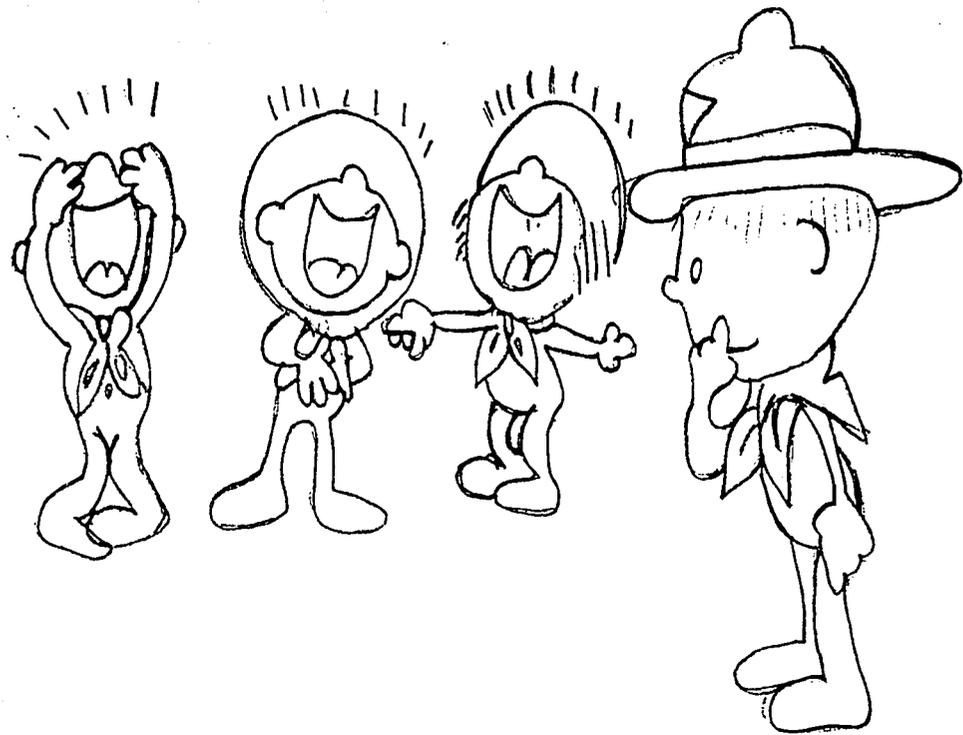


ANEXO 9f



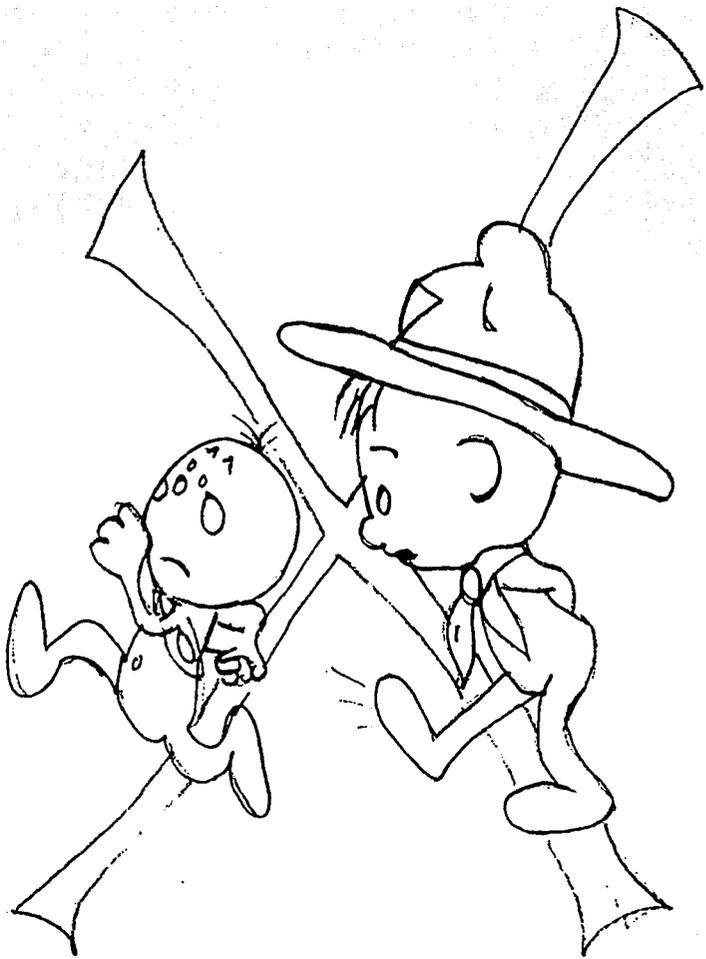
ANEXO 9g

GRITAR



ANEXO 9h

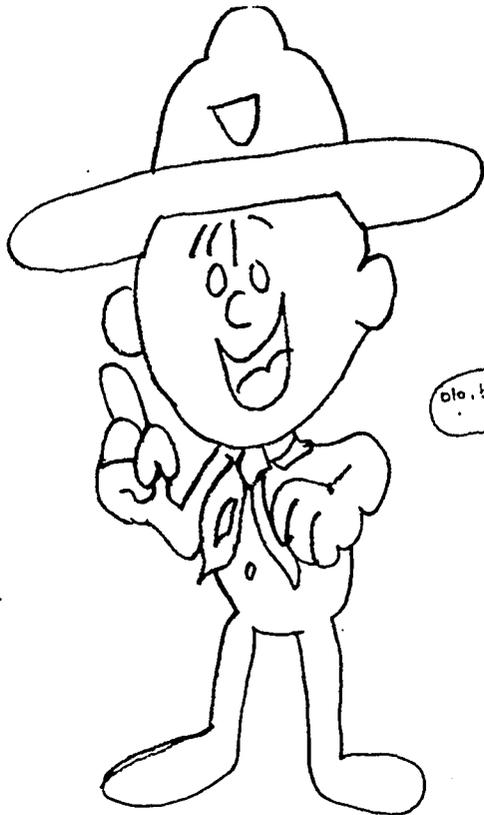
GOLPEAR



204

INTERURBANO

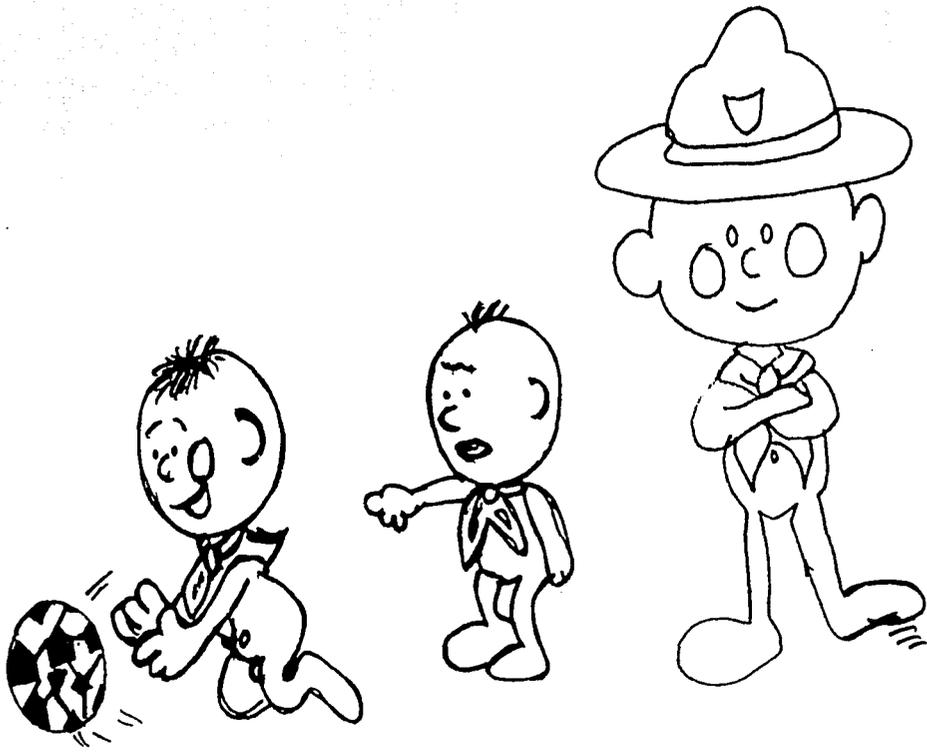
502



ANEXO 9j

DAR

QUEJAS

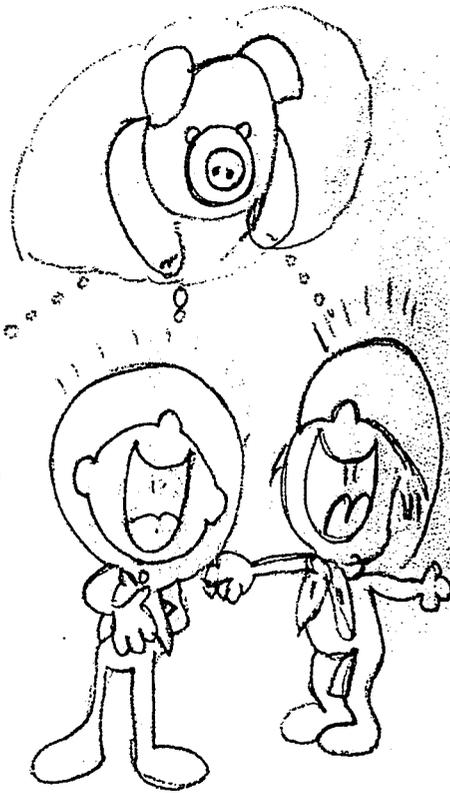
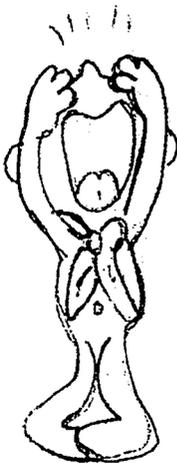


ANEXO 9k

PONER

APODOS

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN



SI

SEGUIR

INSTRUCCIONES

ESCUCHAR

ATENDER

SILENCIO

ESPERAR TURNO

NO

GOLPEAR

GRITAR

INTERRUMPIR

PONER APODOS

DAR QUEJAS

ANEXO 11

